



# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

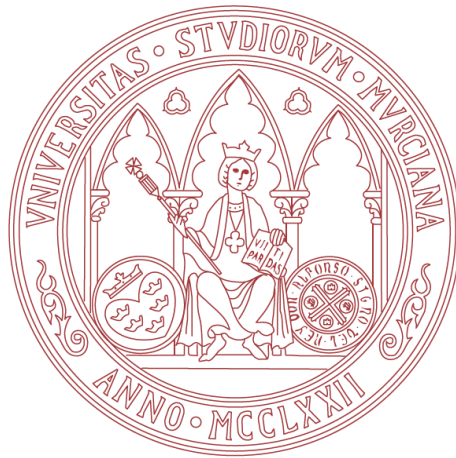
## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Percepción del Entorno Laboral de las Enfermeras del  
Área III de Salud de Lorca tras la Implantación del  
Programa de Guías de Práctica Clínica  
“Centros Comprometidos con la Excelencia  
en Cuidados”**

**D<sup>a</sup>. Solanger Hernández Méndez**

**2017**





# **Universidad de Murcia**

## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Percepción del entorno laboral de las enfermeras del Área III de Salud de Lorca tras la implantación del Programa de Guías de Práctica Clínica “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados”**

### **TESIS DOCTORAL**

Realizada por:

**D<sup>a</sup>. SOLANGER HERNÁNDEZ MÉNDEZ**

**Dirigida por:**

Dra. María Ruzafa Martínez  
Dr. Antonio Jesús Ramos Morcillo

Murcia, 2017





UNIVERSIDAD DE  
**MURCIA**

D<sup>a</sup>. María Ruzafa Martínez, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Percepción del entorno laboral de las enfermeras del Área III de Salud de Lorca tras la implantación del Programa de Guías de Práctica Clínica "Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados"", realizada por D<sup>a</sup>. Solanger Hernández Méndez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 15 de mayo de 2017





UNIVERSIDAD DE  
**MURCIA**

D<sup>a</sup>.Antonio Jesús Ramos Morcillo, Doctor de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Percepción del entorno laboral de las enfermeras del Área III de Salud de Lorca tras la implantación del Programa de Guías de Práctica Clínica "Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados"", realizada por D<sup>a</sup>. Solanger Hernández Méndez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 15 de mayo de 2017





*A Luisana...*

*...profundo amor y motor de mi vida,  
aunque sé que no lo digo nunca,  
sabes que eres lo que más quiero  
y de lo que más orgullosa estoy*



## **Agradecimientos**

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente los datos y metodología del Programa de Implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Por lo que el autor expresa su agradecimiento al grupo de trabajo Programa de Implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados compuesto por: Moreno-Casbas T, González-María E, Albornos-Muñoz L, Fuentelsaz-Gallego C, Ruzafa-Martínez M.

Este agradecimiento es muy especialmente para María Ruzafa Martínez, por enseñarme tanto, por enseñarme a aprender, por cuidarme, por dedicarme su valioso tiempo con paciencia, mostrándome en cada corrección un mundo de conocimiento,...y fundamentalmente por hacerme sentir segura y muy acompañada en este camino de la investigación del que me has abierto una inmensa puerta.

Al Profesor Antonio Jesús Ramos Morcillo, por su energía, su fuerza y todo su ánimo...cuantas cosas tengo que aprender de ti. Tus palabras y tu ejemplo han tenido mucho significado.

Al Equipo Directivo del Área III de Salud de Lorca, quienes desde el primer momento han apoyado sin dudas e impulsado el desarrollo de este proyecto.

A mis amigos y compañeros, Jesús Jimenez y José Robles, cuantas cosas hemos compartido durante este proyecto y ustedes siempre han estado a mi lado, todo ese apoyo y cariño ha sido indispensable en tantos momentos.

A Juana Gutierrez, Miguel Angel Martinez, Miguel Sanz, Juana Martínez, David Harillo, Guillermina Soto, Francisca Tudela, por liderar y creer en este proyecto de implantación de Guías de buenas prácticas, poniendo todo su esfuerzo e interés por alcanzar el éxito y seguiri haciéndolo. Juana, mas que al proyecto, también me has

apoyado y has creído en mí, eso me ha valido doble. Miguel Ángel, has sido un pilar enorme para que este proyecto se saliese adelante.

A mis alumnos del Campus de Lorca de la Universidad de Murcia, quienes con su ilusión, esfuerzo y exigencia me impulsan a intentar ser mejor cada día.

A todos mis compañeros y compañeras del Área III de Salud de Lorca, quienes cada día se esfuerzan para contribuir a mejorar la calidad de los cuidados que brindamos a nuestros usuarios, y que cada nueva idea es asumida como un proyecto de todos.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Actitud ante la Enfermería basada en la evidencia</b>	<b>5</b>
2.1.1 Concepto de Actitud	5
2.1.2 Práctica de Enfermería Basada en la Evidencia	8
2.1.3 Actitud de las Enfermeras ante la Práctica Basada en la Evidencia	12
2.1.4 Aspectos individuales de las enfermeras que influyen en el uso de la Práctica Basada en la Evidencia	20
2.1.5. Influencia del Entorno Laboral en el uso de la Práctica Basada en la Evidencia.	23
<b>2.2 Clima organizacional</b>	<b>30</b>
2.2.1. Definición de Clima Laboral	30
2.2.2. Entorno Laboral de las Enfermeras	35
2.2.3. Características de los Entornos Laborales Saludables	40
<b>2.3. Satisfacción de los Profesionales de Enfermería</b>	<b>45</b>
2.3.1 Satisfacción Laboral	45
2.3.2 Dimensiones de la Satisfacción Laboral	48
2.3.3 Importancia de la satisfacción laboral	52
2.3.4 Satisfacción Laboral de las enfermeras	56
<b>2.4 Percepción de la Calidad de los Cuidados y de la Seguridad del Paciente</b>	<b>66</b>
2.4.1. Calidad del Cuidado	66
2.4.2. Seguridad del Paciente	68
2.4.3. Percepción de las Enfermeras sobre la calidad del cuidado y la seguridad del paciente	70
2.4.4 Calidad de Cuidados de Enfermería en la Región de Murcia	75
2.4.4.1 Indicadores de Calidad de los Cuidados de Enfermería	79

2.4.4.2 Resultados de Indicadores de Calidad de los Cuidados de Enfermería en el Área III de Salud Lorca	<b>86</b>
2.4.5 Programa de Seguridad del Paciente en la Región de Murcia	<b>89</b>
2.4.5.1 Indicadores de Seguridad del paciente	<b>93</b>
2.4.5.2 Resultados de Indicadores de Seguridad del Paciente en el Área III de Salud Lorca	<b>101</b>
<b>2.5 Implantación de Guías de Buenas Prácticas de la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®).</b>	<b>105</b>
2.5.1 Introducción a la implantación de Guías de Buenas Prácticas	<b>105</b>
2.5.2. Variabilidad de la Práctica Clínica	<b>107</b>
2.5.3. Guías de Práctica Clínica	<b>110</b>
2.5.4. Implantación de Guías de Práctica Clínica	<b>114</b>
2.5.5 Programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO® “Centros Comprometidos con la Excelencia (CCEC®)”	<b>117</b>
2.5.6. Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)	<b>125</b>
2.5.7 Candidatura Conjunta a centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados: Área III de Salud Lorca y Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, Campus de Lorca.	<b>131</b>
2.5.7.1 Marco de referencia para la capacidad organizativa y clínica	<b>133</b>
2.5.7.2 Cuidados de excelencia a través de la evidencia: antecedentes y estrategias del Hospital Universitario Rafael Méndez y la Facultad de CC Sociosanitarias	<b>135</b>
2.5.7.3 Organización del proyecto.	<b>137</b>
<b>2.6. Proceso de Implantación de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO® en el Área III de Salud de Lorca y Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia.</b>	<b>142</b>
2.6.1. Implantación de Guías de Buenas Prácticas: Justificación,	<b>142</b>

alcance, actividades, sostenibilidad	
A. Guía Lactancia Materna	<b>145</b>
B. Guía Valoración y Manejo Del Dolor	<b>153</b>
C. Cuidado y Manejo de la Ostromía	<b>158</b>
D. Guía Prevención de Caidas y lesiones derivadas	<b>163</b>
E. Guías de Entorno Laboral: Desarrollo y Manejo del Liderazgo en Enfermería y Profesionalidad de la Enfermería	<b>166</b>
2.6.2 Desarrollo de la Implantación de las Guías de Entorno Laboral de la RNAO®	<b>172</b>
<b>2.7 Justificación del estudio</b>	<b>181</b>
<b>3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>187</b>
<b>3.1 Objetivos</b>	<b>187</b>
3.1.1 General	<b>187</b>
3.1.2 Específicos	<b>187</b>
<b>3.2 Hipótesis</b>	<b>188</b>
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>189</b>
<b>4.1. Diseño</b>	<b>189</b>
<b>4.2 Ámbito de estudio</b>	<b>189</b>
<b>4.2.1. Programas para la mejora del entorno laboral y la calidad de los cuidados en el área III de Salud de Lorca</b>	<b>204</b>
<b>4.3. Sujetos de estudio</b>	<b>205</b>
<b>4.4. Criterios de selección</b>	<b>205</b>
<b>4.5. Variables de estudio</b>	<b>205</b>
<b>4.6 Instrumentos para la recogida de datos</b>	<b>207</b>
<b>4.7 Proceso de recogida de datos</b>	<b>211</b>
<b>4.8 Análisis de datos</b>	<b>212</b>
<b>4.9 Cumplimiento de normas éticas y legales</b>	<b>213</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>215</b>
<b>5.1. Características sociodemográficas</b>	<b>216</b>

<b>5.2. Características Laborales</b>	<b>218</b>
<b>5.3. Compromiso con la formación y desarrollo disciplinar</b>	<b>223</b>
<b>5.4. Actitud ante la Práctica basada en la Evidencia</b>	<b>227</b>
<b>5.5. Clima organizacional</b>	<b>233</b>
<b>5.6. Satisfacción laboral</b>	<b>235</b>
<b>5.7. Percepción de la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes</b>	<b>240</b>
<b>6. DISCUSIÓN</b>	<b>249</b>
<b>6.1. Características sociodemográficas y laborales</b>	<b>250</b>
<b>6.2 Compromiso con la formación y desarrollo disciplinar</b>	<b>252</b>
<b>6.3. Actitud ante la Práctica basada en la Evidencia</b>	<b>257</b>
<b>6.4. Clima organizacional</b>	<b>262</b>
<b>6.5. Satisfacción laboral</b>	<b>264</b>
<b>6.6. Percepción de la calidad del cuidados y seguridad de los pacientes</b>	<b>272</b>
<b>6.7. Limitaciones del estudio</b>	<b>279</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>283</b>
<b>8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA</b>	<b>289</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>293</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>349</b>
<b>Anexo 1: Cuestionario</b>	<b>351</b>
<b>Anexo 2: Autorización del estudio</b>	<b>361</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicador Atención al Ingreso	80
Tabla 2: Indicador Continuidad de la atención integral tras el alta hospitalaria: Altas Hospitalarias con ICC	80
Tabla 3: Tabla 3: Indicador Continuidad de la atención integral tras el alta hospitalaria: Recomendaciones de Cuidados al alta para el paciente y la familia	80
Tabla 4: Indicadores Ulceras por presión	81
Tabla 5: Indicadores de Cuidados del paciente portador de catéter venoso	82
Tabla 6: Indicador de Cuidados en prevención de caídas	82
Tabla 7: Otros cuidados de enfermería: Cuidados al paciente con Sonda Vesical	83
Tabla 8. Indicadores Incidencia y Prevalencia Ulceras por presión	84
Tabla 9: Indicadores de Cuidados del Paciente portador de catéter venoso	84
Tabla 10: Indicador de caídas	85
Tabla 11: Indicador: Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad de los cuidados	85
Tabla 12. Resultados Indicadores de Calidad de Cuidados del Área III de Salud de Lorca. 2012-2016	87
Tabla 13. Indicador de Infección de localización quirúrgica tras cirugía colorrectal	94
Tabla 14. Indicador de Infección tras cirugía ortopédica de prótesis	95
Tabla 15. Indicador de Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI	95
Tabla 16. Indicador de Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)	97
Tabla 17. Indicador Cirugía Segura: Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica	98
Tabla 18. Indicador Higiene de Manos: Estrategia Multimodal de la OMS	99
Tabla 19. Indicador Higiene de Manos: Preparados de base alcohólica en el punto de atención	100
Tabla 20. Indicador Identificación inequívoca del paciente: pulsera identificativa	101
Tabla 21. Infecciones relacionadas con la atención sanitaria	102

Tabla 22. Comités y equipos responsables del Proyecto Diciembre. 2016	140
Tabla 23. Recomendaciones seleccionadas de la Guía de Profesionalidad y Liderazgo de la RNAO	179
Tabla 24. Recursos Humanos del Área III de Salud. Lorca. Murcia. 2017	194
Tabla 25. Recursos Humanos adscritos a la División de Enfermería. 2012	196
Tabla 26. Recursos Humanos adscritos a la División de Enfermería. 2016	196
Tabla 27. Distribución de las responsabilidades familiares de los profesionales según el momento de la medida	217
Tabla 28. Distribución de la vinculación laboral con el SMS de los profesionales según el momento de la medida	218
Tabla 29. Distribución de los turnos de los profesionales según el momento de la medida	221
Tabla 30. Distribución de las bajas laborales en el último año de los profesionales según el momento del estudio	222
Tabla 31. Distribución de las comisiones clínicas en las que participan los profesionales según el momento de la medida	223
Tabla 32. Distribución del número de comunicaciones póster en los últimos 2 años según el momento de la medida	224
Tabla 33. Distribución del número de comunicaciones orales en los últimos 2 años según el momento de la medida	224
Tabla 34. Distribución de las horas de formación continuada en los últimos 2 años según el momento de la medida	225
Tabla 35. Distribución de las horas de formación en PBE en los últimos 2 años de los profesionales según el momento del estudio	226
Tabla 36. Distribución del número de revistas científicas leídas al mes por los profesionales según el momento de la medida	226
Tabla 37. Distribución del tiempo transcurrido desde la lectura de la última revista científica por los profesionales según el momento de la medida	227
Tabla 38. Puntuación media de la actitud de los profesionales ante la PBE según el momento de la medida	229
Tabla 39. Puntuación media de los ítems de la escala de actitud ante la PBE de los profesionales de la primera medida	230
Tabla 40. Puntuación media de los ítems de la escala de actitud ante la PBE de los profesionales de la segunda medida	231
Tabla 41. Variables relacionadas con las Creencias sobre la PBE	232
Tabla 42. Variables relacionadas con las Preferencias sobre la PBE	232
Tabla 43. Variables relacionadas con la Intención de conducta ante la PBE	232

Tabla 44. Variables relacionadas con la Actitud global ante la PBE	233
Tabla 45. Puntuación media de la escala de Clima Organizacional según el momento del estudio	233
Tabla 46. Distribución de la satisfacción con la elección de enfermería como profesión de los profesionales según el momento de la medida	235
Tabla 47. Distribución de la satisfacción con el trabajo actual de los profesionales según el momento de la medida	235
Tabla 48. Distribución de la evaluación del entorno laboral de los profesionales según el momento de la medida	236
Tabla 49. Distribución de la satisfacción con el entorno laboral de los profesionales según el momento de la medida	237
Tabla 50. Distribución sobre la percepción de la facilidad para encontrar trabajo de enfermería en los profesionales según el momento de la medida	238
Tabla 51. Distribución sobre si recomendarían su hospital o centro de salud como buen sitio para trabajar según el momento de la medida	238
Tabla 52. Variables del Entorno y satisfacción laboral relacionadas con la Satisfacción con el trabajo actual en la segunda medida	239
Tabla 53. Distribución sobre la percepción de la calidad de los cuidados en el hospital o centro de salud según el momento de la medida	240
Tabla 54. Distribución sobre la percepción de los profesionales acerca de la seguridad de que sus pacientes puedan manejar su autocuidado en su proceso salud/enfermedad después del alta/o según el momento de la medida	240
Tabla 55. Distribución sobre la percepción de los profesionales acerca de la seguridad de que la estructura organizativa del hospital/centro de salud actuará para resolver los problemas que se han notificado según el momento de la medida	241
Tabla 56. Distribución sobre la valoración de la unidad/centro de salud en la seguridad del paciente según el momento de la medida	242
Tabla 57. Distribución de la evaluación de los profesionales de la calidad de los cuidados en el último año según el momento de la medida	242
Tabla 58. Variables Entorno y Satisfacción laboral relacionadas con la Calidad de los Cuidados en la primera medida	243
Tabla 59. Variables del Clima Organizacional relacionadas con la Calidad de los cuidados en la primera medida	243
Tabla 60. Distribución la opinión de los profesionales sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el lugar de trabajo según el momento de la medida	244

Tabla 61. Variables sobre Entorno y Satisfacción laboral relacionadas con la valoración global de la Seguridad en la unidad/centro en la primera medida	245
Tabla 62. Variables sobre Entorno y Satisfacción laboral relacionadas con la valoración global de la Seguridad en su unidad/centro en la segunda medida	246
Tabla 63. Variables sobre Clima Organizacional relacionadas con la valoración global de la seguridad en su unidad/centro en la segunda medida	246
Tabla 64. Variables sobre Seguridad del paciente relacionadas con la valoración global de la Seguridad en la unidad/centro en la segunda medida	247

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: N° de Notificaciones en SINASP y % de Incremento	103
Gráfico 2: Nivel de cumplimiento del Listado de Verificación Quirúrgica	103
Gráfico 3: Adherencia al Lavado de Manos.	104
Gráfico 4: Consumo de Preparados de base alcohólica en el punto de atención	104
Gráfico 5: Nivel de cumplimiento pulsera identificativa	105
Gráfico 6: Nivel de absentismo del personal de enfermería del área III de salud. Lorca	202
Gráfico 7: Número de Actividades de Formación Continua y Formación en PBE del personal de enfermería del área III de salud. Lorca.	203
Gráfico 8: N° de Profesionales de enfermería formados en Formación Continua y en PBE del área III de salud. Lorca	203
Gráfico 9: Producción científica del personal de enfermería del área III de salud. Lorca	204
Gráfico 10: Bisagras de Tukey de la distribución de la edad de los profesionales de enfermería según el momento de la medida	217
Gráfico 11: Bisagras de Tukey de la distribución de los años de experiencia laboral de los profesionales de enfermería desde que firmaron el primer contrato según el momento de la medida	219
Gráfico 12: Bisagras de Tukey de la distribución de los años de experiencia laboral de los profesionales de enfermería según el momento de la medida	220
Gráfico 13: Bisagras de Tukey de la distribución de los años de experiencia laboral en el área 3 de los profesionales de enfermería según el momento de la medida	221
Gráfico 14: Bisagras de Tukey del porcentaje de aplicación de la PBE en la primera y segunda medida	228
Gráfico 15: Puntuaciones medias de la escala CAPEBE en la primera y segunda medida	229
Gráfico 16: Puntuación media de la escala de Clima organizacional en la primera y segunda medida	234



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura organizativa del Poyecto CCEC®	139
Figura 2. Organigrama 2016 del Proyecto CCEC®	141
Figura 3. Situación del Área de Salud III (Lorca) en la Región de Murcia. 2017	190
Figura 4. Zonas Básicas de Salud del Área III de Salud. Lorca	191
Figura 5. Organigrama Gerencia del Área III de Salud. Lorca. Murcia. 2017	193
Figura 6. Organigrama División de Enfermería del Área III de Salud. Lorca. Murcia. 2017.	195





# 1. Introducción





## INTRODUCCIÓN

Los rápidos cambios en el sector de la salud y la escasez de recursos humanos, principalmente de profesionales de enfermería, han tenido un impacto en la estabilidad de los ambientes de trabajo, por lo que mantener un nivel de excelencia en los cuidados es todo un reto. Así, las organizaciones sanitarias esperan obtener cada vez mejores resultados en salud de la población a la que atienden. Para ello, entre otros aspectos, se requiere que las enfermeras se propongan conseguir la excelencia en los cuidados que prestan. En estos momentos esto pasa por la actualización constante del conocimiento y habilidades y por la aplicación de las mejores prácticas. Si bien, se requiere de un adecuado entorno laboral que favorezca un clima de trabajo adecuado, que apoye las prácticas basadas en la mejor evidencia científica, que habilite los mecanismos para proveer cuidados de calidad y con seguridad y, mejorar así la satisfacción de los profesionales con su trabajo.

Por otra parte, los expertos sostienen que en enfermería un adecuado desarrollo profesional es esencial para la salud en los ambientes de trabajo de las enfermeras (RNAO, 2007). Al mismo tiempo, los ambientes positivos de trabajo se caracterizan por un fuerte liderazgo, demandas de trabajo que coinciden con las habilidades de la persona, equilibrio entre esfuerzo y recompensa y seguridad (Baumann & et al., 2001).

En los últimos años ha crecido el interés en estos aspectos, y cada vez se investiga y trabaja más para facilitar entornos laborales que favorezcan una práctica clínica de excelencia. Concretamente en 2003 la Registered Nurse's Association of Ontario (RNAO), comenzó a elaborar Guías de Práctica Clínica (GPC), denominadas Guías de Buenas Prácticas (GBP), y desarrolló un programa para la implantación de dichas guías. El objetivo era crear herramientas que ayudaran a los profesionales de enfermería en la toma de decisiones clínicas basándose en la mejor evidencia posible. Además desarrollaron un programa de implantación para facilitar el uso y aplicación de las guías, que implica el compromiso de la organización y sobre todo

la implicación de los profesionales que atienden de manera directa los pacientes. En España desde el año 2012 se está llevando a cabo este mismo programa bajo la denominación Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®.

El programa a través de una intervención multicomponente ayuda a la implantación de las recomendaciones contenidas en las guías. Promueve la creación de entornos favorables, el trabajo en equipo interdisciplinar, el desarrollo de estrategias propuestas por los propios profesionales encargados de los cuidados y en general cambios importantes a nivel tanto colectivo como individual. Requiere adoptar nuevas estrategias de afrontar el modo de trabajo y aceptar plenamente el bien colectivo. A través de programas como el mencionado que apoyan la aplicación de recomendaciones basadas en la evidencia se favorece la toma de decisiones clínicas compartidas, la forma más sustantiva de trabajo en equipo y una condición necesaria para construir ambientes de trabajo saludables y brindar atención óptima al paciente. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que favorecer programas como el mencionado, sin una adecuada situación laboral, no puede lograr ambientes de trabajo favorables ni un trabajo en equipo óptimo con excesiva dependencia en el empleo a tiempo parcial, ocasional o de agencias (Grinspun, 2007).

Es oportuno señalar que diversos estudios como los de Dugan (1996), Lundstrom (2002) Estabrooks (2005), señalan que cada vez se tiene una mejor comprensión de la relación entre entornos de trabajo de la enfermera, la evolución de los pacientes, y el funcionamiento de la organización y del sistema. Needleman (2002), Person (2004) y Blegen (1998) entre otros, han demostrado fuertes vínculos entre el personal de enfermería y la aparición de episodios adversos en los pacientes. La evidencia muestra que los entornos de trabajo favorables, donde se fomenta el trabajo en equipo, la colaboración interdisciplinar y donde hay un interés común por mejorar la práctica clínica redundan en beneficios para las organizaciones ya que reducen el absentismo laboral, la pérdida de productividad, los costes de atención sanitaria, de la institución y los gastos derivados de los acontecimientos adversos de los pacientes (Aldana 2001; *US Agency for Health care Research and Quality*,

2003). Lograr un ambiente de trabajo favorable para las enfermeras requiere un cambio transformacional, con factores que aborden los factores subyacentes del lugar de trabajo y de la organización (Lowe 2004).

Por todo lo anteriormente señalado, es claro el creciente interés por el aumento del conocimiento del entorno laboral de las enfermeras y de sus implicaciones y consecuencias en las organizaciones de salud sobre todo cuando se introducen cambios estratégicos que afectan a diversos niveles de la organización y principalmente a los profesionales de enfermería. Actualmente, se están desarrollando estudios en distintos contextos, profesiones y países. Sin embargo, aún son escasos los estudios sobre modelos o estrategias de implantación de mejoras que incidan directamente en el entorno laboral. Además, en España se trata de una materia sobre la que aún no se ha mostrado suficiente interés y la investigación en este ámbito está iniciándose.

Sabiendo que la implantación de programas de este tipo implica cambios a nivel de la organización y los profesionales, dado que supone la participación tanto de responsables de las instituciones, mandos intermedios y profesionales encargados de los cuidados directos, consideramos necesario evaluar si se han producido cambios y en qué sentido en la percepción del entorno laboral de las enfermeras tras la implantación del Programa de implantación de Guías de Práctica Clínica “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®” .



## 2. Marco Conceptual







## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. Actitud ante la Enfermería basada en la evidencia**

#### **2.1.1 Concepto de Actitud**

Existe una preocupación por la utilización de la práctica basada en la evidencia (PBE) y se demanda que se desarrollen actitudes favorables a la utilización de la PBE en los contextos sanitarios; sin embargo, pocos son conscientes de que la formación de actitudes es un tema complejo, que requiere definir qué son las actitudes, comprender cómo se presentan en la persona y con qué aspectos de ella se relacionan.

En el lenguaje usual, el concepto de actitud tiene una serie de connotaciones ya sean ideológicas, morales o evaluativas, por lo que se precisa, una definición cuidadosa. Las primeras definiciones de actitud provienen desde la psicología social, y cabe destacar la de Thomas y Sniecki (1918), que definieron la psicología social como el estudio de las actitudes. Así mismo, en las primeras definiciones se incluía la palabra disposición o predisposición; en 1932 Spencer definía en su obra "Principios" el término actitud como un patrón disposicional que influía en la percepción de las situaciones (Almazán, 2003).

En las décadas que siguen a los años 30, las definiciones que provenían tanto de la Psicología Social como de las Ciencias de la Educación, las actitudes se identificaban con dos criterios. El primero define a la actitud de acuerdo a la tendencia evaluativa, es decir, le asigna aspectos positivos o negativos a un objeto. Así se considera que la actitud es definida como un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción favorables o desfavorables respecto a objetos sociales (Krech y Cruthfield, 1948). En esta misma línea, Anderson (1981), considera la actitud una emoción moderadamente intensa que prepara o predispone a un individuo a reaccionar coherentemente, de modo favorable o desfavorable, cuando se ve confrontado con

un objeto determinado. El segundo criterio define la actitud en relación a los componentes que la constituyen. Sería una categorización de un estímulo u objeto a lo largo de una dimensión evaluativa basada en tres clases generales de información: cognitiva, afectiva o emocional (Zanna y Rempel, 1988). Morales (2007) plantea la actitud como un estado psicológico interno que se manifiesta a través de una serie de respuestas observables, agrupadas en tres categorías: cognitivas, afectivas y conativo-conductuales. Fazio, Blascovich, Driscoll, (1992) expresan que la actitud es una asociación entre un objeto y su evaluación. Montané, Jariot, y Rodríguez (2007) la definen como la predisposición a responder positivamente o negativamente o a actuar de una manera determinada y que incluye tendencias o cambios referidos a las ideas, objetos, personas y situaciones.

Existe un gran número de publicaciones científicas que tienen como objetivo principal el fenómeno actitudinal (Albarracín, Jonhson, y Zanna, 2005; Eagly y Chaiken, 1993; Fazio y Olson, 2003; Haddock y Maio, 2004; Maio y Olson, 2000). En un principio, la actitud o la tendencia a ejecutar una tarea, procedía de uno o dos factores: el factor cognitivo y, en algunas definiciones, se incluía el factor afectivo. Thurstone (1931) relacionó la actitud con el pensamiento y las emociones. Allport (1935), incluyó el componente conductual al definir la actitud como un aprendizaje que predispone a pensar, sentir y actuar de una manera determinada.

Debido a ello, la actitud se entiende como la predisposición de una persona para responder de una manera particular, después de encontrarse con un estímulo, valorado como negativo o positivo (Ruzafa-Martínez, López y Madrigal, 2011). Es una predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.) (Morales, 2000); es decir, a actuar de una determinada manera a partir de respuestas que podrían ser de carácter afectivo, cognitivo y conductual, siendo estos tres elementos, interrelacionados, los que configuran la actitud (Montané y Arnau, 2010). Esta actitud genera la inquietud por desarrollar cotidianamente un mejor desempeño, así como, por estimar y validar los

desarrollos logrados por otros colegas y profesionales incorporándolos a la práctica (Falconi, Brito y Verkovitch, 2015).

Se hace oportuno señalar, que este concepto, abarca tres dimensiones. La primera es la dimensión cognitiva. Hace referencia a la información que una persona tiene sobre un objeto y sus creencias acerca de las características del objeto evaluado. La segunda es la dimensión afectiva, determinada por los sentimientos y preferencias de una persona hacia un objeto. La tercera es la dimensión relacionada con el comportamiento; que se refiere a la intención de actuar en relación con el objeto (Ruzafa-Martínez, et al., 2011).

Existe consenso en considerar que su estructura tiene una dimensión múltiple mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo:

a) Los Componentes Cognitivos o de conocimientos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación. Resume la información que una persona tiene acerca de un objeto, y las creencias sobre las características del objeto evaluado;

b) Los Componentes Afectivos o de sentimiento son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado...). Se refiere a los sentimientos y preferencias que una persona tiene en relación con el objeto; y

c) Los Componentes Conativos o conductuales, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta---actitud". Representa las expectativas de

una persona en relación con su comportamiento o su intención de acción respecto al objeto (Morales, 2000).

### **2.1.2 Práctica de Enfermería Basada en la Evidencia**

El término sajón *evidence* se empleó para referirse a la evidencia científica aportada por la investigación. Este término se aleja radicalmente del uso que, en castellano, tiene la palabra “evidencia”, ya que, según el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española su significado es “certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar” (Real Academia Española, RAE, 2013). Se refiere al conocimiento científico obtenido por medio de la investigación, que comprueba, demuestra o verifica la mejor manera posible de ofrecer el cuidado (Ribeiro, Porto, Thofehn, 2012).

La expresión *Evidence Based Medicine* (Medicina Basada en la Evidencia, MBE) fue acuñada en la Facultad de Medicina de la Universidad de McMaster (Canadá), en los años ochenta para referirse a una estrategia de aprendizaje clínico que ya llevaba desarrollándose más de una década en esa facultad. Sus impulsores la definieron como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente; teniendo en cuenta la experiencia del clínico” (Rosenberg y Donald, 1995).

Sobre este aspecto, Guyatt, fue el que utilizó por primera vez el término Evidence Based Medicine (Medicina Basada en Evidencias) en 1991 (Sackett, y Rosenberg, 1995). Proponía un método destinado a ayudar al clínico a identificar pruebas, evidencias, en la literatura médica y, gracias a ello, poder tomar decisiones clínicas. El método descrito tenía dos componentes: uno bibliográfico, sobre cómo localizar información; y otro metodológico, sobre cómo evaluar la calidad de la investigación y de las pruebas contenidas en ella (Gálvez Toro, 2007). Este método se planteaba como una alternativa válida para sintetizar y divulgar el conocimiento procedente de la investigación clínica.

La MBE se ha revelado como un auténtico fenómeno social, que se ha difundido con rapidez por todo el mundo y a todos los sectores de la sanidad, trascendiendo incluso el ámbito profesional (Gol-Freixa y Del Llano-Señaris, 1999). El movimiento de la MBE pretendía que la práctica clínica habitual se basara en el uso consciente y juicioso de las mejores pruebas para atender y cuidar a los pacientes, es decir, que ponía de manifiesto que existe una medicina que no fundamenta sus actuaciones en la evidencia (Pozo, 1999). El término ha ido evolucionando hasta encontrar en la literatura dos sinónimos: Práctica Basada en Evidencias (PBE) y Atención Sanitaria Basada en Evidencias (ASBE) (Gálvez Toro, 2007).

La práctica basada en la evidencia (PBE) nació a partir de la definición que dio Sackett en 1996 sobre la medicina basada en la evidencia, como “la utilización consciente explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente” y propusieron las etapas que conformarían la MBE: 1. Formular una pregunta clínica susceptible de ser respondida 2. Plantear estrategias de búsqueda de la evidencia disponible 3. Evaluar la calidad de la evidencia 4. Implementar la evidencia 5. Evaluar los resultados de la implementación de la evidencia (Straus y Sackett, 1998).

Uno de los exponentes del éxito de la MBE es su expansión dentro del ámbito de muchas disciplinas, principalmente las relacionadas con la salud, como es el caso de Enfermería (Cullum, DiCenso y Ciliska, 1997; Stetler, Brunell, Guiliano, Morsi, Prince y Newell-Stokes, 1998). Todo este movimiento ha llegado a los profesionales enfermeros, los cuales se sumaron a esta nueva forma de cuidar, naciendo así la Enfermería Basada en la Evidencia (Ramos de la Cruz, 2004).

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) es un concepto que se define como la capacidad de elegir y utilizar una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes con la intención de desarrollar una tarea en un determinado contexto (Sherrif, Wallis y Chaboyer, 2006).

La práctica clínica basada en la evidencia, ha sido reconocida por la comunidad sanitaria, así como por las agencias reguladoras, como el estándar de oro para el suministro de atención de salud segura y compasiva (Brown, Wickline, Ecoff, y Glaser, 2009). El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha demostrado un compromiso con la participación activa de las enfermeras en la investigación (ICN 2006) y el uso de la misma para fundamentar la práctica basada en la evidencia (ICN 2007). A nivel mundial, los gobiernos han adoptado prácticas basadas en la evidencia con el desarrollo de iniciativas para avanzar en la provisión de atención de salud basada en la mejor evidencia en lugar de en la tradición (Glacken y Chaney, 2004; Parahoo 2000, Retsas, 2000).

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) supone el uso de los mejores resultados de la investigación científica disponibles para la toma de decisiones en el cuidado del paciente y su utilización tiene beneficios potenciales para los pacientes, los profesionales y los sistemas de salud (Johansson 2010; Ruzafa-Martínez, Molina-Salas y Ramos-Morcillo, 2016; Smith 2010). Cabe señalar, que la PBE se introdujo como una innovación en el sistema de salud, como ayuda para diseñar e implementar planes de salud (Farokhzadian, 2015).

Esta práctica ha sido considerada un factor clave, ya que reduce la inadecuada variabilidad en las prácticas asistenciales, proporciona un conjunto de normas para la toma de decisiones clínicas, da mayor rentabilidad disminuyendo los costes asociados a los cuidados ineficaces y puede llevar a mejorar los resultados de seguridad de los pacientes al disminuir los riesgos clínicos, mejorando así las expectativas del paciente y la comunidad hacia la práctica enfermera. Por tanto, proporciona un marco para promover la excelencia en la asistencia sanitaria y mejorar la calidad de la práctica clínica basada en las normas internacionales (Farokhzadian, Nayeri, Borhani y Zare 2015, Heydari, Mazlom, Ranjbar, Scurlock y Evans 2014).

Debido a ello, es esencial, por parte de los profesionales sanitarios adquirir el suficiente conocimiento, habilidad y tener una fe firme en el papel de la PBE en el

ámbito clínico (Mehrdad, Joolaee, Joolaee y Bahrani, 2012). En este sentido, la práctica enfermera basada en la evidencia, es un proceso complejo, por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas incorporando la evidencia científica, su experiencia clínica, los valores y preferencias del paciente y los recursos disponibles (Mulhall, 1998; Shirey, 2006).

Con el propósito de reducir la brecha entre la investigación y la práctica, se ha argumentado que la PBE podría conducir a las siguientes contribuciones: avances en la ciencia de la enfermería, la mejora de la credibilidad de las enfermeras como profesionales autónomos, la mejora de los resultados sanitarios de los pacientes y el control de los costes sanitarios y, finalmente, la utilización de los resultados de la investigación moderna y confiable para mejorar la calidad de los resultados en salud a mediano y largo plazo (Abad-Corpa, et al., 2013).

No obstante, este movimiento que se traduce en un cambio en la forma de aprender y ejercer la medicina (Ciurana-Misol, 2009), requiere un proceso de formación de los profesionales y necesita que se valore el grado de aprendizaje y aplicabilidad adquirido por los clínicos que reciben dicha formación (Shaneyfelt, Baum, Bell, Feldstein, Houston, Kaatz, et al., 2006; Fritsche, Greenhalgh, Falck-Ytter, Neumayer, Kunz, 2002).

En el momento actual debemos reconocer la importancia de la investigación, como base esencial para el desarrollo de un cuerpo de conocimiento propio de Enfermería. Sin embargo, a pesar de haberse demostrado que la práctica de la enfermería basada en la investigación, ofrece mejores resultados que la práctica de cuidados basada en la rutina (experiencia, intuición), sólo una pequeña parte de la práctica enfermera se basa en la investigación (Bostrum y Suter, 1993).

Por otra parte, ante la creciente presión sobre la limitación de los recursos para los cuidados de salud, las enfermeras deben considerar que además de que su práctica clínica sea efectiva, es necesario que sea también eficiente; los resultados también han de ser beneficiosos en las condiciones reales de la práctica habitual,

deben ser eficientes en relación al esfuerzo empleado en términos de recursos humanos, materiales y costes. En este contexto, la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) constituye una pieza clave, ya que ofrece una respuesta adecuada al escenario sanitario actual (Alonso-Coello, 2004; Pearson, Field y Jordan, 2008)

### **2.1.3 Actitud de las Enfermeras ante la Práctica Basada en la Evidencia**

La enfermería es el grupo profesional sanitario responsable del cuidado de los usuarios en el sistema de salud, tanto a nivel individual como colectivo y en sus cuatro dimensiones, biológica, social, emocional y cultural. Está presente cuando el paciente, usuario o cliente necesita ayuda, enseñanza o cuidado en temas relacionados con la salud, cuando no tienen conocimiento, voluntad o fuerza para cuidar de sí mismos, satisfaciendo las necesidades humanas en todas las etapas del ciclo vital (García y Martínez 2001; Ochoa, 2005).

Por ello, son importantes en el ámbito sanitario, porque participan en la configuración y la gestión del sistema de salud, velando porque se satisfaga de manera oportuna las necesidades de los individuos, familias y comunidades, influyendo estratégicamente en las políticas sanitarias a nivel local, regional o nacional, además de participar activamente en la planificación de programas sanitarios y la asignación de recursos (Organización Mundial de la Salud, 1996).

La investigación ha legitimado la Enfermería como profesión, permitiéndole desarrollar un cuerpo de conocimientos propios para la prestación de cuidados de salud a la población, ampliando sus fundamentos científicos y legitimándola como tal (Carrillo-González, Arras-Vota y Moriel-Corral, 2012; Luengo-Martínez y Paravic-Klijn, 2016). En la medida que el conocimiento, producto de la investigación en enfermería sea accesible, relevante, y significativo para la sociedad, se transforman la disciplina y la práctica, beneficiando el objeto de estudio, el cuidado de los individuos y colectivos humanos (Sandelowski, 2004).



Los cuidados de enfermería y la toma de decisiones que se necesita para ejecutarlos, requieren que dichos cuidados se realicen considerando la mejor evidencia disponible, la experiencia profesional y la opinión del paciente para mejorar la salud de la población (Baernholdt y Lang, 2007; Vicente y Altarribas, 2014).

Con el fin de consolidar todos esos cimientos de los cuidados y fortalecer la razón de ser de la enfermería, se debe utilizar la PBE, ya que dota a las enfermeras de competencias, conocimientos, habilidades y autoeficacia que puede hacer mejorar la posición a la enfermera dentro del equipo multidisciplinar (Farokhzadian, Nayeri, Borhani y Zare, 2015). Aplicar este proceso implica poseer los suficientes conocimientos y habilidades para buscar, evaluar y utilizar la evidencia, además de poseer una actitud positiva hacia esta práctica (Farokhzadian, Khajouei, Ahmadian, 2015).

Las enfermeras miran al siglo XXI, con el reto de seguir avanzando en investigación y de desarrollar una base de conocimiento científico que las capacite para implementar la PBE (Omery y Williams, 1999). La PBE es uno de los principales esfuerzos de investigación globales en el mundo del cuidado de la salud, y los profesionales de enfermería se dedican a proporcionar una salud efectiva y eficiente a la población.

Se sabe que poco a poco se están incorporando un gran número de innovaciones en la práctica clínica, aunque solo están siendo aplicados en contextos o lugares específicos; por lo que, todavía hay mucho terreno que recorrer en la práctica enfermera, con el fin de cerrar la brecha entre la investigación y la práctica (Abad-Corpa, et al., 2010). El uso de la evidencia podría transformar la práctica clínica, sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de las enfermeras están trabajando en el contexto de la PBE (Martínez, Jiménez, Muñoz, Aguilera, López y Rodríguez, 2014; Shafiei, Baratimarnani, Goharinezhad, Kalhor y Azmal, 2014).

Aunque la asistencia sanitaria basada en la evidencia, genera mejores resultados para los pacientes y reduce los costos, las enfermeras no implementan sistemáticamente mejores prácticas basadas en la evidencia. Creen en la atención basada en la evidencia, pero las barreras siguen siendo frecuentes, incluyendo la resistencia de colegas, líderes de enfermería y gestores. Es oportuno señalar, que existen diferencias en las respuestas de las enfermeras de las instituciones magnéticas frente a las no magnéticas, así como de las enfermeras con nivel de master versus las que no lo tienen, por lo que tanto líderes de enfermería y educadores, deben proporcionar oportunidades de aprendizaje en relación con la PBE y facilitar culturas de apoyo para lograr el objetivo de que las decisiones clínicas estén basadas en la evidencia (Melnik, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford y Kaplan, 2012).

No obstante, la gran demanda de información por parte de los pacientes, la variabilidad de los cuidados y las dudas que surgen día a día en la práctica clínica, hacen cuestionar si los profesionales de enfermería están dispuestos a renovar sus conocimientos a través de las fuentes de información que existen actualmente, gracias a la nueva visión que trae la PBE (Melnik, 2004).

Debido a lo anterior, es importante resaltar, que a pesar de los beneficios que proporciona la PBE, diversos factores hacen que sea difícil para las enfermeras integrarla en su práctica. En este sentido, varios investigadores han informado que las enfermeras tienen poco conocimiento, aunque su actitud hacia la práctica clínica basada en la evidencia es favorable (Melnik, Fineout Overholt, Fishbeck Feinstein, Li, Small, Wilcox, 2004; Saunders y Vehviläinen, 2016) muchas no reconocen el concepto del término PBE o como incorporarlo en su práctica clínica (Farokhzadian, et al, 2015; Mallion y Brooke, 2016; Mehrdad, et al., 2012).

Aunque las enfermeras están familiarizadas con el concepto de la PBE, tienen actitudes positivas y creen en el valor de la misma, en la mejora de la calidad de la atención y los resultados de los pacientes, perciben sus propios conocimientos y las habilidades que tienen, insuficientes, para emplear la práctica basada en la

evidencia. Por ello, se necesitan estudios de investigación, para probar y evaluar la eficacia de las intervenciones diseñadas para avanzar en las competencias de la práctica basada en la evidencia, especialmente en cómo integrar la misma en la toma de decisiones clínicas. Los esfuerzos deben centrarse en la utilización sistemática de estrategias de transformación del conocimiento demostradas para ser eficaces y que sean fácilmente accesibles para que las enfermeras la integren en su práctica clínica (Saunders y Vehviläinen, 2016).

Se han identificado diversas barreras cuando se trata de utilizar los resultados de la investigación en la práctica clínica, como la falta de tiempo, confianza, falta de habilidad para llevar a cabo la búsqueda de información y todo el complejo proceso que conlleva la PBE (Mallion, 2016; Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, Miguel, González-María, Clarke y 2011). Otros obstáculos son la corta dotación de personal, la gran demanda por parte de los pacientes, los compromisos familiares fuera del trabajo, el tiempo que tienen los profesionales de enfermería para realizar sus propias tareas, la reducida formación en metodología científica y la poca o nula formación en idiomas, especialmente en inglés (Torres-Romero, Vidal y Hernández, 2013).

Entre las razones que dificultan la aplicación de la evidencia científica al campo de la Enfermería, destacan: un distanciamiento entre el mundo científico y el mundo asistencial, aumento de la producción científica que no se corresponde con un incremento en la calidad de la evidencia (no se realizan más ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis) sobre intervenciones enfermeras; los hallazgos de la investigación no se incorporan a la práctica habitual por las dificultades relacionadas con el acceso a la información, la capacidad para evaluar la calidad de la información, las habilidades para integrar la evidencia en la práctica, las estrategias de difusión, las estrategias de implementación, la actitud de los profesionales ante el cambio y los contextos de trabajo, entre otros (Cabreró-García, 1999; Cabreró-García, Richart-Martínez, Orts-Cortés. 2003; Gálvez-Toro, 2000; Solís Muñoz, M. 2015).

Así mismo, la PBE también es una de las prioridades de los programas de educación enfermera y médica. Las Facultades de Enfermería son las encargadas de la formación de las futuras enfermeras, por lo que su participación en la integración de la PBE en la educación clínica mejorara los resultados de salud. (Mehrdad N, Joolae S, Joolae A, Bahrani, 2012). En este sentido, cabe destacar, que la Universidad de Murcia (UMU) integra la enseñanza la PBE, con resultados favorables en la actitud, habilidades y conocimientos en la PBE de los estudiantes, después de la incorporación de esta competencia académica al grado de enfermería (Ruzafa-Martínez, Molina Salas, Ramos Morcillo, 2016).

Por otra parte, hay facilitadores, como la creación de equipos de investigación, cambios en la filosofía enfermera hacia un aumento de conocimientos, la creación de guías de práctica clínica y protocolos (Torres-Romero, Vidal y Hernández, 2013), proyectos de implantación de evidencias, como el proyecto de centros comprometidos con la excelencia en cuidados, a través de la utilización de recomendaciones de Guías de Buenas Prácticas (GBP) basadas en la evidencia con el fin de basar la práctica en la mejor evidencia disponible y conseguir también el impacto positivo de estas guías en la práctica clínica de las enfermeras y los resultados en pacientes (Ruzafa-Martínez, González-María, Moreno-Casbas, Del Rio-Fas, Albornos-Muñoz y Escandell-García, 2011).

Aunque en la última década ha habido un incremento de la investigación relacionada con los cuidados basados en la evidencia, sin embargo, se ha escrito mucho menos sobre la aplicación directa de la EBE por los profesionales, existe una brecha entre los resultados de la investigación y su aplicación en la práctica clínica (De Pedro, Morales, Sesé, Bennasar, Artigues y Perelló, 2011).

El uso de la evidencia podría transformar la práctica clínica. En diversos departamentos de enfermería ya se han implementado modelos de PCBE para desarrollar estrategias y recomendaciones (Abad-Corpa, et al., 2010). Los cambios en la práctica no solo están condicionados por los conocimientos y actitudes de los profesionales, sino además por las creencias individuales de los mismos y factores

de la organización, así como el medio económico y social en que se desenvuelven (Pérez y Manzano, 2013).

La medición de creencias y actitudes es esencial. Dicha medición, necesariamente indirecta, puede lograrse mediante una variedad de medios que utilizan el comportamiento y la experiencia inmediata del individuo como datos de diagnóstico. Al medir las creencias y las actitudes, debe tenerse en cuenta que la forma en que se reflejan en el comportamiento y la experiencia se rige en parte por la naturaleza de la situación momentánea. La precisión requerida de las mediciones puede variar, pero las técnicas deben ser fiables y válidas. La determinación de la validez de las mediciones puede hacerse sólo indirectamente. Las creencias y actitudes "individuales" también son mensurables, ya que existe un grado considerable de absolutismo posible en la cuantificación de varios atributos, y por lo tanto el significado de tales mediciones no tiene que depender únicamente de las normas relativas del grupo (Briñol-Turnes, Falces-Delgado, Becerra-Grande, 2007).

Existen una serie de estudios relacionados con la actitud hacia el uso de la PBE por parte del personal de enfermería indicando que las enfermeras informan constantemente actitudes y creencias favorables hacia la misma. Sin embargo, a pesar de que existe una fuerte creencia de que la PBE mejora los cuidados clínicos y sus resultados en los pacientes, piensan que la PBE se aplica de forma moderada a la práctica enfermera en general (Melnik, et al., 2004; Saunders, et al., 2016; Brown, Wickline, Ecoff, Glaser, 2008).

Pravikoff et al. (2005) encontraron que la mayoría de las enfermeras sabían que era necesario utilizar información basada en la evidencia para guiar la práctica. Sin embargo, estas mismas enfermeras normalmente optaron por consultar a un compañero en lugar de buscar en la literatura para obtener información. Varnell et al. (2008) evaluaron la utilidad de un programa educativo sobre las actitudes hacia y la implementación de EBP por el personal de enfermería. Este fue un estudio importante, porque hay poco en la literatura sobre estrategias para mejorar las actitudes, las creencias y el conocimiento de la EBP. Estos investigadores

demonstraron que un programa educativo enfocado en la PBE era una intervención eficaz, y que las puntuaciones de creencia e implantación postintervención mejoraron significativamente ( $p < 0,01$ ) (Varnell et al., 2008; White-Williams, Patrician, Fazeli, et al., 2013).

Abbas, Seyed, Hossein y Scurlock-Evans (2014) encontraron que la mayoría de los participantes reportaron bajos conocimientos o habilidades y prácticas de PBE, pero mostraron un nivel moderado en las actitudes hacia la misma. Se identificaron diferencias significativas entre las puntuaciones medias en conocimientos o habilidades, actitudes y prácticas según ámbito de estudio. Las enfermeras informaron un mayor conocimiento o habilidades y prácticas de PBE que las comadronas ( $p < 0,001$ ). Las enfermeras y matronas con máster mostraron un mayor conocimiento o habilidades y prácticas de PBE, y actitudes más positivas que las enfermeras graduadas ( $p < 0,001$ ). Resultados similares fueron reportados por Melnyk, et al (2004) que además señalan que también hay diferencias entre la actitud hacia la PBE y los profesionales que trabajan en las diferentes unidades del hospital (Melnyk, et al., 2004).

Del mismo modo, se han encontrado diferencias significativas entre la actitud y los años de experiencia, la categoría profesional y el nivel de asistencia sanitaria, obteniendo mejores puntuaciones los profesionales con menos experiencia, las enfermeras con categoría de enfermera gestora y los enfermeros pertenecientes a atención primaria, frente al resto (De Pedro-Gomez, 2011).

Al evaluar las competencias de los profesionales de enfermería hacia la PBE en las unidades de UCI y urgencias, obtuvieron una puntuación media más alta para la actitud, seguido del conocimiento/habilidades y por último la práctica de la EBE, así como los profesionales con formación en evidencia obtuvieron valores significativamente mayores en actitud frente a aquellos que no tenían esta formación. Los profesionales que trabajan en cuidados críticos mantienen una actitud positiva para integrar y aplicar una PBE (Martínez, Jiménez, Muñoz, Aguilera, López y Rodríguez, 2014).

En general, enfermeras y médicos aceptan de manera positiva el cuestionamiento de sus prácticas clínicas, y declaran que la PBE no es una pérdida de tiempo considerándola fundamental y manifiestan que ha cambiado su práctica al encontrar evidencia científica. Estos datos revelan actitudes positivas ante la PBE y su uso para apoyar la toma de decisiones clínicas estando asociada a los factores que determinan la transferencia del conocimiento a la práctica (Molina, Muñoz, Vaca, Cabascango, Cabascango, 2015).

Se ha visto como las enfermeras que están involucradas en la PBE han encontrado un sentido de profesionalismo y crecimiento, lo que contribuye a su identidad profesional y autoestima (Farokhzadian, 2015). La implementación de la PBE o la institucionalización de PBE en las organizaciones sanitarias se conoce como un desafío de la práctica enfermera y se define como la integración del uso de la evidencia en el tejido o estructura de una organización clínica (Shafiei, 2014; Stetler, Ritchie, Rycroft y Charns, 2014).

Debido al complejo proceso de múltiples pasos de aplicación de la PBE y la multitud de factores internos y externos que influyen en las enfermeras, la aceptación y la integración de la PBE en la práctica diaria de las enfermeras ha sido un reto. Estos factores internos y externos hacen referencia a la preparación individual y organizacional de las enfermeras con respecto a la PBE.

Como preparación individual de las enfermeras se incluyen factores como familiaridad, actitud, creencia, conocimiento y habilidades relacionadas con la PBE, respecto a la preparación organizacional se incluyen factores tales como una cultura organizacional de apoyo en la PBE, un entorno de práctica profesional sumergido en la PBE y la disponibilidad de mentores y/o enfermeras líderes dentro de la organización que apoyen activamente la PBE (Mallion, Brooke, 2016).

Actualmente es más arduo llevar a cabo la práctica asistencial debido a los constantes avances científicos y tecnológicos que se desarrollan día a día. Esto obliga al profesional sanitario a mantenerse actualizado para poder abordar las

necesidades de salud de la población y dar una atención de calidad. (Carrion-Camacho, 2016). No obstante, esta actualización mediante la investigación se queda incompleta si este conocimiento no es transmitido posteriormente a los profesionales (Ramos de la Cruz, 2004)

La elaboración y utilización de la evidencia científica demanda formación y destrezas específicas, pero sobre todo una actitud comprometida hacia el ser y quehacer de la profesión. Por lo tanto, es responsabilidad de las enfermeras utilizar la PBE y los resultados de la investigación para evaluar sus habilidades, desarrollar e implementar políticas y procedimientos, además de realizar intervenciones clínicas eficaces para proporcionar un plan de atención que mejore los resultados del paciente (Shafiei, 2014).

La incorporación de la evidencia procedente de la investigación supone, que debe existir difusión de investigaciones de calidad de las que se pueda extraer tales evidencias y requiere, además, un compromiso por parte de los profesionales para buscar, seleccionar e implementar dichas evidencias a la práctica (Hayes, 1997; Solís-Muñoz, 2015).

#### **2.1.4 Aspectos individuales de las enfermeras que influyen en el uso de la Práctica Basada en la Evidencia**

La utilización de la investigación se refiere al proceso mediante el cual el conocimiento específico basado en la investigación se aplica en la práctica (Estabrooks, Wallin y Milner, 2003). En los últimos años, la utilización de la investigación por las enfermeras ha recibido mayor atención en la literatura y ha sido conceptualizado y medido en términos de cuatro tipos de uso de investigación: instrumental, conceptual, persuasivo (o simbólico), y en general. La utilización de la investigación instrumental se refiere a la aplicación concreta de los hallazgos de la investigación en la práctica clínica. La utilización de la investigación conceptual se refiere al uso cognitivo de la investigación donde la investigación puede usarse para cambiar el pensamiento sobre una práctica específica, pero puede o no resultar en



un cambio en la acción. La utilización persuasiva o simbólica de la investigación es el uso de la investigación como herramienta persuasiva o política para legitimar una posición o influir en la práctica de otros. La utilización global de la investigación es una construcción que se refiere al uso de cualquier tipo de investigación en cualquier forma (Estabrooks, 1998; Estabrooks, 1999; Stetler, 1985).

Las intervenciones que tienen una oportunidad de aumentar o mejorar el uso de la investigación por parte de las enfermeras son importantes para la prestación de atención de calidad al paciente. Sin embargo, existen pocos resultados sobre la utilización exitosa de la investigación en las intervenciones de enfermería. La evaluación de las características individuales asociadas a la predicción de la utilización de la investigación, pueden contribuir al desarrollo de las mejores intervenciones que favorezcan la utilización de los resultados de la investigación (Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary y Gushta, 2003).

Las características individuales de las enfermeras pueden clasificarse en seis categorías: creencias y actitudes, participación en actividades de investigación, búsqueda de información, educación, características profesionales y características sociodemográficas y socioeconómicas. Una séptima categoría, el pensamiento crítico, surgió en los estudios que examinan los tipos de utilización de la investigación. Las relaciones positivas, a niveles estadísticamente significativos, para la utilización general de la investigación, se encontraron en cuatro categorías: creencias y actitudes, búsqueda de información, educación y características profesionales. La actitud hacia la investigación, tuvo una asociación positiva con la utilización instrumental y general de la investigación. Del mismo modo, asistir a conferencias, tener un nivel de posgrado, trabajar en un área de especialidad, y la satisfacción en el trabajo, también se identificaron como características individuales importantes para la utilización de la investigación (Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary y Gushta, 2003; Squires, Estabrooks, Gustavsson and Wallin, 2011).

En un estudio donde se evaluaron los factores que los profesionales de enfermería perciben como facilitadores para una práctica clínica basada en la evidencia

(PCBE) en función de las características de los profesionales y de los entornos en que ejercen, cabe destacar que el factor con mayor influencia sobre la PCBE es el apoyo de los gestores de enfermería. Se observó una mejor valoración global en el segmento de menor antigüedad, tanto en los factores relativos al entorno de práctica como de las capacidades para la PCBE (De Pedro-Gómez, et al. 2011).

Llama la atención a este respecto, que se han encontrado estudios que contradicen estos hallazgos y diferencias a favor del segmento de enfermeras de mayor antigüedad en función de la experiencia profesional, las enfermeras mayores tenían más confianza en el acceso a todas las fuentes de evidencia incluyendo las fuentes publicadas y en Internet, y se sentían capaces de iniciar el cambio. Las enfermeras junior percibieron más barreras en la implementación del cambio, y estaban menos confiadas en el acceso a la evidencia organizacional. Las enfermeras junior percibieron la falta de tiempo y recursos como barreras principales, mientras que las enfermeras mayores se sentían capacitadas para superar estas limitaciones (Forsman, Gustavsson, Ehrenberg, et al. 2009; Gerrish, Ashworth, Lacey, et al., 2008).

Por tanto, puede destacarse que los factores que las organizaciones deben trabajar, para facilitar una PCBE son: la pérdida de competencia asociada al aumento de años de ejercicio profesional, el liderazgo como elemento de mayor impacto para una política de transferencia de conocimiento, la incorporación de los valores de participación en los asuntos de organización, la autonomía profesional y la relación entre profesionales que incorpora el modelo de práctica del entorno de atención primaria. La investigación en materia de transferencia del conocimiento a la práctica clínica, ha realizado en los últimos años aportaciones que cuestionan la eficacia de las distintas estrategias utilizadas para generar una PCBE, y los profesionales de enfermería no han sido ajenos a este fenómeno (Kitson, Rycroft-Malone, Harvey, et al., 2008).

Las características del entorno desempeñan un papel clave en cualquier estrategia que pretenda fomentar el uso del mejor conocimiento disponible en la provisión de

cuidados, y que, posiblemente, todo intento de avanzar en este sentido esté condenado al fracaso si no se tienen en cuenta estos determinantes, por lo que debería abordarse hasta qué punto distintos perfiles y estilos de práctica influyen en el grado de desempeño de las organizaciones y en sus resultados asistenciales (De Pedro-Gómez, et al. 2011).

#### **2.1.5. Influencia del entorno laboral en el uso de la Práctica Basada en la Evidencia**

Se han identificado barreras y facilitadores así como intervenciones para mejorar la implementación de nuevos conocimientos, identificando que dependen básicamente de factores asociados a los profesionales, de la organización para la que trabajan y de sus políticas de gestión (Dijkstra, Wensing, Thomas, Akkermans, Braspenning, Grimshaw y et al., 2006). Siendo esta variables involucradas en la transferencia de conocimiento a la práctica clínica muy complejas (Grimshaw, 1999; Grol 2001).

Las instituciones deben emprender una seria reflexión sobre la falta de habilidades de las enfermeras sobre la práctica clínica basada en la evidencia, incluso cuando tienen más experiencia profesional, teniendo el liderazgo un papel clave en la transferencia de conocimiento a la práctica clínica (González-Torrente, Pericas-Beltrán, Bennasar-Veny, Adrover-Barceló, Morales-Asencio y De Pedro-Gómez, 2012).

Diversos autores señalan la relación existente entre la estructura de la organización en la que ejercen las enfermeras y la influencia que esto tiene sobre los resultados en la mortalidad, el abandono profesional o la satisfacción de los pacientes. Estos estudios, en su mayoría, han pretendido demostrar el alto beneficio que supone para los resultados de los procesos asistenciales, el reconocimiento de la calidad de los cuidados en los modelos organizacionales (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart y Zelevinsky, 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Lake y Cheney, 2008).

Haciendo énfasis en la influencia de la morbimortalidad de los pacientes en base a la correcta atención por parte de los profesionales de enfermería, surgen estudios en los que se concluye que el incremento de la dotación de enfermeras se asocia con una menor mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos, en pacientes quirúrgicos y en pacientes de Unidades Médicas. También el incremento de enfermeras reduce la neumonía adquirida en los pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos, la extubación no planificada, los fracasos respiratorios y la parada cardiaca (Aiken, Smith, Lake, 1994; Ausserhofer, Zander, Busse, Schubert, De Geest, Rafferty, et al., 2014; Kane, et al.; 2007; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, Zelevinsky, 2002).

En esa misma línea, se analiza la relación existente entre el equipo de enfermería y sus efectos sobre la seguridad del paciente, determinando que el incremento adicional de un paciente por enfermera y turno estaba asociado a un incremento de complicaciones y mortalidad del paciente. De la misma manera, aumentar las horas de cuidados por enfermeras está relacionado con la reducción del tiempo de hospitalización y la reducción de complicaciones, como son: infecciones urinarias, hemorragias digestivas, neumonías, estados de shock y paradas cardiacas (Aiken et al., 2008; Aiken, et al., 2001; Aiken, et al., 2002; Aiken, et al., 2002; Needleman, et al., 2002).

Los modelos organizacionales condicionan las funciones de las enfermeras, y, por tanto, condiciona la actividad que se desarrollará en los distintos servicios en base a las capacidades que sean reconocidas a las enfermeras para tomar decisiones y resolver situaciones de forma adecuada (Horrocks, Anderson y Salisbury, 2002). Por tanto, aunque se aumente el número de enfermeras, pero persistan determinados modelos de práctica profesional y culturas organizacionales en las que la enfermera es considerada como un recurso, y no como un profesional con capacidad de influir y mejorar la oferta dentro de la organización, poco se avanzará (Morales, Morilla y Martín, 2007).

Teniendo en cuenta que la PBE ofrece la posibilidad de informar a las enfermeras sobre el potencial de la aplicación de la evidencia en la práctica diaria y permite encontrar un sistema para tener acceso al conocimiento, junto con una valoración crítica de los estudios encontrados, resultan claras las ventajas de incorporarla en la rutina diaria en las organizaciones sanitarias (Solís-Muñoz, 2015).

El impacto de la implantación de los resultados de la implantación de la PBE se está empezando a validar y necesitará de un tiempo. Dicha validación proporcionará más información sobre lo que realmente aporta y será en ese momento cuando la enfermería estará en una situación favorable para proporcionar los mejores cuidados a los pacientes, garantizando unos cuidados de máxima calidad a partir de la experiencia personal y dentro del contexto de la práctica diaria (Romero, 2003).

Los factores que favorecen la utilización de los resultados derivados de la investigación en la práctica clínica, giran en torno a dos ejes principales: el individuo y la institución en la que trabaja (Solís-Muñoz, 2015).

Los facilitadores, barreras e intervenciones para incorporar este movimiento a la práctica no solo dependen de la enfermera, también de las organizaciones sanitarias y de sus políticas de gestión (De Pedro, Morales, Sesé, Bennasar, Artigues y Perelló, 2011). Por ello, se recomienda que las organizaciones sanitarias promuevan y garanticen el acceso a los recursos de formación tales como, conferencias, talleres, instructores clínicos, bibliotecas, bases de datos electrónicas de acceso libre, revistas etc., que desarrollen asociaciones y acuerdos de afiliación con instituciones de formación, así como abogar y garantizar el acceso a la evidencia para apoyar la práctica (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO, 2007).

En este sentido, en cuanto al eje individual, existen relaciones positivas, estadísticamente significativas, entre la utilización de la investigación en la práctica clínica y las siguientes variables: creencias y actitudes de los profesionales, el rol

que desempeña el profesional, el hecho de poseer una titulación académica superior (postgrado en enfermería), trabajar en un área especializada, y sentirse satisfecha con el trabajo (Squires, Estabrooks, Gustavsson, Wallin, et al., 2011).

En cuanto al eje institucional, después de más de 20 años de haber introducido la PBE, el paradigma ha sido adoptado por los profesionales de la asistencia sanitaria como un medio importante para mejorar la calidad de la atención al paciente, pero su aplicación sigue siendo deficiente. Esta situación es mejorable si se invierte esfuerzo en adoptar políticas organizativas que fomenten la aplicación de la PBE, con el apoyo de profesionales, educadores y gestores. Aunque se percibieron algunas barreras, también se perciben muchos facilitadores para la implementación de PBE. Entre las soluciones propuestas, se sitúan en distintos niveles organizativos, que incluían la promoción de la PBE desde las Asociaciones Científicas y Asociaciones Profesionales, los gestores de los hospitales, la formación pregrado y posgrado; con un compromiso individual hacia la PBE y la presencia de tutores o mentores que sirvan de apoyo y promuevan la aplicación de evidencias en la práctica asistencial (Wallen, Mitchell, Melnyk, et al., 2010)

A pesar de la identificación de determinados factores individuales en la aplicación de la PBE, hay autores que opinan que la utilización de la investigación, no es tanto una cuestión individual, como organizacional, entendido desde la perspectiva de que las organizaciones las forman las personas, pero que también intervienen otros factores que condicionan decisivamente la labor profesional. (De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, Bennasar-Veny, Artigues-Vives, Perelló-Campaner y Gómez-Picard, 2012). Existen muy pocas descripciones de los roles o de los modelos organizacionales que hayan combinado exitosamente investigación y práctica. (Ubbink, Guyatt, Vermeulen, 2013; Retsas, 2002, Scott, Estabrooks, Allen y Pollock, 2008).

Se plantea, que no existen políticas en las organizaciones que reconozcan como valor la investigación en cuidados ni existe una concienciación extendida sobre su importancia (Martínez-Riera, 2003). Sin duda, la persistencia de un modelo de

atención sanitaria medicalizado, dificulta que las enfermeras desarrollen una investigación cercana a la esencia del cuidado. Ello hace que las enfermeras tengan dificultades para entender y poner en práctica los hallazgos de la investigación y si lo hacen, difícilmente se mide el impacto de sus actuaciones (Solís-Muñoz, 2015).

Se destaca que las organizaciones deben optar por un modelo de práctica que permita la inclusión de los resultados procedentes de la investigación que hayan demostrado su eficacia o eficiencia sobre la calidad de los procesos. Sin embargo, este cambio no será posible, si los profesionales no demandan a las organizaciones la capacidad de desarrollar el rol profesional para el que han sido formados, ya que el desajuste existente entre las posiciones teóricas y la práctica enfermera es una realidad que no garantiza ni los mejores resultados en las intervenciones, ni la seguridad de los pacientes (Morales-Asencio, et al., 2007). Por ello, se necesitan intervenciones institucionales, tanto a nivel hospitalario como en atención primaria, e intervenciones encaminadas a la mejora de la actitud de los profesionales con el fin de implementar la PBE para mejorar la calidad de la atención al paciente y disminuir la variabilidad en la práctica clínica. (Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B et al. 2010; De Pedro-Gómez, 2012; Fernández-de-Maya y Richard-Martínez, 2010).

En este sentido, queda claro, que además de los factores individuales (Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary y Gushta, 2003), es fundamental tener en cuenta las ventajas del trabajo colaborativo entre educadores, investigadores y gestores, ya que podría ser un buen punto de partida para incorporar la PBE en los cuidados (Sackett, Rosenberg, Gray, Richardson, 1996; Solis-Muñoz, 2015).

Las infraestructuras organizativas pueden ser importantes en el desarrollo de la PBE, pero no hay estudios que determinen el modelo organizacional más efectivo para su implementación (Foxcroft y Cole, 2008). Considerando el punto de vista organizativo de los procesos involucrados en el cambio en la práctica, aunque no se niega el impacto positivo en los profesionales de la Enfermería de forma individualizada, se reconoce, que, a diferencia de los médicos, las enfermeras no

tiene la libertad para cambiar su práctica sin el apoyo de la organización y, por lo tanto, hay una mayor necesidad de entender las influencias organizativas (Horsley, Crane, Crabtree, Wood, 1983).

Por otra parte, se han encontrado importantes diferencias en las habilidades y conocimientos para la PBE en función del área asistencial, siendo los que trabajan en atención geriátrica los que mejor puntuación obtenían, con respecto a los que ejercen en atención primaria y hospitalaria (Bostrom, Ehrenberg y Gustavsson, 2009).

Otro aspecto relevante, es la diferencia a favor de los profesionales que ejercen como supervisores en el entorno hospitalario o coordinadores en el de atención primaria, siendo el liderazgo el factor mejor valorado por los profesionales del entorno organizativo para conseguir una PBE, tanto en el hospital como en atención primaria. En este sentido, se observan diferencias significativas siempre a favor de atención primaria. Los profesionales de este medio se atribuyen una mayor capacidad personal para la PBE, pero también reconocen que el entorno en que trabajan facilita un mayor acercamiento a este tipo de práctica (De Pedro-Gómez, et al. 2011).

Si se tiene en cuenta la posible influencia del liderazgo en la incorporación a la práctica de un estilo de decisión basado en el mejor conocimiento, es notoria la diferencia que hay en nuestro país sobre los modelos de práctica profesional entre atención primaria y hospitalaria, siendo esta última más proclive a perpetuar roles tradicionales de enfermería, con menos autonomía en las decisiones (De Pedro-Gómez, et al. 2011; Martín-Santos, Morilla-Herrera, Morales-Asencio, et al., 2005)

Se han encontrado, diferentes iniciativas para crear cultura de PBE en Enfermería, con abordajes metodológicos distintos y resultados más o menos relevantes, que favorecen la mejora de los resultados en salud; pudiendo destacarse la implantación de guías de práctica clínica para fomentar el uso del método canguro entre las madres y sus recién nacidos (Wallin, Rudberg y Gunningberg, 2005); o el



establecimiento de diferentes estrategias de colaboración para generar conocimiento basado en la evidencia para la práctica de enfermería, en tres escenarios distintos: la cabecera del paciente, en el aula y a través de plataformas (Weaver, Warren y Delaney, 2005).

En este sentido, para crear cultura de práctica basada en la evidencia en Enfermería, se han realizado estudios, como el de Straka, Brandt y Brytus (2013) en el que en una primera fase, se determinaron las barreras existentes, como falta de tiempo para leer investigaciones, que no tienen la autoridad suficiente para cambiar procedimientos de atención al paciente, y no pueden poner en práctica nuevas ideas.

En la fase de intervención aplicaron diferentes estrategias para abordar las barreras percibidas, como: dar formación en investigación y PBE, crear un grupo de trabajo de PBE, fomentar el compañerismo para rentabilizar el tiempo de trabajo, y organizar desayunos de trabajo con las enfermeras para fomentar el liderazgo y la autonomía, entre otras estrategias. Tras un año de implementación se midieron resultados, objetivando que se había conseguido dar un impulso en la investigación enfermera, con aumento de los proyectos, presentaciones a eventos científicos y publicaciones.

Otra estrategia que está tomando fuerza para promover la PBE es la presencia de “mentores” o expertos en esta forma de trabajo, que sirvan de referencia y de apoyo a las enfermeras que trabajan a pie de cama. Se establece que la PBE se usa con más facilidad y frecuencia en aquellas Unidades o Servicios, en los que se cuenta con “mentores”, que enseñan y apoyan a las enfermeras que trabajan en primera línea del cuidado asistencial, favoreciendo la implementación de evidencias en la práctica. Las enfermeras se sienten seguras y reforzadas por esta figura, ya que valoran su liderazgo y su conocimiento en PBE (Wallen, Mitchell, Melnyk et al., 2010).

## **2.2 Clima organizacional**

### **2.2.1. Definición de Clima Laboral**

Las organizaciones enfrentan un mundo de transformaciones constantes y cambios acelerados, existiendo factores diferentes en los procesos de generación de conocimientos y la transformación de bienes (Minakata, 2009). En este marco, se torna indispensable que reconfiguren la relación que establecen con su entorno y con las personas que son parte de ellas (Rentería y otros, 2007).

El clima organizacional ha sido un asunto en el que se ha indagado desde varias décadas atrás, teniendo en la actualidad gran importancia, lo que evidencia que este tema ha dejado de ser periférico en las organizaciones para convertirse en un aspecto relevante a investigar. Se puede establecer que Lewin, Lippit y White (1939) fueron los pioneros en realizar las primeras aproximaciones al concepto de clima organizacional, mediante concepciones como atmósfera social, postulando la existencia de 6 dimensiones que dan cuenta del clima social: conformidad, responsabilidad, normas de excelencia, recompensas, claridad organizacional, calor y apoyo (Sudarsky, 1979).

El estudio de la cultura y el clima es importante debido a que estos constructos proporcionan un contexto para estudiar el comportamiento organizacional, apuntando a que los procesos sociales y simbólicos asociados con el surgimiento de la cultura y el clima influyen tanto en comportamientos individuales, como grupales, tales como la rotación, la satisfacción laboral, el desempeño en el trabajo, la seguridad, la satisfacción del cliente, la calidad de servicio y los resultados financieros (Lisbona, Palací y Gómez, 2008).

El clima es un concepto indeterminado, en consecuencia, se puede abordar desde nociones asociadas a constructos perceptuales (psicológicos), condiciones

organizacionales (estructura organizacional), la interacción de los individuos y la cultura de la organización (interactiva y cultural) (Zambrano y Cardona, 2014).

Desde esta perspectiva, el dimensionamiento del clima organizacional, se vuelve imprescindible, como un análisis de las condiciones organizacionales en las que las personas desarrollan sus actividades, con una visión que fusiona los atributos organizacionales y la medida perceptiva de los atributos individuales, implicaciones que se reflejan en las actividades y comportamientos dentro de la organización (Cárdenas, Arciniegas y Barrera, 2009).

Desde el punto de vista del clima organizacional, los modelos explicativos sobre el tema estudian el proceso desde la determinación de las diferentes variables asociadas a la percepción del mismo, coligada con valores, actitudes, normas y sentimientos que las personas perciben en su organización, traduciéndose en pautas de comportamientos individuales y grupales (Álvarez, 1992). En este sentido, por ser un tema que se desprende de la variabilidad de la percepción, puede generar múltiples visiones que transforman las organizaciones y actualizan las subjetividades o maneras de comprender el mundo de las personas. De ahí, que para realizar un análisis de las dinámicas en las organizaciones, es necesario estudiar aquellos factores y características que son inherentes al tipo de organización que se quiera estudiar, principalmente en términos del contexto social de referencia, las personas, los recursos, la estructura y los objetivos (Zambrano y Cardona, 2014).

La literatura científica en general y la evidencia acumulada por investigaciones centradas en el tema han exteriorizado que, las condiciones en que se realiza el trabajo pueden repercutir sobre diferentes aspectos de la actividad laboral, tal como la calidad del mismo trabajo (Alcover, Martínez, Rodríguez, Domínguez, 2004; Blanch, Sahagún, Cervantes, 2010; Peiró y Prieto, 1996).

Clásicamente se define el clima laboral como el conjunto de características objetivas de la organización, perdurables y fácilmente medibles, que distinguen una entidad laboral de otra. Son unos estilos de dirección, unas normas y medio

ambiente fisiológico, unas finalidades y unos procesos de contraprestación. Aunque en su medida se hace intervenir la percepción individual, lo fundamental son unos índices de dichas características (García-Pozo, Moro-Tejedor y Medina-Torres, 2010).

Estudiar los climas en las organizaciones ha sido difícil debido a que se trata de un fenómeno complejo y con múltiples niveles; por ejemplo, actualmente la bibliografía existente debate sobre dos tipos de clima: el psicológico y el organizacional (Muñoz, Coll, Torrent y Linares, 2006). Ambos se estudian en la organización, el primero a nivel individual, mientras que el segundo a nivel organizacional. Ambos aspectos del clima son considerados fenómenos multidimensionales, que describen la naturaleza de las percepciones que los empleados tienen de sus propias experiencias dentro de una organización (Chiang, 2011; Koys y Decottis, 1991).

Así también, puede que existan múltiples climas dentro de la misma organización, ya que la vida en la organización puede variar en cuanto a las percepciones de los miembros según los niveles de la misma, sus diferentes lugares de trabajo, o las diversas unidades dentro del mismo centro de trabajo (Litwin y Stringer, 1968; Payne y Mansfield, 1973; Powell y Butterfield, 1978; Schneider y Hall, 1972). Así, las compañías pueden tener un clima para el servicio al cliente (Schneider, Parkington y Buxton, 1980), y otro para la seguridad (Chiang, 2011; Zohar, 1980).

Como otros tantos conceptos de psicología, no existe una definición universal comúnmente aceptada, sino que se encuentran dos corrientes conceptuales claramente diferenciadas. La primera, toma el clima laboral como el conjunto de atributos o características que definen objetivamente a la organización. La otra corriente conceptual, insiste en el clima laboral como resultado de una percepción de los sujetos de las características que tiene la empresa y la organización, y tal como un producto individual o grupal.

El clima de la organización pasa a ser una cuestión individual, lo importante no son las características reales y objetivas de la organización sino su percepción por parte

de los sujetos (Chiang, 2011). Desde esta perspectiva, el concepto de clima recoge lo que se ha denominado “El teorema de Tomás”, que manifiesta que: “Si las personas perciben algo como real, es real en sus consecuencias” (Martínez y Ros, 2010).

Destacar, que ambos enfoques del clima laboral, no deben tomarse como antagónicos, sino más bien complementarios. Se podría considerar, que las diferentes perspectivas sobre el clima laboral pueden apreciarse como fases de un proceso, donde este partiría de las características objetivas y terminaría con la representación psicológica que el individuo hace de la organización (Chiang, 2011).

Entre las características del clima organizacional sobresalen dos aspectos en los que han insistido diferentes investigadores: la multidimensionalidad y la sectorialidad (Acosa y Venegas, 2010).

En cuanto a la multidimensionalidad, hace referencia al hecho de que aun formando una estrecha unidad, el clima laboral está compuesto de múltiples aspectos, siendo incapaz ninguno de ellos de explicar o absorber la totalidad del concepto, de sus efectos o consecuencias, por lo que el clima está compuesto por muchos y variables componentes que determinan la estructura y los efectos del clima organizacional. El clima es el producto de un conjunto de aspectos como los objetivos, estructura y los procesos organizacionales, y de los diferentes aspectos subjetivos como las conductas y las experiencias de los trabajadores. Esta peculiaridad multidimensional hace complicado definir cada variable debido a la interacción existente entre ellas, lo que dificulta el proceso de aislamiento conceptual de las mismas (Chiang, 2011).

Por otra parte, la sectorialidad matiza el concepto de globalidad que tiene el clima laboral. Si bien el clima es una variable que distingue a las organizaciones como un todo entre sí, este no es homogéneo en toda la organización, es decir, existen “microclimas organizacionales” que responden a circunstancias, situaciones y

personalidades peculiares, que hacen que departamentos de una misma organización puedan tener climas muy diferentes entre ellos (Vargas, 2009).

El clima laboral puede considerarse como efecto y resultado de la estructura y de los procesos de la organización. Los elementos de la estructura a los que se hace referencia más frecuentemente son el tamaño organizacional, centralización, la formalización, el ambiente físico, la especialización de la tarea y la densidad (Chiang, 2011).

Basado en lo anterior, es de considerar que el tamaño organizacional es el “primer indicador de estructura” ya que determina a la vez otros aspectos de la estructura. La bibliografía indica que las organizaciones de mayor tamaño son las más burocráticas, con una normativa más estricta y rigurosa. Como consecuencia se crean climas poco flexibles, formalizados y generalmente de bajo compromiso e implicación personal (Vargas, 2009).

Por otra parte, la centralización, debe ser entendida como la formalización de la toma de decisiones en los niveles más elevados de la organización, que genera un clima escasamente participativo, mientras que, a la inversa, los climas descentralizados son considerados como cálidos y facilitadores de la relación (Observatorio de Enfermería FUDEN investigación, 2013).

También es oportuno considerar que, entre los determinantes del clima laboral, probablemente el más estudiado sea los estilos de liderazgo; además de estos factores organizacionales, influye en el clima la personalidad de los empleados, entendida ésta como un conjunto de necesidades, expectativas, y de objetivos individuales. Personalidades con un alto nivel de inestabilidad emocional serán más susceptibles de considerar negativamente las adversidades comunes a toda organización. Por otra parte, las personalidades duras, y que puedan caracterizarse por alguno de los trastornos de la personalidad, como la personalidad antisocial, generan climas difíciles y molestos. Especial interés ha suscitado el estudio de las "personalidades abrasivas" o personalidades caracterizadas por un nivel de

exigencia, demandas y rigurosidad muy alto, con escasas contraprestaciones de apoyo y solidaridad (Chiang, 2011).

### **2.2.2. Entorno Laboral de las Enfermeras**

Los centros sanitarios pueden ser definidos como organizaciones con un espacio estructurado de prácticas de división y coordinación del trabajo, a través de las cuales se establecen relaciones entre el personal del hospital y a su vez con personas con problemas de salud (Chiang, Salazar y Nuñez, 2007). En este sentido, el clima organizacional y la satisfacción laboral son relevantes en el comportamiento del personal que trabaja en los hospitales; esto potencia aspectos como la eficacia, diferenciación, innovación y adaptación (Valle, 2003).

La mayor parte de enfermeras del mundo, desempeñan su actividad, en el entorno de sistemas sanitarios, con independencia de las características individuales de cada sistema. El entorno de la práctica de enfermería es un constructo complejo y difícil de conceptualizar y medir. Sus fundamentos teóricos se encuentran en la sociología de las organizaciones, ocupaciones y del trabajo (Lake, 2006).

Diversas investigaciones realizadas han demostrado que la calidad y la seguridad se ven afectadas por el entorno de trabajo de la enfermera (Aiken et al., 2008; Manojlovich y DeCicco 2007). Cuando las enfermeras perciben que su ambiente de trabajo es de apoyo, se mejoran los resultados de seguridad del paciente (Aiken et al., 2011, Friese et al., 2008). Los hospitales con ambientes de trabajo pobres, no sólo son más propensos a tener tasas más bajas de satisfacción laboral de la enfermera, más enfermeras con intención de dejar su trabajo actual, más lesiones con agujas y mayores tasas de rotación de enfermeras, también tienen mayores tasas de mortalidad de los pacientes (Aiken et al 2002, Friese y otros, 2008, Hinno et al., 2012, Vahey et al., 2004).

A pesar de que existe evidencia consistente sobre la relación entre el ambiente de trabajo de las enfermeras y los resultados en los pacientes, el ambiente de trabajo

de la enfermera no se ha considerado en la mejora de la calidad y la investigación de la seguridad del paciente lo suficiente (Mainz, Baernholdt, Ramlau-Hansen y Brink, 2015).

La investigación demuestra consistentemente que el trabajo de las enfermeras y la calidad del entorno de trabajo influyen en varios resultados clave del sistema de salud en múltiples países alrededor del mundo. A medida que los países tratan de mejorar los resultados de su sistema de salud, una medición fiable y válida de los entornos de trabajo de las enfermeras es una parte importante de ese esfuerzo. Los resultados de estas evaluaciones tienen el potencial de producir mejores resultados organizacionales, locales y nacionales (Stalpers, de Brouwer, Kaljouw y Schuurmans, 2015).

En los Estados Unidos, el interés por el ambiente de trabajo de las enfermeras se remonta a principios de los años ochenta. Un grupo de hospitales destacaron por su capacidad para atraer y retener de manera consistente a las enfermeras, se les llamo hospitales magnéticos, y se encontró que estos hospitales, tenían significativamente mejores entornos de trabajo de enfermería en comparación con los hospitales que no se consideraban magnéticos (McClure et al., 1983).

Entre sus principales características contaban con líderes de enfermería, que valoraban a las enfermeras, involucraban a las enfermeras en las decisiones y el desarrollo de la práctica de enfermería basada en la investigación, alentaban y recompensaban a las enfermeras que avanzaban en su práctica y educación. Tenían una mejor comunicación entre enfermeras y otros miembros del equipo de salud, y niveles más altos de personal de enfermería. Siendo lo más importante, que tiene mejores resultados para los pacientes en este tipo de hospitales en comparación con otros (Aiken et al., 1994).

En definitiva, los atributos esenciales que caracterizan a estos hospitales, según la percepción de las enfermeras, son: presencia de medidas de apoyo a la formación, el trabajo con otros profesionales de enfermería clínicamente competentes, relaciones profesionales entre enfermeras y médicos positivas, práctica de



enfermería autónoma, una cultura que valora la preocupación por el paciente, el control de la práctica profesional de enfermería, percepción de una plantilla adecuada, y el apoyo de la dirección de enfermería. (Buchan, 1999; Kramer & Schalenberg, 2004; Kramer, Schmalenberg, & Maguire, 2004a; Kramer, Schmalenberg, & Maguire, 2004b)

El nombre de Hospitales Magnéticos es desde 1994, una acreditación que pueden obtener los hospitales a través del American Nurses Credentialing Center (Centro de acreditación de enfermeras estadounidenses, 2014). Un hospital tiene credenciales por períodos de 4 años después de una evaluación en varias dimensiones, incluyendo el ambiente de trabajo de la enfermera.

De acuerdo a estas cuestiones, son fundamentales los estudios encaminados a analizar e identificar los factores relacionados con la satisfacción e insatisfacción laboral, con el fin de crear entornos y situaciones controlables, para procurar prácticas que aseguren un buen desempeño y disminuir aquellos factores que impiden crear un cuidado de calidad (Girbau, Galimany y Garrido, 2012), ya que, el clima organizacional influye en la satisfacción de los enfermeros.

Por otra parte, analizando la influencia que tenía el clima laboral en la satisfacción de las enfermeras, se ha descrito que casi la mitad de los profesionales estaban satisfechos o muy satisfechos con el clima laboral. Al mismo tiempo se observó que la satisfacción estaba fuertemente asociada con las diferentes dimensiones inherentes a la propia organización. (Deza, 2011; García, et al., 2005)

Entre los factores analizados se encuentran: la comunicación, liderazgo, motivación y reciprocidad, encontrando que estos influyen directamente en la satisfacción en el trabajo del personal de enfermería. La comunicación y liderazgo influyen para mejorar los estímulos a la excelencia, trabajo en equipo y solución de conflictos; la motivación por el trabajo resulta fuente de satisfacción y realización. Lo más destacable es que los incentivos, reconocimientos y motivación del desempeño, así

como la reciprocidad, son elementos de satisfacción que se deben aplicar en los centros de trabajo (Arias, 2004; Nava-Galán, et al., 2013).

El término clima laboral, se refiere a la atmósfera social de una determinada empresa u organización y determina el grado de satisfacción y bienestar que se puede encontrar en ella. Marca la diferencia significativa entre un hospital y otro, para convertirse en un reflejo del comportamiento de la misma organización (Chiang, Salazar, Martín y Núñez, 2011).

Koys y DeCottis (1991) realizaron un metaanálisis del clima organizacional general con un enfoque de estudio primero a nivel individual y después a nivel organizacional. Estos autores trabajaron con ochenta dimensiones utilizadas en los estudios del clima organizacional y mediante el uso de componentes principales agruparon ocho dimensiones relevantes.

Los datos fueron sometidos a un análisis factorial con rotación oblicua y se produjeron ocho factores relevantes: autonomía, cohesión o unidad, confianza, presión, respaldo y apoyo, reconocimiento, equidad, innovación.

Las dimensiones del clima laboral repercuten directa o indirectamente en la satisfacción general y el rendimiento en el trabajo, afectando a la productividad y en el caso de enfermería, en la atención del paciente y a los cuidados de salud. Podemos distinguir las siguientes dimensiones del clima laboral (Chiang, Salazar, Núñez, 2007):

- *Autonomía*: Percepción del trabajador acerca de la autodeterminación y responsabilidad necesaria en la toma de decisiones con respecto a procedimientos del trabajo, metas y prioridades.
- *Cohesión*: Percepción de las relaciones entre los trabajadores dentro de la organización, la existencia de una atmósfera amigable y de confianza y proporción de ayuda material para la realización de tareas.

- *Confianza*: la percepción de la libertad para comunicarse abiertamente con los superiores, para tratar temas sensibles o personales con la confianza suficiente de que esa comunicación no será violada o usada en contra de los miembros.
- *Presión*: La percepción que existe con respecto a los estándares de desempeño, funcionamiento y finalización de la tarea.
- *Apoyo*: La percepción que tienen los miembros acerca del respaldo y tolerancia en el comportamiento dentro de la institución. Esto incluye el aprendizaje de los errores por parte del trabajador, sin miedo a represalias de sus superiores o compañeros de trabajo.
- *Reconocimiento*: La percepción que tiene los miembros de la organización, con respecto a la recompensa que reciben, por su contribución a la empresa.
- *Equidad*: la percepción que los empleados tienen, acerca de si existen políticas y reglamentos equitativos y claros dentro de la institución.
- *Innovación*: La percepción que se tiene acerca del ánimo que se tiene para asumir riesgos, ser creativo y asumir nuevas áreas de trabajo, donde se tenga poco o nada de experiencia.

Además de lo anterior, las dimensiones que con mayor frecuencia han sido descritas como influyentes en el concepto de clima organizacional son: las condiciones de trabajo, formación postgrado, promoción y desarrollo profesional, reconocimiento, retribución, relación jerárquica, participación, organización y gestión del cambio, relación con los compañeros, comunicación interna, conocimiento e identificación de objetivos y la percepción de la dirección (Robles, Dierssen, Martínez, Herrera, Díaz, Llorca, 2005). El impacto de estas dimensiones, va a depender de las características propias de cada organización (García-Pozo, Moro-Tejedor y Medina-Torres, 2010).

### **2.2.3. Características de los Entornos Laborales Saludables**

Los sistemas de salud están bajo una creciente presión para controlar los costes e incrementar la productividad mientras responden al incremento de las demandas de población, que crece y envejece, la tecnología avanzada y un consumismo mucho más sofisticado (Registeres Nursing Association of Ontario, RNAO, 2008). En España, la Ley General de Sanidad establece la universalidad de la cobertura como una de las características básicas del sistema español al determinar que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población. De igual forma, establece la equidad como principio general del Sistema Nacional de Salud, entendida ésta, como la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva, con una provisión de acceso oportuno a los servicios de salud de acuerdo con la necesidad; servicios de salud seguros y de alta calidad, efectividad y centrados en el paciente o clientes; y un sistema de salud sostenible y asequible (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Las enfermeras son un componente vital para alcanzar estas metas. El número suficiente de enfermeras es primordial para asegurar que el acceso al sistema sanitario es asequible, seguro y oportuno. El logro de entornos de trabajo saludables para las enfermeras es muy importante para la seguridad, el reclutamiento y la retención de las enfermeras (CIE, 2007; RNAO, 2008). Un entorno saludable de trabajo, es un contexto de la práctica profesional que favorece al máximo la salud y el bienestar de las enfermeras, la calidad de los resultados en los pacientes y los resultados de la organización (RNAO, 2008)

Hay un entendimiento creciente sobre la relación entre los entornos de trabajo de las enfermeras, resultados en los pacientes o clientes y el funcionamiento organizativo y del sistema. (Dugan, Lauer, Bouquot, Dutro, Smith y Widmeyer, 1996; Lundstrom, Pugliese, Bartley, Cos y Guither, 2002; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker y Giovannett, 2005). La evidencia demuestra que los entornos de trabajo saludables producen beneficios financieros a las organizaciones respecto a

reducciones en el absentismo, pérdidas de productividad, costes organizativos de atención sanitaria, y costes derivados de resultados adversos de pacientes o clientes (Aldana, 2001; RNAO, 2008).

Conseguir entornos laborales saludables para las enfermeras requiere un cambio transformacional, con “intervenciones que destaquen los factores subyacentes en el entorno laboral y los factores organizativos” (Lowe, 2004).

Los entornos positivos de práctica profesional, son aquellos contextos que favorecen la excelencia y el trabajo honrado, para asegurar la salud, la seguridad y el bienestar de su personal, promueven cuidados de calidad para los pacientes y mejoran la motivación, la productividad y los resultados. Los buenos entornos no solo afectan a las enfermeras, sino a todos los profesionales sanitarios, por lo que en realidad se promueve es la excelencia de los servicios sanitarios, con lo que se consigue una mejora en los resultados (Consejo Internacional de Enfermería, CIE, 2007).

Las definiciones de entorno de trabajo saludable han evolucionado enormemente durante las últimas décadas. Desde un casi exclusivo enfoque sobre el ambiente físico de trabajo (en el esquema tradicional de la salud y seguridad ocupacionales, que consideran los riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos), la definición se ha ampliado hasta incluir hábitos de salud (estilos de vida); factores psicosociales (organización del trabajo y cultura de trabajo); y establecer nexos con la comunidad, y todo lo que pueda tener un profundo efecto en la salud del empleado (Organización Mundial de la Salud. 2010).

Las condiciones de trabajo constituyen un elemento de gran importancia para el desarrollo de todos los procesos donde interviene el recurso humano (Velázquez, 2001), es así como entornos laborales favorables se han relacionado a mayor satisfacción en el trabajo, retención de los trabajadores y reportes de una mejor calidad de atención. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización

Internacional del Trabajo (OIT); han reconocido siempre la importancia del trabajo de enfermería en el campo de la salud y se han preocupado de sus condiciones de trabajo (CIE, 2015).

Es habitual pensar solamente en los riesgos físicos como los únicos que tienen efecto en la seguridad de los trabajadores, no siempre es así. Algunas veces los riesgos no físicos o riesgos psicosociales también pueden afectar la seguridad física. La percepción de sobrecarga de trabajo tiene una fuerte asociación con accidentes entre trabajadores (Breslin, 2006). De hecho, los riesgos psicosociales pueden asociarse con los accidentes de manera directa o indirecta.

Debido a ello, los estudios se han centrado también en las dimensiones psicológicas del entorno de trabajo y no solo en el entorno físico, encontrándose, que las enfermeras, aunque sentían que tenían un trabajo estimulante y significativo, en comparación con los trabajadores en general, las enfermeras tenían mayores cargas de trabajo, un ritmo acelerado de trabajo y más demandas emocionales. Además, consideraron que no eran capaces de proporcionar atención de enfermería adecuada, debido a factores en su entorno de trabajo e informaron al menos un cambio importante en su ambiente de trabajo durante el último año, incluyendo fusiones de unidades y hospitales, reducciones presupuestarias, cambios en las estructuras de reporte de liderazgo y despidos. En la literatura se encuentran diversas investigaciones que han establecido la importancia de los entornos de trabajo de las enfermeras para los resultados de calidad y seguridad (Kristensen 2013; Mainz, 2015; Wethje y Borg 2003, 2007).

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, en el año 2004, realizó un informe donde se describe la relación existente entre los cuidados de enfermería, la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Dicho informe señala específicamente la importancia de las prácticas de gestión organizacional, el fuerte liderazgo de enfermería, y un número de profesionales de enfermería suficiente para proporcionar un ambiente de cuidado seguro. Por todo ello, parece lógico suponer que la atención al paciente segura y eficaz depende de la presencia de "un

contexto organizacional que permite el mejor rendimiento de cada profesional de la salud” (Lundmark, 2008). Más recientemente, se estableció la relación entre la seguridad del paciente y el entorno de la práctica (Armstrong, Laschinger, & Wong, 2009).

Mediante un análisis y evaluación de los factores organizacionales se pueden establecer características propias en cuanto a la motivación de las personas, la satisfacción de necesidades personales y organizacionales, las condiciones laborales, la productividad, la competitividad, entre otros, todo esto como aspectos que moldean las percepciones conscientes y compartidas de la realidad y tienen que ver con una dimensión como el clima organizacional (Zambrano y Cardona, 2014).

La satisfacción en el trabajo de las enfermeras, está relacionada con las percepciones de los factores ambientales del trabajo, que apoyan sus comportamientos de práctica profesional y el cuidado de alta calidad de los pacientes. Los directores de enfermería pueden apoyar el comportamiento de la práctica profesional de las nuevas enfermeras al proporcionar entornos de práctica profesional de apoyo. Se prevé que centrarse en crear entornos de trabajo sanos beneficiará, no solo a las enfermeras, sino también a otros miembros del equipo asistencial (RNAO, 2008).

Un ambiente de trabajo seguro para las enfermeras, se caracteriza por, entre otros factores, buenas relaciones profesionales, un estilo de gestión de apoyo, un horario de trabajo equilibrado, concordancia entre el aumento de la carga de trabajo de las enfermeras y la combinación de habilidades de las enfermeras, tiempo adecuado para satisfacer las necesidades de los pacientes, la adecuación de los recursos y las oportunidades de progreso profesional (Copanitsanou, Fotos y Brokalaki, 2017).

Sin embargo, las enfermeras suelen evaluar su entorno de trabajo como estresante (Hinno, 2012) y complejo, mientras que reconocen la escasez de personal, los recursos limitados y las condiciones presionadas como las cuestiones más

importantes (Milisen et al, 2006). La naturaleza estresante de la enfermería a menudo conduce al agotamiento, a la baja productividad, al absentismo (Coomber y Barriball, 2007; Garrett, 2008) y, a largo plazo, contribuye a la falta de personal, agravando aún más el problema (Shirey, 2006).

En varios estudios se ha informado, que un ambiente de trabajo positivo se asocia con menos lesiones profesionales (Gershon et al, 2007), menos agotamiento (Gershon et al, 2007) y mayor satisfacción en el trabajo (Coomber y Barriball, 2007, Garrett, 2008). Los efectos negativos del ambiente de trabajo negativo de las enfermeras también pueden conducir a resultados pobres en los pacientes, como el aumento de la mortalidad y las complicaciones (Mark y Harless, 2010; Penoyer, 2010; Trinkoff et al, 2011), readmisiones (Ma et al, 2014) y el aumento de los costes sanitarios (Lewis y Malecha, 2011). En cuanto a los efectos del ambiente de trabajo de las enfermeras en los resultados de salud de los pacientes, se ha demostrado que las buenas relaciones profesionales se asocian con una reducción de la frecuencia de las úlceras por presión, neumonía y errores de medicación (Manojlovich et al, 2009).

Los esfuerzos para proporcionar un buen ambiente de trabajo para las enfermeras conducen a una mayor satisfacción de los pacientes de la atención de enfermería, así como a la satisfacción del trabajo de las enfermeras. Por tanto, el entorno de trabajo constituye un factor determinante para la mejora de la calidad de la atención sanitaria proporcionada y, al mismo tiempo, se relaciona con mejores resultados para las enfermeras. Un ambiente de apoyo para las enfermeras, la motivación de la dirección, las oportunidades de desarrollo profesional, la educación sobre las habilidades de comunicación y las formas de mejorar las relaciones profesionales y la resolución de conflictos, así como tamaños de unidades más pequeños son formas de mejorar el ambiente de trabajo de las enfermeras (Copanitsanou, Fotos, Brokalaki, 2017).

Mucho se ha escrito acerca de las intervenciones para mejorar el ambiente de trabajo de enfermería. Sin embargo, la mayoría de estos estudios proporcionan



asesoramiento sobre intervenciones en el entorno de trabajo y no informan de la implementación o efectividad de las intervenciones, por lo tanto, se sabe poco sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar el entorno laboral de las enfermeras, y los estudios publicados sobre este tema muestran debilidades en su diseño. Para avanzar en este campo, algunos estudios recomiendan que se utilicen estudios controlados con medidas pre/post para evaluar las intervenciones dirigidas a mejorar el entorno laboral. De esta manera, más conocimientos basados en la evidencia sobre la implementación de las intervenciones estarán disponibles para que los líderes de la salud usen en la reconstrucción de entornos de trabajo de enfermería (Schalk, Bijl, Halfens, Hollands, y Cummings, 2010).

Cabe destacar, que el clima organizacional ha sido estudiado por diversos autores que de una forma u otra, han establecido que el mismo, es una característica del medio ambiente laboral, percibido directa o indirectamente por los miembros de las instituciones, condicionando el comportamiento de las personas dentro de las organizaciones, y determinando en las personas enraizamiento, arraigo y permanencia (Guédez, 1996); siendo además, una variable importante en el desarrollo de las actividades laborales en los establecimientos de salud. Por lo que, diversos estudios, recomiendan que se deben iniciar programas y acciones que cambien los elementos culturales que impiden que el personal logre identificarse con la institución y desarrolle un clima de trabajo altamente motivador, además de lograr niveles de satisfacción personal de acuerdo con estos resultados (Sohi, 1999).

## **2.3. Satisfacción de los Profesionales de Enfermería**

### **2.3.1 Satisfacción Laboral**

No existe un concepto unánimemente aceptado sobre la satisfacción laboral. Locke (1976) conceptualizó la satisfacción laboral como un estado emocional positivo o placentero resultante de una percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto. No se trata de una actitud específica, sino de una actitud general resultante

de varias actitudes específicas que un trabajador tiene hacia su trabajo y los factores con él relacionado (Salgado, Remeseiro e Iglesias, 1996), que le permite alcanzar o admitir el conocimiento de la importancia de los valores en el trabajo, siendo estos valores congruentes o de ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, pudiendo ser estas, físicas o psicológicas (García-Pozo, Moro y Medina, 2010).

Sobre este tema, Herzberg (1959), sugirió que la real satisfacción del hombre con su trabajo provenía del hecho de enriquecer su puesto para que de esta manera pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimente a su vez un crecimiento mental y psicológico. Esto dio pie para que a finales de los años 60's e inicio de los 70's se hiciera popular el método de mejoras en el trabajo, que consistía en enriquecer el trabajo en sí y de esta manera lograr mejorar la moral y el desempeño de los trabajadores (Deza, 2011).

La satisfacción laboral es la actitud o disposición psicológica de la persona hacia su trabajo, considerando lo que piensa de éste, así como si está contento o no con su trabajo, es decir, el conjunto de actitudes o sentimientos respecto a uno mismo (Schultz, 1995) y hacia su situación de trabajo, que se orientan hacia el trabajo en general, a las facetas del mismo (Bravo, Peiró y Rodríguez, 1996) y frente a las experiencias laborales (Salessi, 2014). Es la diferencia entre la remuneración que recibe el trabajador y lo que cree que debe recibir (Robbins, 2004). Es considerada una evaluación subjetiva, realizada por el trabajador, sobre en qué medida, los aspectos laborales pueden ser perjudiciales o beneficiosos para su bienestar (Borges, Alves y Regina, 2011). Aunque no existe una definición única del término satisfacción laboral, se pueden distinguir grupos de autores que definen este término de forma similar (García, 2011).

Diversos autores definen la satisfacción laboral como un estado emocional, sentimiento o respuesta afectiva. De este modo, el término afecto hace referencia a un fenómeno general y poco específico que pueden incluir otros fenómenos tales como preferencias, las evaluaciones, los estados de ánimo y las emociones. El

término emocional hace referencia a una forma de afecto más complejo, el cual, en el caso de manifestarse, la duración es mucho más concreta que una reacción afectiva o estado de ánimo. Se centralizan, por norma, en objetos concretos y originan una serie de reacciones corporales definidas (Cavalcante, 2004).

Por otra parte, otros estudios señalan que la satisfacción laboral va más allá de las emociones y lo definen como una actitud generalizada ante el trabajo (García, 2011). Es decir, las actitudes aparecen como asociaciones entre objetos y las respectivas evaluaciones por parte de los individuos, los cuales trasladan el componente afectivo y emocional de las experiencias individuales en términos de evaluación con relación al trabajo (Cavalcante, 2004).

La satisfacción se analiza como un sentimiento frente al trabajo y sus propias consecuencias (Weinert, 1985), esto implica tener cubiertas las necesidades básicas, y que exista relación entre las expectativas o recompensas esperadas frente a la recompensa realmente obtenida (Lawler, 1975; Ramirez, Abreu, Badii, 2008).

En este sentido Garmendia y Parra (1993) exponen que alguien estará satisfecho con su trabajo cuando “como consecuencia del mismo, experimente sentimientos de bienestar por ver cubiertas adecuadamente las necesidades de cierto nivel sobre la base de los resultados conseguidos, considerados como recompensable a la ejecución de la tarea”.

En cuanto a la evolución del concepto en sí, se distinguen tres secuelas o etapas iniciales, que son tres corrientes determinantes de la satisfacción laboral: 1. *Físico-Económica*: existen condiciones que no favorecen a la productividad de manera directa, pero si indirectamente. 2. *De las relaciones humanas*: se enfatiza la importancia de tener un buen ambiente de trabajo y buenas relaciones y vínculos para la satisfacción laboral. 3. *Desarrollo*: se introduce el importante concepto de enriquecimiento de las tareas, donde se potencia los sentimientos de los trabajadores satisfechos debido a las tareas mentalmente exigentes (Locke, 1976).

Analizando la satisfacción laboral y teniendo en cuenta su calidad y no sólo la cantidad, se entiende que la persona puede tener varias formas de satisfacción laboral: *Continua*: cada vez tienen más satisfacción laboral y aumentan sus aspiraciones. *Duradera o estable*: cada vez tienen más satisfacción, pero mantienen estable el nivel de aspiraciones. *Renunciada*: presentan insatisfacción laboral y reducen el nivel de aspiraciones para adecuarse a las condiciones de trabajo. *Productiva*: tienen insatisfacción pero mantienen el nivel de aspiraciones y buscan alternativas para solucionar y dominar la situación incrementando su nivel de tolerancia a la frustración. *Pseudo-satisfacción*: presentan insatisfacción y frustración, pero distorsionan su percepción o lo niegan. *Motivación*: desencadenada por una necesidad, busca una meta que la satisfaga. *Satisfacción laboral*: actitud resultante del trabajo concreto (García, Uscanga, 2008).

La satisfacción laboral es, básicamente, un concepto globalizador con el que se hace referencia a las actitudes de las personas hacia diversos aspectos de su trabajo. Por consiguiente, hablar de satisfacción laboral implica hablar de actitudes (Chiang, Salazar, Huerta y Nuñez, 2008). Se refiere al grado en que un empleado disfruta de su trabajo o de varias facetas de su trabajo, incluyendo la carga de trabajo, la programación y las relaciones con los compañeros de trabajo, el supervisor y la organización (Mueller y McCloskey, 1990).

La nueva realidad organizacional demanda dos exigencias fundamentales, la primera incorporar personal calificado que sea competente para realizar las tareas asignadas como parte del puesto de trabajo a desempeñar y la segunda que consiste en disponer de personal motivado y satisfecho, pues solamente de esta manera lograrán contribuir al logro de los objetivos organizacionales (Salessi, 2014).

### **2.3.2 Dimensiones de la Satisfacción Laboral**

Se han encontrado diversas clasificaciones de las dimensiones que pueden influir en la satisfacción laboral de los trabajadores. En contraste con la visión tradicional, Herzberg y Mausner (1959) formularon la teoría de 2 factores relacionados con la satisfacción laboral y postularon que la satisfacción y la insatisfacción estaban separadas y algunas veces eran fenómenos no relacionados (Peya, 2008).

Las dimensiones de la satisfacción laboral son el conjunto de factores extrínsecos e intrínsecos que permiten determinar el grado de bienestar de un individuo en su trabajo, los cuales pueden identificarse y ser medidos. El primero, también llamado “motivación” incluye el desarrollo personal, la responsabilidad, el reconocimiento, el propio trabajo, las fortalezas y las metas. El segundo, denominado “higiene”, engloba la política de la compañía, el salario, las relaciones interpersonales con el supervisor y con el resto del equipo profesional, condiciones laborales, la vida personal, el estatus y la seguridad. Debido a las diferencias existentes entre estos dos términos, algunos autores prefieren utilizar medidas bidimensionales (carácter tanto intrínseco como extrínseco). Es importante señalar, que la satisfacción en el trabajo se determina por una red compleja de factores y puede variar conforme el grupo estudiado (Borges, Alves y Regina, 2011).

Los factores de motivación intrínsecos del trabajo, que están relacionados de manera directa con la satisfacción laboral, son: el trabajo mismo, los logros, el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y los ascensos. Los factores extrínsecos, se refieren a que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador y están relacionados con la higiene, las políticas de organización, la supervisión, la disponibilidad de recursos, el salario y la seguridad. Por tanto, para realizar la medición de la satisfacción laboral, es importante considerar las dimensiones que se requiere conocer y dependerá del objetivo del análisis que se realizará (Alba, Salcedo, Zarate e Higuera, 2008).

Los factores higiénicos tienen una función preventiva de la insatisfacción, pero sin capacidad de mejorar la satisfacción y abarcan aspectos como la supervisión, relaciones interpersonales, condiciones físicas del trabajo, las remuneraciones, las

prestaciones, seguridad en el trabajo, políticas y prácticas administrativas. Cuando este tipo de factores no se aplican correctamente, generan insatisfacción en el trabajador, y cuando están presentes no generan una fuerte motivación, solamente contribuyen a disminuir la motivación.

Por otro lado, los factores motivacionales, son aquellos motivos, cuyo efecto puede afectar la satisfacción. Algunos que se pueden considerar son: la realización personal que se genera en el puesto de trabajo, reconocimiento por el desempeño, la trascendencia de la tarea, las oportunidades de crecimiento y desarrollo. Cuando estos factores están presentes, generan un alto nivel de motivación en el personal estimulando un mejor desempeño.

Chiang, Salazar y Nuñez (2007) mencionan las dimensiones que a continuación se describen:

- *Satisfacción intrínseca del trabajo.* Se refiere a las satisfacciones que da el trabajo por sí mismo, las oportunidades que ofrece el trabajo de hacer aquello que gusta o en lo que se destaca y los objetivos, metas y producción a alcanzar.
- *Satisfacción con la supervisión.* Se refiere a la forma en que los superiores juzgan la tarea, la supervisión recibida, la proximidad y frecuencia de la supervisión, el apoyo recibido de los superiores, las relaciones personales con los superiores y a la igualdad así como justicia de trato recibida en la organización.
- *Satisfacción con el ambiente físico.* Referente al entorno físico y el espacio en el lugar de trabajo, la limpieza, higiene y salubridad, la temperatura, la iluminación y la ventilación.
- *Satisfacción con las prestaciones recibidas.* Referidos al grado en que la organización cumple el convenio, la forma en que se da la negociación, el salario recibido, las oportunidades de promoción y las de formación.

- *Satisfacción con la participación.* Se refiere al grado de satisfacción con la participación en las decisiones del grupo de trabajo, del departamento o sección o de la propia tarea.

En una clasificación de Peiró y Prieto (1996) destacan (Gil, 2004):

- *Las características del diseño y del puesto:* La insatisfacción por el trabajo está relacionada con la realización de funciones repetitivas y carentes de riqueza, que provocan aburrimiento e infravaloración de las posibilidades propias. Este factor nos indica que la necesidad de enriquecimiento de las tareas a desempeñar es un aspecto fundamental para incrementar la motivación del trabajador.

Otro aspecto importante sería la percepción de control sobre el trabajo que tienen los profesionales. Este control está relacionado con la motivación y la satisfacción, aquellos sujetos motivados por el trabajo pero que no tienen margen de acción en su proceso laboral, manifiestan un mayor grado de satisfacción.

- *Sistemas de recompensas y salario:* La satisfacción con el salario como fuentes de ingresos, indicador de nivel de vida y reconocimiento laboral, se puede dar con la asunción de responsabilidades. Del mismo modo, la insatisfacción se ve directamente asociada a comportamientos absentistas, apoyo a sindicatos y asunción de roles conflictivos. Complementando estos resultados se podría utilizar una teoría motivacional que explica estas actitudes. Concretamente, la “teoría de la discrepancia” postularía que la satisfacción está mediatizada por la comparación que haga el trabajador de su salario con el de compañeros de niveles similares y la equidad que perciba en el sistema distributivo de recompensas empresariales.

- *Las características organizacionales:* Son aspectos como la división del trabajo, el liderazgo o el ser participe en la toma de decisiones. Esta última afecta al trabajador y está asociada a la satisfacción percibida.

- *Los rasgos del trabajador:* La edad, formación y la ocupación. Son datos pocos concluyentes, ya que de ellos se sacan conclusiones muy heterogéneas; de esta

forma se señala que sin poder generalizar, en diferentes investigaciones la tendencia común es que la satisfacción se da con más frecuencia en función de la experiencia laboral (la antigüedad en el trabajo es un posible factor predictor de mayores recompensas en el trabajo), la cualificación y los ingresos.

Locke (1976) identificó nueve dimensiones de la satisfacción laboral: 1. Satisfacción con el trabajo. 2. Satisfacción con el salario: valoración cuantitativa del sueldo, equidad respecto al mismo o al método de distribución. 3. Satisfacción con las promociones: oportunidades de formación o la base a partir de la que se produce la promoción. 4. Satisfacción con el reconocimiento: incluye elogios por la correcta realización del trabajo, las críticas y la congruencia con la propia percepción. 5. Satisfacción con los beneficios: tales como pensiones, seguros médicos, vacaciones, primas. 6. Satisfacción con las condiciones de trabajo: diseño del puesto, horario, descansos, temperatura. 7. Satisfacción con la supervisión. 8. Satisfacción con los compañeros. 9. Satisfacción con la dirección (Martínez, González, 2008).

### **2.3.3 Importancia de la satisfacción laboral**

Las organizaciones se integran por personas, que pasan gran parte de su tiempo en ellas, desempeñando algún puesto de trabajo, por lo tanto, es de gran importancia, considerar el estudio de la satisfacción laboral, como parte de los aspectos de gestión de personal que darán una ventaja competitiva. El personal debe estar a gusto con su trabajo o con los distintos aspectos que se derivan de él, de tal manera que puede ser una experiencia agradable o desagradable, dependiendo de la influencia que tenga la satisfacción sobre los aspectos personales y los laborales (Blum, 1994).

Actualmente, aspectos como la calidad de vida y la satisfacción laboral, son muy importantes, por pasar gran parte del tiempo desempeñando actividades dentro de una organización y en consecuencia, resulta de interés estudiar la opinión que tienen los trabajadores con respecto al grado de satisfacción dentro de su campo de



trabajo (Hernández, García, López, y Fragoso, 2016). En este sentido, la medición de la satisfacción laboral, es un proceso indispensable. El trabajo desempeñado debe generar satisfacción con el fin de que se tenga una repercusión positiva en aspectos tales como: la productividad, la estabilidad, el compromiso y el clima laboral, entre otros. La satisfacción afecta positivamente la productividad, al disminuir aspectos como el ausentismo y rotación de personal, que por ende suceden cuando existe insatisfacción (Böckerman e Ilmakunnas, 2012).

La satisfacción laboral ha sido objeto de estudio en numerosas ocasiones, inicialmente por su influencia en el rendimiento laboral, revelándose posteriormente como una dimensión valiosa en sí misma y como un objetivo de intervención organizacional (Meliá y Peiró, 1989; Robles-García, et al., 2005). Siendo importante en cualquier tipo de profesión, no sólo para el bienestar de las personas, sino para la productividad y la calidad (Chiang, Salazar y Núñez, 2007).

Existen dos razones que ayudan a explicar la atención dedicada a la satisfacción laboral. La primera, en que la satisfacción en el trabajo es un resultado importante de la vida organizacional; y la segunda, que la satisfacción ha aparecido en diferentes investigaciones como un predictor significativo de las conductas disfuncionales importantes, tales como: el absentismo y el cambio de puesto u organización (Chiang, Salazar y Núñez, 2007; Schneider, 1985).

Es por ello, que debe entenderse como un pilar imprescindible y una prioridad para la organización, ya que un personal satisfecho con su empleo y con la organización es mucho más efectivo y eficiente, frente a personal en situación de insatisfacción laboral (Martínez y González P, 2008)

Abrajan, Contreras y Montoya (2009) sugieren que es de suma importancia para las organizaciones conocer la perspectiva del trabajador respecto a la satisfacción laboral, para obtener información valiosa sobre la percepción que tienen de los factores que influyen en el desempeño de su trabajo y de esta manera, se podrán enfocar en la mejora continua de los procesos y la productividad.

El conocimiento de los factores que influyen en la calidad de vida laboral de los trabajadores, es un aspecto importante para cualquier institución, porque permitirá generar información que sirva para la definición de estrategias, ya que el trabajo es una actividad humana individual y colectiva que requiere de una serie de contribuciones, esfuerzo, tiempo, aptitudes, habilidades, entre otras; que los individuos desempeñan esperando a cambio compensaciones económicas y materiales; además, de las psicológicas y sociales, que contribuyen a satisfacer sus necesidades (Gómez-Cardona, et al., 2012).

En este orden de ideas, se considera que la satisfacción laboral, es un tema de importancia, ya que va directamente relacionado con la calidad de los cuidados que se prestan a la población y con problemas como el absentismo laboral, lo cual significa altas pérdidas económicas y de capital humano para las instituciones sanitarias (Iriarte, 2007). Los empleados más satisfechos, son aquellos que se desenvuelven en puestos que les ofrecen libertad, independencia y discreción para programar el trabajo y decidir los procedimientos; autonomía para la toma de decisiones y oportunidades de emplear y desarrollar habilidades y competencias personales (Paris, 2011).

Por todo lo anterior, queda claro que las personas son el principal activo de una organización, sobre todo en el caso de un servicio de salud. En este ámbito, el profesional ejerce un papel protagonista y disfruta una libertad considerable de actuación. Se considera que el grado de calidad de los servicios sanitarios prestados en un sistema sanitario está relacionado con el grado de satisfacción de sus profesionales, y así la satisfacción en el trabajo se incluye invariablemente en cualquier evaluación de la calidad global de una organización (Cortés, Martín, Morente, Caboblanco, Garijo y Rodríguez, 2003).

La satisfacción en el trabajo es importante debido a su relación con los resultados clave de la organización, como los resultados positivos de los pacientes (Aiken et al., 2002) y la retención de la enfermera en su centro de trabajo (Hayes et al.2010).

En este sentido, la calidad del servicio en los hospitales es uno de los objetivos primordiales de estos y de los profesionales que se desempeñan en ellos; sin embargo, en muchas ocasiones las políticas de gestión hospitalaria, no generan congruencia entre las metas organizacionales y la satisfacción de los trabajadores, por lo cual, es importante realizar un rediseño de las mismas, ya que diversas investigaciones sugieren que las organizaciones que logran generar compromiso de sus trabajadores, mejoran sus niveles de productividad y calidad. Convirtiéndose la satisfacción laboral en un predictor de aspectos como, la permanencia en el trabajo y de la productividad laboral (Figueiredo-Ferraz, et al., 2012).

Las características del entorno de trabajo, como el liderazgo positivo y el empoderamiento estructural, han sido identificadas como factores importantes que influyen en la satisfacción de las enfermeras (Laschinger et al., Wong y Laschinger 2013, Laschinger y Fida 2014). Además, las percepciones de las enfermeras sobre el liderazgo transformacional y las condiciones de trabajo estructuralmente empoderadoras se han asociado con la adecuación del personal de enfermería (Manojlovich y Laschinger 2007, Pineau Stam, et al., 2015), la interferencia en la vida laboral (Munir et al., 2012), y contribuye a la satisfacción de los profesionales sanitarios.

Aiken, et al. (2002, 2012) identificaron la insuficiencia de personal como una característica importante de los entornos de trabajo sanitarios que contribuye al agotamiento entre enfermeras y tiene un impacto negativo en los resultados de la atención al paciente. El personal inadecuado y las cargas de trabajo poco realistas tienen efectos perjudiciales en la calidad de la atención al paciente (Laschinger & Fida 2015), así como en la satisfacción y retención laboral de los enfermeros (Pineau, Stam, et al. 2013; Boamah, Read y Spence, 2016).

Por tanto, la calidad del ambiente de trabajo de la práctica de enfermería, como los niveles de personal, las relaciones enfermero/médico y el apoyo de los compañeros de trabajo y los supervisores influyen en gran medida en la satisfacción de las enfermeras con su trabajo (Laschinger 2008). Los estudios han demostrado que los

líderes eficaces crean condiciones de trabajo de empoderamiento asegurando niveles adecuados de personal en sus unidades, lo que puede aumentar la satisfacción laboral de la enfermera y la calidad de la atención (Laschinger & Fida, 2015).

#### **2.3.4 Satisfacción Laboral de las enfermeras**

Actualmente, aspectos como la satisfacción laboral, son muy importantes, por pasar gran parte del tiempo desempeñando actividades dentro de una organización y en consecuencia, resulta de interés estudiar la opinión que tienen los trabajadores con respecto al grado de satisfacción dentro de su campo de trabajo (Hernández, García, López, y Fragoso, 2016). En este sentido, la medición de la satisfacción laboral, es un proceso indispensable. El trabajo desempeñado debe generar satisfacción con el fin de que se tenga una repercusión positiva en aspectos tales como: la productividad, la estabilidad, el compromiso y el clima laboral, entre otros. El personal de enfermería en los hospitales, contribuye al restablecimiento de la salud física y mental de los pacientes a su cargo, y para ello, debe estar satisfecho (Alba, Salcedo, Zarate e Higuera, 2008). La investigación a nivel nacional e internacional indican que la satisfacción profesional de las enfermeras está directamente relacionada con la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la productividad del trabajo, el compromiso de la organización y la fluctuación del personal (Best y Thurston, 2006; Wild, Parsons, y Dietz, 2006).

La satisfacción laboral, ha sido un tema de interés para muchos investigadores y se han desarrollado numerosos estudios al respecto en diferentes tipos de organizaciones. Existen estudios específicos, sobre los factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en las organizaciones sanitarias, que plantean el grado de satisfacción percibido por las profesionales, y la valoración de las distintas dimensiones estudiadas; ya que el mantener los niveles altos de satisfacción laboral, permite mejorar los procesos, fomentar el trabajo en equipo, incrementar la calidad de la atención de enfermería, así como también el rendimiento de su productividad y en consecuencia, la satisfacción de los usuarios (Alba, Salcedo,

Zarate e Higuera, 2008; Carrillo-García, Martínez-Roche, Gómez-García, y Meseguer-de-Pedro, 2015).

Sin embargo, la insatisfacción es un fenómeno cada vez más frecuente entre los profesionales sanitarios de todo el mundo y un motivo de preocupación para los gestores e investigadores de los servicios sanitarios, los propios profesionales y los medios de comunicación (Muñoz, Coll, Torrent y Linares, 2016). Diversos estudios han mostrado una relación directa entre la satisfacción de estos trabajadores y su relación con el ambiente laboral en el que desempeñan sus funciones (Aiken, 2012; Walter y Arias, 2014).

Se ha descrito que la satisfacción laboral tiene relación con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño, así como condiciones laborales y que la complacencia del usuario está ligada con el trato del personal. A mayor satisfacción laboral, existe mayor calidad de atención por parte de enfermería y en consecuencia mayor satisfacción del paciente (Nava-Galán, Hernández-Zavala, Hernández-Cantoral, Pérez-López, Hernández-Ramírez, Matus-Miranda et al., 2013; Ponce y Reyes, 2006).

Hay evidencia acerca de la influencia que la identificación organizacional y grupal tiene en el ambiente laboral. Este papel crucial se ha verificado empíricamente por el incremento de los resultados deseables y por el decremento de los indeseables, como el estrés, o el síndrome de burnout. El hallazgo que parece claramente establecido es que, en la medida en que las personas estén más identificadas con su grupo, resulta más probable que estén dispuestas a adoptar los puntos de vista del grupo, a perseguir los intereses grupales, si éstos se oponen a aquellos, a dejar de lado sus propios intereses personales, favoreciendo siempre a los miembros de su grupo y reduciendo las conductas negativas en su contra. Las relaciones personales en el ámbito laboral pueden considerarse no solo como fuente de satisfacción sino como un importante factor amortiguador del desgaste profesional, quedando de manifiesto que el apoyo grupal

tiene ciertas implicaciones de cara a la mejora de la calidad de vida laboral (Topa, Moriano y Morales, 2009).

Por otra parte, Böckerman e Ilmakunnas (2012) mencionan que la satisfacción afecta positivamente la productividad, al disminuir aspectos como el ausentismo y rotación de personal, que por ende suceden cuando existe insatisfacción. En este sentido, se hace oportuno señalar, que las conductas más estudiadas, con relación a los bajos niveles de satisfacción laboral son el absentismo y la rotación, asociándose la productividad con los altos niveles de satisfacción. Parece haber un cierto acuerdo en que las actitudes que dan lugar a una alta satisfacción laboral, se asocian a niveles elevados de productividad e implicación en el trabajo.

En relación al absentismo laboral se refiere a la no presencia del trabajador en su puesto de trabajo, justificada o injustificadamente. La tasa de absentismo se define como el porcentaje de las horas no trabajadas (sin contar vacaciones, festivos, etc.) respecto a la jornada pactada efectiva. España durante el ejercicio 2015, tuvo una tasa del 4,45%, frente al 4,40% de 2014. El 76% de las ausencias en el trabajo se debe a enfermedades comunes y el 19% se deben a razones directamente relacionadas con las condiciones laborales (enfermedades profesionales, accidentes laborales y accidentes 'in itinere'). El 30% de las causas del absentismo laboral están relacionadas con aspectos sobre los que se puede actuar (condiciones de trabajo, falta de motivación del trabajador, clima laboral...) (Serebryakov A., 2016).

Los profesionales sanitarios y en concreto la enfermería son ciertamente algunos de los trabajadores más afectados por estas ausencias laborales. Según diversos autores, los índices relacionados con el absentismo laboral en enfermería son mayores que en el resto de las profesiones sanitarias. El absentismo de las enfermeras de primera línea es cada vez más preocupante y un problema costoso para los empleadores de hospitales. Este problema amplifica la escasez de enfermería, disminuye la moral de los empleados y perturba la continuidad de la atención del paciente, lo que en última instancia tiene un impacto negativo en el

costo y la calidad de la atención y los resultados para los pacientes (Davey, Cummings, Newburn-Cook y Lo, 2009; Moscoso, Gómez, Montangie, et al., 2010).

Diveros autores han evaluado el nivel de absentismo, encontrando resultados que van desde el 7,5% al 12,8% (Kurcgant, et al, 2015), 8,7% (Sancinetti, Soares, Lima, Fernandes-Costa, Melleiro, Fugulin, et al., 2011), 14,3% (Mesa y Kaempffer, 2004); 15,6% (Dhaini, Zúñiga, Ausserhofer, Simon, Kunz, De Geest, et al., 2016). De igual modo, las tasas de absentismo entre los profesionales sanitarios españoles oscilan entre un 9% y un 12%, lo cual representaría aproximadamente el doble de la media española, un porcentaje del 5,3% (Arenas-Díaz, 2011).

Así mismo, la rotación hace referencia a la entrada y salida de trabajadores en una institución, es decir, la contratación y despido o renuncia del recurso humano en una organización (Flores, Abreu, Badii, 2008). Se considera la rotación de personal como la proporción de personas que salen de una organización, descontando los que lo hacen de una forma inevitable (jubilaciones, fallecimientos), sobre el total del número de personas promedio de esa compañía en un determinado periodo de tiempo. La edad, la experiencia, y la satisfacción laboral, así como el grado de satisfacción con la tarea, están consistente y negativamente asociadas a la rotación (Rodríguez Fernández, 1998).

El índice de rotación de personal es una medida de gestión del capital humano, a través de la cual es posible identificar problemas de insatisfacción laboral entre los empleados o deficiencias en los procesos de selección y contratación, entre otros. La rotación de personal significa un alto costo para la empresa ya que ésta ha invertido en procesos de selección y todo lo que esto conlleva; ha desarrollado planes de inducción y capacitación, ha realizado exámenes médicos y además algo muy valioso y cada vez más escaso, ha invertido tiempo. Se considera que entre el 5% y el 15% son índices aceptables de rotación de personal. Entre los principales problemas generados cuando hay un alto índice de rotación de personal se encuentran: elevados costos de selección y adiestramiento de nuevos empleados, sumados a su baja eficiencia; poca generación de sentido de pertenencia y baja

coordinación de los empleados en constante cambio; resquebrajamiento de la imagen de la empresa, que será percibida como un lugar en el que los empleados no se encuentran a gusto; posibles fugas de valiosa información corporativa. (Hernández, Hernández, Chávez, y Mendieta, 2014; Chiavenato, 2009).

En otro orden de ideas, Molina, Martínez, Valderrama y Uribe (2009), establecieron los factores sociodemográficos y profesionales relacionados con la satisfacción laboral e informaron que la satisfacción entre los empleados fue intermedia; concluyeron que la dimensión mejor valorada fue la relación interpersonal con los compañeros y la peor valorada fue la promoción profesional, además de que no observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas en relación con la satisfacción total.

La satisfacción laboral en los servicios de salud está implicada en la calidad asistencial, de ahí la importancia de su medición en los trabajadores de las instituciones sanitarias, en un estudio de Carrillo-García, Martínez-Roche, Gómez-García, y Meseguer-de-Pedro (2015) cuyo objetivo fue explorar y analizar el fenómeno de la satisfacción laboral en profesionales sanitarios pertenecientes a un Hospital Universitario público, Los resultados del estudio reflejan una satisfacción general media, los “compañeros de trabajo” y el “superior inmediato” son los aspectos mejor evaluados. Los principales hallazgos reflejan diferencias importantes en los distintos niveles de satisfacción atendiendo a la categoría profesional, siendo los grupos de gestión y los médicos residentes lo más satisfechos, mientras que los facultativos especialistas de área, profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería manifiestan niveles de satisfacción más reducidos.

Por su parte, Ruzafa-Martínez, Madrigal, Velandrino y López (2008) evaluaron la satisfacción laboral en profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Se demostró que tienen un nivel medio de satisfacción laboral; las puntuaciones más altas se obtuvieron en las dimensiones de relaciones con los compañeros, así como las relaciones con los jefes; por el contrario, las que



producen mayor insatisfacción laboral fueron la satisfacción por el trabajo y la competencia profesional. Sugieren, que los líderes deberían incidir en mejorar su satisfacción laboral y su competencia profesional. Para ello, proponen incluir sistemas de incentivación y promoción profesional, tomar medidas previas a la contratación para mejorar el nivel de inglés y prestar especial atención a las necesidades del personal.

En un estudio realizado por Aiken et al., (2013) a nivel Europeo, la insatisfacción laboral de las enfermeras varió drásticamente en los 12 países europeos, y las fuentes de insatisfacción variaron, pero ningún país estaba inmune a las percepciones negativas del personal de enfermería. La insatisfacción general de las enfermeras con su trabajo fue expresada por sólo 1 de cada 10 enfermeras en los Países Bajos, pero por aproximadamente 2 de cada 10 enfermeras en Bélgica, Noruega, Suecia y Suiza, 4 de cada 10 enfermeras en Inglaterra, Alemania, Irlanda y España; casi 6 de cada 10 enfermeras en Grecia. Los salarios fueron una fuente de insatisfacción para una proporción sustancial de enfermeras en todos los países, desde un 34% en Suiza a un 83% en Grecia. La insatisfacción con las oportunidades de progreso también fue expresada por la mayoría de las enfermeras en más de la mitad de los países estudiados, y la insatisfacción con las oportunidades educativas fue indicada por más de la mitad de las enfermeras en casi la mitad de los países. A pesar de estos aparentemente altos niveles de insatisfacción, menos de 1 de cada 4 enfermeras en todos los países excepto Grecia (40%) e Irlanda (28%) informaron estar descontentos con su elección de enfermería como carrera. Sin embargo, entre 2 de cada 10 y 5 de cada 10 enfermeras de cada país con intención de dejar su trabajo actual en el próximo año y de aquellas que expresaron tales intenciones, entre 2 de cada 10 y 4 de cada 10 indicaron que el trabajo que buscaría sería fuera de la enfermería. En Alemania, el 38% de las enfermeras tenía la intención de dejar su trabajo en el próximo año, y casi la mitad dijo que sería para trabajar en algo distinto a la enfermería. En la mitad de los países, la mayoría de las enfermeras creían que sería fácil encontrar un nuevo empleo, mientras que en la otra mitad la mayoría de las enfermeras pensaban que no sería fácil.

El mismo estudio, realizado en Murcia, España, por Abad-Corpa y et al. (2013), donde, entre otras variables, evaluaron el grado de satisfacción de las enfermeras frente a aspectos relacionados con su trabajo: flexibilidad de horarios; oportunidades de desarrollo profesional; autonomía del trabajo; estatus profesional; salario; oportunidades de formación; vacaciones; derechos por bajas de enfermedad y permisos por estudios. Globalmente, el 20,2% estaba «moderadamente insatisfecho» o «muy insatisfecho» con su trabajo y el 16,8% tenía la intención de abandonar el centro. Al comparar por hospitales grandes y pequeños se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en todos los aspectos, excepto en las «vacaciones» y en los «derechos por bajas de enfermedad», siendo más favorable para los hospitales pequeños. Entre hospitales se encontraron diferencias en todas las preguntas y, al comparar por unidades, la satisfacción fue significativamente mayor en las unidades quirúrgicas 66,9%. Al comparar por unidades las unidades de críticos presentaron mayor insatisfacción frente al «salario».

Rocheftort y Clarke (2010) examinaron el ambiente de trabajo de enfermería y su asociación con los resultados de la enfermera como el agotamiento emocional, la satisfacción laboral y la percepción de la enfermera sobre la calidad de la atención prestada. Informaron que el clima laboral tuvo un fuerte efecto sobre los resultados y recomendaron para mejorarlos, llevar a cabo, una evaluación más frecuente y sistemática del ambiente de trabajo de enfermería. Estos hallazgos sugieren que las condiciones en el ambiente de trabajo pueden cambiar con el tiempo y son susceptibles de intervención para mejorar.

En otro estudio, se evaluaron las relaciones entre el ambiente de trabajo de enfermería, la rotación de la enfermera y la intención de dejar el trabajo. Las enfermeras que percibían que su ambiente de trabajo era negativo tenían una mayor intención de dejar sus trabajos. Además, se encontraron correlaciones significativas entre el ambiente de trabajo de enfermería, la intención de abandonar y la rotación de la enfermera (Friese, 2005).

En la atención de la salud, los efectos negativos del agotamiento de los puestos de trabajo, afectan a los empleados y organizaciones, amenazando la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Las enfermeras con pocos años de experiencia, experimentan altos niveles de estrés laboral (Parker et al 2014, Cheng et al., 2015) y son especialmente vulnerables al agotamiento temprano en sus carreras cuando están aprendiendo a lidiar con las demandas de su nuevo rol profesional (Rudman & Gustavsson 2011, Laschinger et al., 2015). El agotamiento temprano en enfermería se ha relacionado con los pobres resultados personales y organizacionales para las enfermeras, incluyendo la insatisfacción laboral y profesional (Laschinger 2012), la reducción de la salud mental y física (Aiken et al 2002) y el aumento de las intenciones de rotación (Leiter y Maslach 2009, Boamah y Laschinger 2015). El agotamiento de las enfermeras también afecta negativamente los resultados de los pacientes, incluidas las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (Galletta et al 2016) la calidad de los cuidados y los eventos adversos (Van Bogaert et al., 2014).

El ambiente de trabajo estuvo positivamente asociado con la intención de las enfermeras de permanecer y satisfacción en el trabajo. Se debe prestar más atención a crear entornos de trabajo positivos para aumentar la satisfacción laboral de las enfermeras y aumentar su intención de permanecer. Los administradores de hospitales y enfermeras y los encargados de la formulación de políticas sanitarias necesitan urgentemente crear ambientes de trabajo satisfactorios que apoyen la práctica de la enfermería con el fin de aumentar la satisfacción laboral y la intención de permanecer (Al Hamdan, Manojlovich y Tanima, 2017).

Fernández y Paravic (2003) investigaron el nivel de satisfacción laboral de enfermeras de centros hospitalarios públicos y privados. Concluyeron que las enfermeras se encuentran levemente satisfechas en su trabajo y presentaron mayor satisfacción las enfermeras de los hospitales privados que los públicos. Las condiciones físicas del trabajo mostraron ser un factor de insatisfacción principalmente para las enfermeras del sector público. Demostraron que los factores como remuneraciones, promociones y/o ascensos, fueron en los que se presentó

mayor insatisfacción en las enfermeras de ambos sectores. Por el contrario, la interacción con sus pares, su supervisor y las actividades que realizan son aquellos factores con los cuales están más satisfechas.

Por otro lado, Bobbio y Ramos (2010) realizaron una investigación con la finalidad de determinar la satisfacción laboral y los factores asociados en trabajadores de un hospital, incluyendo personal de enfermería y obstetricia, técnicos de enfermería y médicos. Se concluyó que existe un bajo porcentaje de satisfacción laboral en general y los factores asociados a la satisfacción son diferentes entre la percepción del personal médico y el no médico. Asimismo, en dicha investigación no se demostró asociación entre el género del trabajador y satisfacción laboral, a pesar de la alta frecuencia de mujeres en el grupo del personal no médico.

En lo que respecta a la investigación realizada por García-Ramos, Luján-López y Martínez-Corona (2007) estudiaron la satisfacción laboral del personal de salud; realizaron un estudio transversal, descriptivo a trabajadores de diferentes servicios y categorías. Los principales resultados indican que la satisfacción laboral medida a través de la dimensión intrínseca y extrínseca, se ubicó en el nivel de indiferente para el servicio de enfermería. La mayor puntuación, se ubicó en la dimensión intrínseca (algo satisfecho) y la menor puntuación en la extrínseca (indiferente).

Asimismo, Alba, Salcedo, Zárate e Higuera (2008) investigaron el grado de satisfacción laboral en enfermeras. Informaron que las situaciones que les produjeron mayor satisfacción fueron: sanar y apoyar a los pacientes, reconocimiento de su trabajo por sus superiores, ingresar y pertenecer a ese hospital. Los factores de ambiente de trabajo y capacitación fueron satisfactorios. Respecto a las condiciones que provocan insatisfacción fueron: la falta de insumos médicos y de personal, así como la falta de apoyo y reconocimientos. En los aspectos extrínsecos la mayoría del personal consideró que su sueldo es insuficiente.

Por otra parte, Ponce-Gómez y Lugo-Chávez (2009) evalúan la satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital de gineco-obstetricia. Los principales resultados indicaron que en la evaluación institucional, la comunicación, la salud y las condiciones laborales, existió mayor satisfacción; mientras que en desarrollo, capacitación y actualización, se tuvo un índice menor de satisfacción; asimismo, en factores como la remuneración económica, se presentaron altos niveles de insatisfacción.

En un análisis de la satisfacción laboral en enfermeras del hospital de oncología, evaluaron los factores extrínsecos e intrínsecos. Los resultados muestran, que el personal de enfermería está en un nivel de indiferencia y poco satisfecho, se presenta insatisfacción del personal en los siguientes factores: condiciones físicas del trabajo, el salario, la atención a las sugerencias que hacen, posibilidades de ascenso, modo de supervisión, la dimensión de desarrollo, capacitación y actualización (Tapia, Ramírez e Islas, 2009).

También Gómez, Becerra, Beltrán, García y Gómez (2012) determinaron el grado de satisfacción laboral del personal de enfermería del área administrativa de un hospital de segundo nivel; los resultados indicaron que el 43% del personal de enfermería refiere estar muy satisfecho, identificando que las variables con mayor satisfacción fueron: el trabajo, el salario, los compañeros, el servicio y el turno. Asimismo, las variables con menor satisfacción fueron: relación con jefes y superiores, posibilidades de ascenso, incentivos y organización en el trabajo.

Por su parte, Nava-Galán, et al. (2013) realizan una investigación sobre satisfacción laboral del personal de enfermería en cuatro instituciones de salud, para evaluar variables sociodemográficas y factores intrínsecos y extrínsecos sobre satisfacción laboral. Los principales resultados indican una mayor insatisfacción en la promoción y competencia profesional, mientras que la mayor satisfacción es como consecuencia de la relación interpersonal con jefes y subordinados. El personal de enfermería en estas instituciones tiene una calificación de nivel medio a alto, la identificación de factores de insatisfacción; así como, de satisfacción son

importantes para fundamentar mejoras e incidir en la calidad de los cuidados. En el personal de enfermería estos factores, interfieren en la ejecución del cuidado, es por eso que los programas de acreditación para las instituciones sanitarias suponen una garantía de excelencia tanto en la satisfacción profesional como en la calidad de los cuidados; esto ha motivado el interés por estudios en que se asocian alta tasa de ausentismo y síndrome del quemado o burnout entre el profesional de enfermería con la insatisfacción laboral, siendo el hospital el entorno predominante.

Es oportuno destacar, que existen amplias pruebas de que diversos factores del entorno laboral, son significativos en relación con la calidad percibida por las enfermeras (Schmalenberg y Kramer, 2008) y la satisfacción de los profesionales, por ello, considerar la misma es importante, ya que está relacionada con la calidad del cuidado de enfermería, la seguridad del paciente, y otros resultados de la atención de la salud (Stalpers et al., 2016; Glickman, Boulding, Manary, Staelin, Roe, Wolosin, et al., 2010; Needleman, Kurtzman, Kizer, 2007).

Stimpfel, Djukic, Brewer, Kovner (2017) informaron que los predictores significativos comunes a la calidad y la seguridad son la satisfacción en el trabajo y las limitaciones de la organización. El aumento de la satisfacción laboral de las enfermeras y la reducción de las limitaciones de la organización pueden ser áreas en las que enfocarse para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, orientando a hospitales y administradores de enfermería en cuanto a cómo asignar recursos para lograr mejoras en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

## **2.4 Percepción de la Calidad de los Cuidados y de la Seguridad del Paciente**

### **2.4.1. Calidad del Cuidado**

La calidad de la atención ha sido definida como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (Vuori, 1989; Palmer,

1996). Esta definición incluye componentes incuestionables, puesto que la mayoría de las definiciones los contienen de forma explícita o implícita, como son el nivel profesional o calidad científico-técnica, y la adhesión y satisfacción (aceptabilidad como término más global) del usuario (Saturno, 2008).

Del mismo modo, el Instituto de Medicina de los EEUU, define la calidad de la atención como "el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual" (Institute of Medicine, 2001). Entre las múltiples conceptualizaciones de la calidad, se encuentra una definición poco concreta y con un importante componente de abstracción: "La calidad es un equilibrio óptimo entre las posibilidades realizadas y un marco de normas y valores" (Harteloh, 2003). Esta definición conceptual refleja el hecho de que la calidad es una abstracción y no existe como una entidad discreta. Más bien se construye sobre la base de una interacción entre actores relevantes que están de acuerdo sobre las normas y los componentes (Mitchell, 2008).

En el equipo multidisciplinar de salud, enfermería adquiere gran importancia en la consecución de los objetivos relacionados con la calidad en la atención, debido a su vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención, desarrollando una actividad profesional esencial para la prevención, promoción, cuidado y recuperación de los pacientes y usuarios, estando presente la mejora continua de la calidad en todos sus procesos de trabajo (Hellín, López, Seva, Ferrer y Maciá, 2017).

La enfermería se ha preocupado claramente por definir y medir la calidad mucho antes del énfasis actual en el nivel nacional y estatal en la mejora de la calidad. Florence Nightingale analizó los datos de mortalidad entre las tropas británicas en 1855 y logró una reducción significativa de la mortalidad a través de prácticas organizativas e higiénicas (Goldie, 1987). También se le atribuye la creación de las primeras medidas de desempeño de los hospitales en 1859. En la década de 1970, se definió la calidad como características y grados de excelencia, con normas que

se refieren a un acuerdo general de cómo deben ser las cosas para ser consideradas de alta calidad (Mitchell, 2008).

La calidad y seguridad de la atención, es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales y profesiones de salud. Para enfermería, la calidad del cuidado ha sido desde siempre una preocupación constante (Cometto, Gómez, Dal Sasso, Grajales, Cassiani y Morales, 2011). Un cuidado de enfermería de calidad, implica diversos componentes como la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios. Por ello, proveer cuidados de enfermería que sean de calidad no es algo sencillo ni exento de dificultades y limitaciones (Gaviria, 2009).

Estudios que han abordado la calidad del cuidado de enfermería reportan que ésta presenta deficiencias que se deben mejorar (Borré, Lenis, González, 2014; Báez, Nava, Ramos, Medina, 2009) con ocurrencia de eventos indeseados, que repercuten en la imagen de las organizaciones de salud en los usuarios, sus familias y en el factor económico y financiero de los sistemas de salud, por los costos que representan la atención de los mismos (World Health Organization, 2008; Silva, Reis, Miasso, Santos, Cassiani, 2011; Mesa y Romero, 2010).

Considerando que las enfermeras/os son el mayor colectivo de profesionales de la salud y representan una amplia proporción del costo sanitario total la mejora de la calidad, tendría un importante impacto para las instituciones de salud (CIE, 2016).

#### **2.4.2. Seguridad del Paciente**

Muchos autores consideran que la calidad del cuidado es el paraguas general bajo el cual reside la seguridad del paciente; por ejemplo, el Instituto de Medicina de EEUU considera que la seguridad de los pacientes es "indistinguible de la prestación de atención sanitaria de calidad" (Aspden, Corrigan, Wolcott, et al., 2004).



Una definición para la seguridad de los pacientes ha surgido del movimiento de la calidad del cuidado de la salud que es igualmente abstracto, con diversos enfoques a los componentes más concretos y esenciales. La seguridad de los pacientes fue definida por la OIM como "la prevención de daños a los pacientes" (Aspden, Corrigan, Wolcott, et al., 2004). Se hace hincapié en el sistema de prestación de cuidados que: impide errores; aprende de los errores que ocurren; y se basa en una cultura de seguridad que involucra a profesionales de la salud, organizaciones y pacientes (Clancy, Farquhar, Sharp, 2005).

Por otra parte, la seguridad del paciente es la piedra angular de la atención sanitaria de alta calidad. Gran parte del trabajo que define la seguridad del paciente y las prácticas que previenen el daño se han centrado en los resultados negativos de la atención, como la mortalidad y la morbilidad. Las enfermeras son fundamentales para la vigilancia y la coordinación que reducen tales resultados adversos. Todavía queda mucho trabajo por hacer para evaluar el impacto de la atención de enfermería en los indicadores de calidad positiva, como el autocuidado apropiado y otras medidas de mejora del estado de salud (Mitchell, 2008). Cabe resaltar, la conclusión alcanzada por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que los comportamientos organizacionales son importantes para promover la seguridad del paciente (World Health Organization, 2009).

La vulnerabilidad del paciente de sufrir efectos adversos varía y cambia con el transcurso de la estancia en el hospital o el episodio de la atención. La calidad de los cuidados de enfermería se refiere a la ejecución adecuada de las evaluaciones e intervenciones destinadas a optimizar los resultados de los pacientes y prevenir los eventos adversos, como por ejemplo, el grado en que las enfermeras evalúan el riesgo de caídas en la valoración inicial del paciente hospitalizado, la aplicación de guías de práctica clínica/protocolos basados en la evidencia, y consecuentemente el mantenimiento de intervenciones preventivas para disminuir la incidencia de caídas. Las investigaciones sobre la relación entre el personal de enfermería y la calidad de los resultados obtenidos sobre pacientes comenzaron

con los estudios que examinaban la mortalidad del paciente en el contexto hospitalario (Aiken, Smith, & Lake, 1994).

### **2.4.3. Percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado y la seguridad del paciente**

Siendo la Enfermería una profesión que presta cuidado al ser humano debe tener dentro de su concepción, una idea clara de lo que es el hombre como individuo receptor de sus servicios y cuál es el papel que como profesión desempeña ante las personas y ante la sociedad (Hernández-Méndez, 2003). Así mismo, existe un interés creciente por la calidad en todos los sectores y también en el sector salud, últimamente ligada a la preocupación por la seguridad del paciente. Un interés que afecta, además, a todos los implicados: pacientes o población receptora de los servicios, gestores, y profesionales de la salud. La población está cada vez mejor informada, exige más y reclama cada vez más sobre la calidad de los servicios (Saturno, 2008).

La razón de ser y del quehacer de enfermería en las instituciones de salud es el cuidado directo, continuo y permanente de personas en situación de enfermedad; por tanto, brindar calidad para enfermería es un proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado y la satisfacción de los usuarios (Lenis-Victoria, Manrique-Abril, 2015).

Un aspecto raramente explorado en la investigación de enfermería es la percepción de la calidad del cuidado por parte de los trabajadores. Las enfermeras son proveedores de cuidados, así como intermediarias con otros servicios y están en una excelente posición para calificar la calidad de la atención prestada. Su percepción de la calidad de la atención no se basa en contactos aislados o eventos adversos, como úlceras por presión o caídas de pacientes, sino que se ha desarrollado con el tiempo (McHugh y Stimpfel, 2012).

Diversos estudios hospitalarios mostraron que la calidad de la atención percibida por la enfermera estaba relacionada con la mortalidad, las tasas de fracaso en el rescate, la supervivencia y los informes de los pacientes sobre su experiencia de cuidado y era un indicador válido que reflejaba las diferencias en la calidad hospitalaria (Tvedt, Sjetne, Helgeland, et al., 2014).

Las investigaciones existentes sobre la definición de las enfermeras y las percepciones de una asistencia de enfermería de calidad demuestran que éstas no son consistentes entre los estudios. Muchos artículos publicados se refieren a la calidad de la atención de enfermería y relacionan la calidad con otros aspectos de la atención, como la satisfacción de la enfermera, el reclutamiento, la retención de enfermeras y la estadificación (Andrews, Burr y Bushy, 2011; Meraviglia, Grobe, Tabone, et al, 2008; Spence Laschinger, 2008; Van Ess Coeling, Cukr, 2000).

Las enfermeras parecen pasar a través de etapas de transición en la prestación de cuidados alcanzando una excelente atención a medida que adquieren conocimientos, experiencia y habilidades. La excelencia en la atención de enfermería depende de las actitudes, valores, comportamiento y relaciones de los enfermeros con los pacientes, los compañeros y la administración para conducir a mejores resultados de salud (Coulon, Mok, Krause y Anderson, 1996; Ryan, Powlesland, Phillips, Raszewski, Johnson y Banks-Enorensen, 2017).

Diversos estudios han evaluado la percepción de la calidad de la atención prestada por el personal sanitario, y se ha examinado su relación con variables relacionadas con el personal, el entorno de trabajo, factores de estrés laboral y racionamiento implícito de la atención de enfermería.

Entre ellos, Aiken y colaboradores (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002), con una muestra de más de 10.000 profesionales de enfermería y los datos de más de 230.000 pacientes sometidos a cirugía general, vascular y ortopédica, intervenidos en 168 hospitales a lo largo de casi 2 años, determinaron que cuanto menor es el número de profesionales de enfermería disponibles en el

hospital en relación con el número de pacientes quirúrgicos, mayor es la mortalidad a 30 días ajustada al riesgo y las tasas de fracaso en la reanimación, además las enfermeras eran más propensas a experimentar burnout e insatisfacción laboral.

Luengo, Paravic y Burgos (2016) determinaron en su estudio que la percepción de las enfermeras sobre la calidad del cuidado que prestan están en rangos adecuados, lo que está relacionado con las propicias condiciones de trabajo ambientales y psicosociales. Destacando que la creación de un ambiente de trabajo favorable a la producción de salud, con condiciones de trabajo adecuadas, que posibiliten al trabajador una relación interpersonal saludable y un menor desgaste físico y emocional, favorece la organización del proceso de trabajo de forma eficiente, lo que potencialmente mejora la calidad del cuidado de enfermería.

En otro estudio, sin embargo, se ha encontrado que ni el liderazgo, ni los niveles de dotación de personal, la composición del personal, ni el volumen de actividad, se relacionaron significativamente con la calidad de la atención, concluyendo que para mejorar esta situación los factores ambientales del trabajo y los procesos organizativos son necesarios para proporcionar una alta calidad de atención. Es decir, la mejora del ambiente de trabajo, el apoyo en el manejo de los factores de estrés laboral y la reducción del racionamiento de los cuidados de enfermería podrían ser puntos de intervención para promover la alta calidad de la atención (Zúñiga, Ausserhofer, Hamers, Engberg, Simon y Schwendimann, 2015).

Sobre este aspecto, después de la implementación de la ratio mínima obligatoria enfermero-paciente en el Estado de California en los EEUU, los niveles de personal de enfermería en los hospitales aumentaron sustancialmente, demostrando que estas cargas de trabajo más bajas (las enfermeras californianas cuidan en promedio a un paciente menos en comparación con las enfermeras de otros estados) se asociaron con una menor mortalidad de los pacientes, así como con que el agotamiento de las enfermeras y la insatisfacción con el trabajo eran menores, e

informaron una calidad consistentemente mejor de la atención (Aiken, Sloane, Cimiotti, Clarke, Flynn, Seago, et al., 2010).

El VII Programa Marco Europeo ha financiado el proyecto Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing (RN4CAST) ([www.rn4cast.eu](http://www.rn4cast.eu)), en el que han participado más de 33.000 enfermeras de 1.105 hospitales de España, Bélgica, Finlandia, Alemania, Grecia, Irlanda, Holanda, Polonia, Suecia, Suiza, Reino Unido y socios de cooperación internacional (Estados Unidos, Botswana, China y Sudáfrica) (Abad-Corpa, Molina-Durán, Vivo-Molina, Moya-Ruiz, Martínez-Hernández, Romero-Pelegrín, et al., 2013). El principal objetivo de este estudio fue ampliar y refinar los modelos de predicción típicos con factores que tienen en cuenta cómo las características de los entornos de trabajo y el personal de enfermería repercute en la retención de la enfermera, el agotamiento entre enfermeras y los resultados del paciente.

Además trata de ilustrar lo que sucede con la calidad de la atención al paciente y los resultados de la enfermería cuando se cambian diversos aspectos de la fuerza de trabajo de enfermería como la ratio enfermera-paciente, educación de la enfermera, combinación de habilidades de la enfermera y el ambiente de trabajo de enfermería. (Sermeus W, Aiken LH, van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas T, et al., 2012).

En este mismo sentido, en un estudio realizado en Europa y Estados Unidos, se ha encontrado, que una proporción sustancial de enfermeras informó déficits de calidad de atención, alto burnout de la enfermera, insatisfacción laboral y la intención de abandonar sus posiciones actuales. De un modo más específico, el porcentaje de enfermeras que informaron la calidad del cuidado de los pacientes mala o regular varió considerablemente según el país, entre el 11% (Irlanda) a 47% (Grecia), al igual que las tasas para las enfermeras que dieron a su hospital un grado de seguridad deficiente o no, de 4% (Suiza) a 18% (Polonia). Se encontraron, altos índices de burnout/enfermera, entre 10% (Países Bajos) a 78% (Grecia), de insatisfacción laboral, 11% (Países Bajos) a 56% (Grecia), y de intención de

abandonar la profesión, 14% (EEUU) a 49% (Finlandia, Grecia). Estos resultados sugieren, que la asociación entre la enfermería y la calidad y seguridad de la atención hospitalaria son notablemente similares en toda Europa y en los Estados Unidos y que los países estudiados, enfrentan problemas de calidad, seguridad y agotamiento e insatisfacción de la enfermera. El que los pacientes clasifiquen su hospital como excelente o si lo recomendarían a otros pacientes se asoció significativamente con las calificaciones de las enfermeras de su ambiente de trabajo en el hospital (Aiken, Sermeus, Van den Heede, et al., 2012).

En este orden de ideas, las instituciones sanitarias de la Región de Murcia se sumaron al proyecto internacional realizando una réplica del proyecto RN4CAST, siendo la única comunidad autónoma que ha estudiado la totalidad de sus centros hospitalarios públicos; encontrando, en cuanto a la calidad de los cuidados de enfermería prestados, que el 78% la describieron como buena/excelente, y en relación con la seguridad del paciente solo el 2,6% de las enfermeras de la Región opina que su unidad es deficiente/mala. Sin embargo, en líneas generales, los porcentajes regionales de enfermeras que consideraron que se producen efectos adversos “una o más veces a la semana” son elevados (Abad-Corpa, et al., 2013).

En España se ha desarrollado un estudio denominado Proyecto SENECA, en el cual se elaboró un modelo de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del sistema nacional de salud, en el mismo, determinaron entre otros aspectos, que la percepción de los profesionales sobre los diferentes indicadores que contribuyen a la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios no es bien valorada. Los profesionales informaron que la carga de trabajo que soportan para el cuidado de los pacientes, en su mayoría, la consideran alta o muy alta y los bajos niveles de dotación de personal y las cargas de trabajo, cada vez mayores, son una amenaza para la prestación de cuidados de calidad a los pacientes. Cabe destacar que los profesionales valoran el grado de seguridad de los pacientes por debajo de cómo lo hacen los propios pacientes. El estudio apunta a que pueden existir relaciones entre el estilo de liderazgo, la política del centro y la percepción de seguridad en los profesionales y

la implantación de procesos que apoyen la seguridad de los pacientes (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

#### **2.4.4 Calidad de Cuidados de Enfermería en la Región de Murcia**

El Servicio Murciano de Salud incluye objetivos de calidad de cuidados de enfermería en sus contratos de gestión para mejorar los servicios sanitarios y como forma de garantizar que la prestación de cuidados se realice con unos niveles adecuados de calidad.

El Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados en Enfermería (GREMCCE), se constituye en 2005 con el objetivo de normalizar, evaluar, mejorar y monitorizar la calidad de los cuidados de enfermería. Este Grupo está formado por personal de enfermería de las 9 Área de Salud de la red asistencial del Servicio Murciano de Salud, asesorados y coordinados por la Subdirección General de Calidad Asistencial.

El plan de actividades ha priorizado las siguientes áreas de cuidados: acogida y valoración del paciente al ingreso en la Unidad de hospitalización, prevención de úlceras por presión, prevención de caídas, cuidados al paciente portador de sonda vesical, cuidados al paciente portador de catéter venoso, valoración del dolor y riesgo nutricional, continuidad de cuidados y desarrollo de ciclos de evaluación y mejora de la calidad de cuidados.

Entre las diferentes líneas de trabajo que se han seguido se encuentran la “Elaboración de un Sistema de Indicadores de Calidad” para evaluación de las actuaciones, abordándose las dimensiones de accesibilidad, calidad científico técnica, seguridad y satisfacción del paciente y el “Diseño e implantación de un Plan de Monitorización” de periodicidad cuatrimestral para la evaluación del nivel de cumplimiento de los indicadores.

A través de sus diferentes líneas de actuación, el grupo GREMCCE pretende difundir una cultura de calidad entre los profesionales, potenciando importantes alianzas entre todos los implicados, a través de la formación, la investigación, y la evaluación y mejora de prácticas seguras y de calidad en todos los centros sanitarios del SMS.

Las líneas de trabajo han sido las siguientes:

L1. Evaluación y mejora de protocolos y procedimientos correspondientes a distintas áreas de cuidados de enfermería.

L2. Elaboración de un Sistema de Indicadores de Calidad (de estructura, proceso y resultado) para evaluación de las actuaciones, abordándose las dimensiones de accesibilidad, calidad científico técnica, seguridad y satisfacción del paciente.

L3. Diseño e implantación de un Plan de Monitorización de periodicidad cuatrimestral para la evaluación del nivel de cumplimiento de los indicadores. Se acompaña de una Guía de Apoyo Metodológico que se actualiza cada año.

L4. Identificación de Áreas de Mejora para orientar las estrategias de intervención, estableciendo actuaciones de benchmarking y de buenas prácticas.

L5. Plan de Formación específico tras identificación de necesidades.

L6. Identificación y difusión a los profesionales de las mejores evidencias relacionadas con la implementación de cuidados asistenciales de calidad.

L7. Elaboración de Recomendaciones de cuidados al alta para el paciente y la familia.

L8. Asesoramiento metodológico a Grupos de profesionales.



La implantación y despliegue del proceso se ha realizado de forma progresiva y a la vez simultánea en los hospitales del SMS. Para conseguir un despliegue sólido e integrado, se desarrollan acciones a dos niveles: Servicios Centrales y a nivel de Centros Sanitarios.

El grupo GREMCCE revisa de forma continuada su trabajo para mejorar los resultados de lo que hace, identifica nuevas necesidades y aborda nuevas áreas de trabajo. Estas son algunas de las actuaciones llevadas a cabo desde el inicio del Proyecto:

- Trimestralmente, se realizan mediciones en los 9 hospitales de Área del SMS (además del Hospital Psiquiátrico) y se analizan los resultados de las evaluaciones de los indicadores. Tras cada medición, se revisa la metodología, se proponen medidas correctoras y se marcan actuaciones futuras.
  
- En 2007 se llevó a cabo un "Estudio de la Variabilidad metodológica intercentros", identificándose la necesidad de realizar acciones de mejora para homogeneizar la estrategia de evaluación.
  
- En 2009 se realizó un procedimiento de evaluación conjunta de forma cruzada en los 9 hospitales por parte de evaluadores externos, para identificar buenas prácticas metodológicas y garantizar rigor en la metodología de medición de indicadores. Esta forma de proceder llevó a la creación de un Banco de iniciativas de acciones de mejora con las medidas correctoras de éxito e innovaciones promovidas y puestas en práctica en los distintos centros y dotó de transparencia a las mediciones, implicando a los profesionales y permitiendo el aprendizaje conjunto y el benchmarking.
  
- A iniciativa de los miembros del Grupo cada año se agregan nuevos objetivos y líneas de actuación en el Contrato de Gestión, así por ejemplo entre 2009 y 2010 se incluyeron el manejo del dolor, la valoración del riesgo nutricional y la creación de

grupos de mejora para el desarrollo de actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad (ciclos de mejora).

- En 2011 se constituyen "grupos específicos de mejora" para identificar y analizar los problemas y realizar un análisis de causas, invitando por una parte a los hospitales que peores resultados presentan y por otra a los mejores, para que aportaran información sobre su experiencia y poder así diseñar acciones de mejora ("aprender de los mejores").

- En 2012 se lleva a cabo una "Auditoria Externa" para valorar los cuidados de enfermería en todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud. Se compararon los resultados obtenidos con los de las evaluaciones internas que se llevaban a cabo habitualmente y se elaboraron 9 informes (1 por Área de Salud) exponiendo los puntos fuertes, las áreas de mejora y proponiendo actuaciones. Además se recogieron las buenas prácticas identificadas en los distintos hospitales y se realizaron recomendaciones para mejorar los sistemas de información en los centros sanitarios.

- En 2013 se realiza una profunda revisión de la guía metodológica que conlleva cambios en los indicadores y en su forma de medición. Se han monitorizado 19 indicadores. Los resultados son globalmente positivos, con cumplimientos superiores al 80% en gran parte de los indicadores. En términos evolutivos, tienden a la mejora en la mayor de los indicadores. En el análisis comparativo por hospitales, la variabilidad sigue siendo el aspecto más relevante. Algunos indicadores siguen presentando margen de mejora.

- En 2014 se ha creado un Grupo de Trabajo GREMCCE-SELENE que, entre otras actuaciones, ha iniciado el diseño del "cuadro de mandos de indicadores de enfermería" a incorporar en los sistemas informáticos de los hospitales.

A través de sus diferentes líneas de actuación, el GRUPO GREMCCE difunde una cultura de calidad entre los profesionales, potenciando importantes alianzas entre

todos los implicados, a través de la formación, la investigación, la evaluación y mejora de prácticas seguras y de calidad en todos los centros sanitarios del SMS.

Los resultados de este Proyecto evidencian cómo con una organización adecuada y con niveles similares de recursos, se logran mejoras en cuidados que impactan en la calidad de la atención. Consolidación de un espacio, un "Foro Regional" que mantiene reuniones periódicas tras cada medición, donde se debaten y consensuan las prioridades de actuación en ámbito de enfermería y se buscan las mejores iniciativas.

La evaluación de los objetivos e indicadores de calidad de cuidados enfermeros se ha convertido en una herramienta imprescindible para gestionar de forma sistemática las actuaciones de enfermería en los Centros. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Ramón-Esparza, 2011; PROGRAMA EMCA, 2017).

#### **2.4.4.1 Indicadores de Calidad de los Cuidados de Enfermería:**

Para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería el GREMCCE (2013) ha establecido una serie de indicadores que miden datos de estructura, proceso y de resultado, los cuales se miden en todas las áreas sanitarias de la Región de Murcia incluida el Área III de Salud de Lorca.

##### **A. Indicadores de Estructura:** Se refieren a:

- *Atención al Ingreso:* Plan de Acogida y Valoración de Enfermería al Ingreso (Tabla 1).
- *Continuidad de la atención integral tras el alta hospitalaria:* Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) al Alta y Recomendaciones de Enfermería (Tablas 2 y 3).

**Tabla 1. Indicador Atención al Ingreso**

ATENCIÓN AL INGRESO		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Plan de Acogida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° de pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida</li> <li>Denominador: N° pacientes ingresados evaluados</li> </ul>	≥ 90%
2.- Valoración al Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° de pacientes con valoración realizada correctamente en las primeras 24 horas tras ingreso</li> <li>Denominador: N° pacientes ingresados evaluados</li> </ul>	≥ 90%

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

**Tabla 2: Indicador Continuidad de la atención integral tras el alta hospitalaria: Altas Hospitalarias con ICC.**

ALTAS HOSPITALARIAS CON INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS	
Tipo	Proporción simple
Integrantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° de pacientes con ICC realizados al alta hospitalaria</li> <li>Denominador: N° de altas hospitalarias en el periodo de estudio</li> </ul>
Fuente	GREMCCE
Meta	≥ 50% de las altas hospitalarias
Ponderación	Ponderación de acuerdo a la mejora relativa desde 2011, tal que valores estándar ó superiores se valoran como 100%, y la no mejora como 0.

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

**Tabla 3: Indicador Continuidad de la atención integral tras el alta hospitalaria: Recomendaciones de Cuidados al alta para el paciente y la familia.**

RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA	
Tipo	Número absoluto
Integrantes	N° de recomendaciones de cuidados al Alta elaboradas que cumplan al menos los criterios de calidad propuestos por el grupo (GREMCCE)
Fuente	GREMCCE
Meta	> 5
Ponderación	5 = 100%

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

## B. Indicadores de Procesos:

- *Prevención de úlceras por presión:* Valoración del riesgo de UPP y Prevención de Úlceras por presión (Tabla 4).
- *Cuidados del Paciente portador de catéter venoso:* Cateterismo Venoso Central y Periférico (Tabla5).
- *Caídas:* Valoración del riesgo de caída y Prevención de Caídas (Tabla 6).
- *Otros Cuidados de Enfermería:* Cuidados al paciente con Sonda Vesical (Tabla 7).

**Tabla 4: Indicadores de cuidados en Prevención de Úlceras por presión:**

ÚLCERAS POR PRESIÓN		
<b>Tipo</b>	Compuesto	
<b>Fuente</b>	GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
<b>1.- Valoración temprana del riesgo de UPP</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: N° pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 24 horas</li><li>• Denominador: N° pacientes ingresados evaluados</li></ul>	≥ 95
<b>2.- Prevención de UPP</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numerador: N° pacientes de riesgo de UPP con cuidados adecuados a protocolo en las últimas 24 horas</li><li>• Denominador: N° total pacientes valorados de riesgo</li></ul>	≥ 95

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

**Tabla 5: Indicadores de Cuidados del paciente portador de catéter venoso:**

CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE CATÉTER VENOSO		
<b>Tipo</b>	Compuesto	
<b>Fuente</b>	GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Cuidados pacientes con catéter venoso central	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° pacientes portadores de catéter venoso central con cuidados adecuados a protocolo</li> <li>Denominador: N° total pacientes portadores de catéter venoso central valorados</li> </ul>	≥ 90
2.- Cuidados pacientes con catéter venoso periférico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° pacientes portadores de catéter venoso periférico con cuidados adecuados a protocolo</li> <li>Denominador: N° total pacientes evaluados</li> </ul>	≥ 85

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

**Tabla 6: Indicador de cuidados en prevención de caídas**

PREVENCIÓN DE CAÍDAS		
<b>Tipo</b>	Compuesto	
<b>Fuente</b>	GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Valoración temprana del riesgo de Caídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° pacientes con valoración de riesgo de Caída en las primeras 24 horas</li> <li>Denominador: N° pacientes ingresados evaluados</li> </ul>	≥ 95
2.- Prevención de Caídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° pacientes de riesgo de caída con cuidados adecuados a protocolo en las últimas 24 horas</li> <li>Denominador: N° total pacientes valorados de riesgo</li> </ul>	≥ 90

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

**Tabla 7: Otros cuidados de enfermería: Cuidados al paciente con Sonda Vesical**

OTROS CUIDADOS DE ENFERMERÍA		
<b>Tipo</b>	Compuesto	
<b>Fuente</b>	GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
1.- Cuidados pacientes con sonda vesical	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° de pacientes con cuidados adecuados a protocolo de Sondaje Vesical</li> <li>Denominador: N° total de pacientes con Sondaje Vesical</li> </ul>	≥ 90%

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

### C. Indicadores de Resultados:

- Ulceras por presión: UPP durante desarrolladas la estancia hospitalaria. Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital. Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI (Tabla 8).
- Cuidados del Paciente portador de catéter venoso: Incidencias de Flebitis, Extravasación (Tabla 9).
- Caídas: Tasa de Caídas (Tabla 10).
- Actividades documentadas sobre evaluación y Mejora de la Calidad de los cuidados (Tabla 11).

**Tabla 8. Indicadores Incidencia y Prevalencia Úlceras por presión**

ÚLCERAS POR PRESIÓN		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
3.- UPP durante desarrolladas la estancia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° total pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso</li> <li>Denominador: n° pacientes evaluados ingresados &gt; 2 días</li> </ul>	≤ 2,5%
4.- Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° pacientes con UPP</li> <li>Denominador: n° pacientes con valoración inicial evaluados en el momento en que se realiza el estudio</li> </ul>	≤5%
5.- Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: n° pacientes ingresados en UCI con UPP</li> <li>Denominador: / n° enfermos en UCI ingresados evaluados en el momento del estudio</li> </ul>	≤10%

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

**Tabla 9: Indicadores de Cuidados del Paciente portador de catéter venoso**

CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE CATÉTER VENOSO		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
3.- Incidencia flebitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° pacientes con flebitis</li> <li>Denominador: N° de pacientes evaluados</li> </ul>	≤ 1%
4.- Incidencia extravasación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° pacientes con extravasación</li> <li>Denominador: N° de pacientes evaluados</li> </ul>	≤ 1%

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.



**Tabla 10: Indicador de caídas**

PREVENCIÓN DE CAÍDAS		
Tipo	Compuesto	
Fuente	GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería)	
COMPONENTE	INTEGRANTES	META
3.- Tasa de caídas en pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: N° caídas en pacientes hospitalizados</li> <li>Denominador: N° altas en el periodo estudiado</li> </ul>	≤ 1%

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

**Tabla 11: Indicador: Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad de los cuidados**

Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad de los cuidados	
Fórmula	Número de ciclos de evaluación y mejora realizados y documentados entre el 1 de enero y 30 de noviembre
Aclaraciones	<p>Los ciclos de mejora son una actividad imprescindible en los programas de gestión de la calidad.</p> <p>Para que cumpla criterio el número de ciclos de evaluación y mejora realizados deberá ser igual o superior a 3</p> <p>El informe a presentar deberá constar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidades de mejora identificadas</li> <li>Medidas correctoras aplicadas</li> <li>Resultados</li> </ul>
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	Los ciclos de mejora aprovechan los problemas de calidad u oportunidades de mejora detectados para someterlos a análisis e intervención y conseguir solucionarlos.
Fuente de datos	La identificación de los ciclos se hará a través del coordinador de calidad de enfermería del centro.

**Fuente:** Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013.

#### **2.4.4.2 Resultados de Indicadores de Calidad de los Cuidados de Enfermería en el Área III de Salud Lorca**

En la tabla 12 se muestran los resultados obtenidos en los Indicadores de Calidad de los Cuidados de Enfermería en el Área III de Salud Lorca, que incluyen:

##### **A. Indicadores de Estructura**

- *Atención al Ingreso*: Plan de Acogida y Valoración de Enfermería al Ingreso. Para evaluar el Plan de acogida y la valoración de enfermería al ingreso, se realizaron tres cortes transversales de forma anual en todas las unidades de hospitalización de adultos desde el año 2012 al 2016: Se seleccionaron 12 casos en cada unidad, hasta completar 60 casos.
- *Continuidad de la atención integral tras el alta hospitalaria*: Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) al Alta y Recomendaciones de Enfermería.

##### **B. Indicadores de Procesos**

Para la evaluación de los procesos Valoración del riesgo de UPP, Prevención de Ulceras por presión, Cuidados del Paciente portador de catéter venoso: Cateterismo Venoso Central y Periférico, Valoración del riesgo de caídas, Prevención de Caídas y Sonda Vesical, se realizaron tres cortes transversales de forma anual en todas las unidades de hospitalización de adultos desde el año 2012 al 2016: Se seleccionaron 12 casos en cada unidad, hasta completar 60 casos. En los procesos donde no llegaban a 60 casos se tomaba todo el universo.

- *Ulceras por presión*: Valoración del riesgo de UPP y Prevención de Ulceras por presión.
- Cuidados del Paciente portador de catéter venoso: Cateterismo Venoso Central y Periférico.
- *Caídas*: Valoración del riesgo de caídas y Prevención de Caídas.
- Otros Cuidados de Enfermería: Sonda Vesical.

### C. Indicadores de Resultados

Para la evaluación de los indicadores de resultados: UPP durante desarrolladas la estancia hospitalaria, Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital, Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI, Cuidados del Paciente portador de catéter venoso: Incidencias de Flebitis, Extravasación, Tasa de Caídas y Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad, al igual que en los indicadores de procesos, se realizaron tres cortes transversales de forma anual en todas las unidades de hospitalización de adultos desde el año 2012 al 2016. Se seleccionaron 12 casos en cada unidad, hasta completar 60 casos. En los procesos donde no llegaban a 60 casos se tomaba todo el universo. En el caso del indicador Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad se solicita la información del repositorio de la unidad de calidad.

- *Úlceras por presión:* UPP desarrolladas durante la estancia hospitalaria. Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital. Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI.
- *Cuidados del Paciente portador de catéter venoso:* Incidencias de Flebitis, Extravasación.
- *Caídas:* Tasa de Caídas.
- *Otros Cuidados de Enfermería:* Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad.

**Tabla 12. Resultados Indicadores de Calidad de Cuidados del Área III de Salud de Lorca. 2012-2016**

INDICADORES CALIDAD DE CUIDADOS	META	2012	2013	2014	2015	2016
<b>A. Indicadores de Estructura</b>						
Nº de Pacientes ingresados más de 24 h con realización correcta del Plan de Acogida	≥ 90%	85,70%	95,30%	95,50%	94,30%	96,90%
Nº de pacientes con valoración realizada correctamente en las primeras 24 h tras el ingreso	≥ 90%	78,10%	87,60%	84%	91,30%	94,10%
Pacientes con Informe de Continuidad de Cuidados al Alta	≥ 50%	29,09%	39,91%	40,89%	32%	53,31%

<b>B. Indicadores de Procesos</b>						
Nº de pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 24 h tras el ingreso.	≥ 95	96%	94,70%	96,80%	95,2%	95%
Nº pacientes de riesgo de UPP con cuidados adecuados a protocolo en las últimas 24 h	≥ 95	39,70%	75,00%	86,50%	84,8%	89,10%
Nº de pacientes portadores de catéter venoso central con cuidados adecuados a protocolo	≥ 90%	74,30%	93,80%	96,7%	94,3%	97,20%
Nº de pacientes portadores de catéter venoso periférico con cuidados adecuados a protocolo	≥ 85	60,30%	82,80%	80,30%	87,2%	88,80%
Valoración de Riesgo de Caídas	≥ 95	95,70%	93,90%	95,60%	96%	96,20%
Pacientes de riesgo con cuidados adecuados a protocolo: Prevención de Caídas	≥ 90%	65%	95,30%	87,90%	100%	89,50%
Nº pacientes con cuidados adecuados a protocolo de Sondaje Vesical	≥ 90%	63%	91,80%	80,00%	90,3%	91,50%
<b>C. Indicadores de Resultados</b>						
Nº total de pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso	≤ 2,5%	4,10%	2,00%	2,40%	1,5%	2,00%
Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital	≤5%	4,30%	3,70%	7,70%	2,50%	4,2%
Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI.	≤10%	17,60%	5,60%	11,80%	18%	7,40%
Pacientes con Flebitis	≤ 1%	2%	1,40%	0,50%	0,5%	0%
Pacientes con Extravasación	≤ 1%	1%	0,50%	1,00%	0%	0%
Tasa de Caídas	≤ 1%	1,00%	0,5%	0,10%	0,10%	0%
Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad	≥ 3	3	3	3	3	3
Recomendaciones de cuidados al alta para el paciente y la familia	> 5	5	5	5	5	6
	Cumple					
	No CUMple					

**Fuente:** Unidad de Calidad del Área III de Salud Lorca. 2016.

#### **2.4.5 Programa de Seguridad del Paciente en la Región de Murcia**

La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial de gran relevancia tanto para pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados recibidos, como para gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Por ello, el SMS despliega estrategias y acciones dirigidas a controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.

Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS, OCDE, etc.) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. En España, se encuentra establecida en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en la Estrategia 8: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Entre los objetivos de ésta estrategia se encuentran:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- Implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en 8 áreas específicas.
- Reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión.

- Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes.

Las estrategias propuestas por numerosas organizaciones internacionales están encaminadas, precisamente, a trabajar sobre esas deficiencias, a través del desarrollo de una cultura de seguridad, que integre el aprendizaje a partir de los errores y la gestión del riesgo, como una forma de trabajo.

La mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS se constituye en uno de los grandes ejes de actuación del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, estableciéndola como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Debido a ello, en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en coordinación con las Comunidades Autónomas, ha impulsado una estrategia de trabajo, en consonancia con los objetivos marcados por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, propuesta en 2004 por la Organización Mundial de la Salud. Desde 2006, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del Programa de Seguridad del Paciente, ha aglutinado multitud de actuaciones destinadas a mejorar la seguridad y reducir los eventos adversos de la atención sanitaria. La elaboración de un Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente, para el periodo de tiempo comprendido entre 2012 y 2016, es un compromiso de futuro que pretende proyectar unas líneas de actuación que converjan todas ellas en una atención más segura y de calidad.

El Programa Regional de Seguridad del Paciente, de forma operativa, ha dado cabida en los últimos años a múltiples proyectos. El esfuerzo y la implicación creciente en esta materia de profesionales y gestores ha puesto de manifiesto, paulatinamente, la necesidad de promover un Plan de Acción que fundamentalmente pretende aportar seguridad, eficacia y eficiencia a la actividad sanitaria y avanzar metódicamente en el compromiso de todos con la seguridad, la mejora continua y el aprendizaje de los errores (Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente, 2012).

A continuación se enumeran las líneas de actuación que han sido desarrolladas y coordinadas por este Programa en el Área III de Salud de Lorca:

- *Línea de Identificación Inequívoca de Pacientes*

En 2007 se inició esta línea con la implantación de brazaletes identificativos de polipropileno en pacientes atendidos en todos los hospitales públicos de la Región. Con posterioridad, mediante lectores de códigos de barras, se está integrando la identificación en numerosos procesos.

También se dispone en los hospitales con maternidad de un sistema de Identificación Inequívoca de Recién Nacidos, que utiliza el registro de una gota de sangre del cordón umbilical del recién nacido y de la madre.

- *Línea de Prevención de la Infección Asociada a la Asistencia Sanitaria*

Se inició en 2006 con la implantación de la campaña “Manos limpias salvan vidas” y la introducción de preparados de base alcohólica en todas las Áreas de Salud. En 2008 se elaboró un Plan de Vigilancia de Infección Nosocomial, a partir de la realización de dos estudios multicéntricos sobre incidencia de multirresistentes y mortalidad atribuible a infección nosocomial, el informe de recursos existentes y necesidades para su control. Se han constituido los equipos para la implantación de un sistema prospectivo de vigilancia y control de la infección nosocomial, con formación específica para directivos e integrantes de los equipos.

También se ha puesto en marcha un aplicativo informático integrado en la historia clínica hospitalaria para soporte de los equipos de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Fue a partir de 2009, con la adhesión al Proyecto Nacional para la Mejora de la Higiene de Manos y a la Estrategia Multimodal de la OMS de todas las gerencias, cuando se inició la formación para el conocimiento de los “5 Momentos para la

Higiene de Manos” y se creó un logotipo que identifica visualmente esta estrategia de la OMS en relación a la higiene de manos en la Región: Con la elaboración del “Curso Básico on line de Higiene de Manos” y un juego interactivo de entrenamiento y aprendizaje, la realización de “Talleres 5 Momentos” y estudios observacionales se sigue avanzando en la mejora de la higiene de manos.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales del SMS participan en el proyecto “Bacteriemia Zero”, para la prevención de bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales, así como en el de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica.

- *Línea de Cirugía Segura*

Durante el año 2009 se ha implantado el listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS en todos los quirófanos de los hospitales públicos del SMS. Se realizó una auditoría al año de su implantación y se trabaja actualmente en la integración del listado de verificación quirúrgico en la historia clínica electrónica.

- *Línea de Uso Seguro del Medicamento*

Se ha creado un Grupo de Trabajo para el Uso Seguro del Medicamento con el objetivo de conocer la situación basal de seguridad del sistema de utilización de medicamentos de los hospitales, para lo que se ha aplicado el Cuestionario de Autoevaluación del Instituto para el Uso Seguro del Medicamento.

Se ha fomentado la participación activa de los pacientes en su tratamiento mediante la elaboración de un video informativo para las TV de salas de espera de centros asistenciales, con recomendaciones para un uso seguro de los medicamentos.

En 2010 se puso en marcha un proyecto para estandarizar las concentraciones de citostáticos incluidos en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales públicos de la Región.



- *Línea de Formación e Información de Seguridad del Paciente*

Dentro del Plan Estratégico Común del SMS se ha establecido una línea formativa específica en seguridad del paciente, con el soporte del aula virtual de la Fundación para la Formación y la Investigación Sanitaria de la Región de Murcia, que abarca desde un curso básico on line de 30 horas lectivas, hasta higiene de manos e infección relacionada con la asistencia sanitaria.

También se ha elaborado un video divulgativo sobre cultura de seguridad del paciente y un resumen de los proyectos desarrollados en la Región, que se difunde en las pantallas de TV de salas de espera de algunos centros asistenciales. En el portal sanitario de la Región ([www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)) se encuentra la página web del Programa de Seguridad del Paciente, que pone a disposición de profesionales, pacientes y ciudadanos los objetivos, proyectos y actividades de las líneas estratégicas del programa.

- *Línea de Investigación en Seguridad del Paciente*

El programa en la Región se inicia en 2005 con la realización de un estudio regional sobre eventos adversos en todos los hospitales del SMS con la metodología del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS). Sin embargo, es a través de los convenios de colaboración con el Ministerio de Sanidad, donde mayor número de profesionales de la Región han participado. Se han realizado 35 proyectos, tanto en Atención Primaria como en Especializada

#### **2.4.5.1 Indicadores de Seguridad del paciente**

Se refiere a los indicadores relacionados con Infecciones Nosocomiales, Identificación de los usuarios, Cirugía Segura, eventos adversos, Higiene de manos.

a. *Infecciones Nosocomiales*: Infección de localización quirúrgica tras cirugía colorrectal. Infección tras cirugía ortopédica de prótesis. Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI (Tablas 13, 14 y 15).

b. *Eventos Adversos*: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) (Tablas 16).

c. *Cirugía Segura*: Nivel de cumplimiento del Listado de Verificación Quirúrgica (Tablas 17).

d. *Higiene de Manos*: Estrategia Multimodal de la OMS. Preparados de base alcohólica en el punto de atención (Tablas 18 y 19).

e. *Identificación inequívoca del paciente*: Nivel de cumplimiento pulsera identificativa (Tabla 20).

**Tabla 13. Indicador de Infección de localización quirúrgica tras cirugía colorrectal**

Infección de localización quirúrgica tras cirugía colorrectal	
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos de forma electiva de cirugía colorrectal que desarrollan una infección de localización quirúrgica x 100 / Pacientes intervenidos de forma electiva de cirugía colorrectal
<b>Exclusiones</b>	Cirugía urgente
<b>Aclaraciones</b>	La infección de localización quirúrgica (ILQ) es aquella relacionada con el procedimiento quirúrgico, que se produce en la incisión quirúrgica o en su vecindad. En la cirugía de colorrectal la vigilancia se realizará durante los 30 días posteriores (NHSN) a la fecha de la IQ, aunque el paciente haya sido dado de alta.
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Justificación</b>	La tasa de infección de la herida quirúrgica en la cirugía colorectal es alta y lleva asociada una importante morbilidad y mortalidad quirúrgicas.
<b>Fuente de datos</b>	Para la identificación de los casos: CMBD de hospitalización Para extraer los datos para la evaluación: Selene

**Fuente:** Consejería de Sanidad Región de Murcia (2016). Acuerdo de Gestión 2016. Gerencia del Área de Salud III.

**Tabla 14. Indicador de Infección tras cirugía ortopédica de prótesis**

	<b>Infección tras cirugía ortopédica de prótesis</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos de prótesis de rodilla y/o cadera que desarrollan una infección tras la cirugía x 100 / Pacientes intervenidos de prótesis de rodilla y/o cadera
<b>Exclusiones</b>	Cirugía urgente Intervención de 2º recambio, independientemente de la causa
<b>Aclaraciones</b>	La infección de localización quirúrgica (ILQ) es aquella relacionada con el procedimiento quirúrgico, que se produce en la incisión quirúrgica o en su vecindad. En la cirugía de prótesis de rodilla y/o cadera la vigilancia se hará durante los 12 meses posteriores (NHSN) a la fecha de la IQ (por tratarse de un procedimiento quirúrgico con implante de material protésico).
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Justificación</b>	La cirugía programada de prótesis de cadera/rodilla es un procedimiento quirúrgico frecuente y relevante. La infección quirúrgica relacionada con este procedimiento supone un elevado coste desde el punto de vista socio sanitario.
<b>Fuente de datos</b>	Para la identificación de los casos: CMB de hospitalización  Para extraer los datos para la evaluación: Selene

**Fuente:** Consejería de Sanidad Región de Murcia (2016). Acuerdo de Gestión 2016. Gerencia del Área de Salud III.

**Tabla 15. Indicador de Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI**

	<b>Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI</b>
<b>Fórmula</b>	Número de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC) x 1000 / $\sum$ de días de CVC en todos los pacientes portadores de estos dispositivos entre el 1 de enero y 30 de noviembre de 2016
<b>Exclusiones</b>	Catéteres arteriales Pacientes con una estancia hospitalaria inferior a las 48 horas en el momento de la detección de la bacteriemia relacionada con el CVC
<b>Aclaraciones</b>	Bacteriemia (o funguemia) relacionada con catéter (diagnóstico tras retirada del mismo): -Aislamiento del mismo microorganismo (especie e idéntico antibiograma) en hemocultivo extraído de vena periférica y en un cultivo cuantitativo o semicuantitativo de punta de catéter en un paciente con

	<p>cuadro clínico de sepsis, y sin otro foco aparente de infección. En este caso solo es necesario UN hemocultivo positivo para el diagnóstico.</p> <p>-En caso de estafilococos coagulasa negativos se exigirá el aislamiento del microorganismo al menos en DOS hemocultivos periféricos.</p> <p>-También se debe considerar bacteriemia relacionada con catéter si el hemocultivo es positivo y el paciente mejora clínicamente en las 48 horas siguientes tras la retirada del catéter.</p> <p><u>Bacteriemia (o funguemia) relacionada con catéter (diagnostico sin la retirada de la línea venosa):</u></p> <p>-Cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, en el que se aísla el mismo microorganismo en hemocultivos simultáneos cuantitativos en una proporción superior o igual a 5:1 en las muestras extraídas a través de catéter respecto a las obtenidas por venopunción.</p> <p>-Tiempo de positividad de los hemocultivos superior a las dos horas entre los hemocultivos obtenidos procedente de una vena periférica y los obtenidos de la luz de un catéter venoso.</p> <p><u>Cálculo del número de días de dispositivo:</u> El número de días de un dispositivo corresponde al número total de días de exposición a un dispositivo determinado (ej. catéter venoso central, ventilación mecánica) para todos los pacientes de una población seleccionada, durante el período de tiempo establecido. Se contabiliza un solo día de catéter venoso central aunque el mismo paciente sea portador de más de un catéter venoso central.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado
<b>Justificación</b>	Los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero han permitido, a través de una intervención multifactorial basada en la aplicación simultánea de un paquete de medidas sencillas y sostenibles, no sólo reducir significativamente la incidencia de dos de las infecciones asociadas a la atención recibida de mayor impacto y coste, sino además, favorecer el trabajo en red de múltiples profesionales y centros de todo el país y servir como trabajo de referencia de lo que debería ser la aplicación de prácticas seguras en todos los niveles de la atención sanitaria.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Laboratorio de Microbiología ENVIN-HELICS</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> ICIP, Selene</p> <p>Datos a recoger:</p> <p>Fecha de los hemocultivos positivos</p> <p>Fecha de ingreso</p> <p>Fecha de inserción del catéter</p> <p>Número de hemocultivos positivos</p> <p>Microorganismos aislados en Hemo1 y Hemo 2</p>

**Fuente:** Consejería de Sanidad Región de Murcia (2016). Acuerdo de Gestión 2016. Gerencia del Área de Salud III.

**Tabla 16. Indicador de Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)**

	<b>Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)</b>
<b>Fórmula</b>	Incremento del número de notificaciones respecto a las realizadas el año anterior.
<b>Exclusiones</b>	Sistemas de notificación específicos del centro
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Un sistema de notificación de incidentes</u> relacionados con la seguridad del paciente es aquel que permite la comunicación y el registro de incidentes (con o sin daño) que afectan a la seguridad de los pacientes.</p> <p><u>Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente</u>, entendiéndose como tal los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.</p> <p>Se valorará el indicador cuando hay un incremento del número de notificaciones durante el año de estudio respecto a las notificaciones realizadas en el año anterior.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	El sistema de notificación permite la mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes y aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SINASP</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SINASP</p>

**Fuente:** Consejería de Sanidad Región de Murcia (2016). Acuerdo de Gestión 2016. Gerencia del Área de Salud III.

**Tabla 17. Indicador Cirugía Segura: Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica.**

	<b>Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes intervenidos quirúrgicamente que tienen cumplimentado el listado de verificación de seguridad en su totalidad, en cada uno de los 3 momentos x 100 / Pacientes sometidos a intervención quirúrgica entre el 1 de enero y 30 de noviembre de 2016
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	Cumple criterio cuando están cumplimentados todos los campos del formulario de verificación de Seguridad Quirúrgica en cada uno de los 3 momentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de la inducción anestésica</li> <li>• Antes de la incisión de la piel</li> <li>• Antes del que el paciente salga de la sala</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	Se enmarca en el Reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. Un procedimiento de Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, evalúa periódicamente la adherencia de los profesionales a las prácticas seguras que contempla dicho listado. Garantiza cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Programación quirúrgica</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene</p>

**Fuente:** Consejería de Sanidad Región de Murcia (2016). Acuerdo de Gestión 2016. Gerencia del Área de Salud III.

**Tabla 18. Indicador Higiene de Manos: Estrategia Multimodal de la OMS**

	<b>Estrategia Multimodal de la OMS</b>
<b>Fórmula</b>	Autoevaluación del Plan de actuación según la Estrategia Multimodal de OMS por parte del centro
<b>Aclaraciones</b>	La estrategia multimodal de la OMS lleva a la práctica las recomendaciones de la OMS sobre la higiene de las manos, acompañada de una serie de herramientas prácticas. Se centra principalmente en la mejora del cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal sanitario que trabaja con los pacientes.
<b>Tipo de indicador</b>	Estructura
<b>Justificación</b>	La higiene de manos (HM) se considera la principal medida de prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS). A pesar de que se trate de un procedimiento sencillo, el cumplimiento de las indicaciones de HM por parte de los profesionales es deficitario y sobradamente mejorable. En este sentido, a escala mundial se han implementado intervenciones multimodales basadas en la estrategia de la OMS, que pretenden incidir en la estructura, el uso de preparados de base alcohólica (PBA) para la HM, la formación y la motivación dirigida a los profesionales.
<b>Fuente de datos</b>	Informe de la autoevaluación facilitado por la Gerencia

**Fuente:** Consejería de Sanidad Región de Murcia (2016). Acuerdo de Gestión 2016. Gerencia del Área de Salud III.

**Tabla 19. Indicador Higiene de Manos: Preparados de base alcohólica en el punto de atención**

	<b>Preparados de base alcohólica en el punto de atención</b>
<b>Fórmula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitaciones hospitalarias funcionantes con preparados de base alcohólica (PBA) x 100 / Habitaciones hospitalarias funcionantes</li> <li>• Locales de consulta funcionantes con preparados de base alcohólica (PBA) x 100 / Locales de consulta funcionantes</li> </ul>
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Puntos de atención:</b> lugar disponible donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y la prestación de una atención que comporte contacto con el paciente. Se van a tener en cuenta dos puntos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Habitación hospitalaria funcionante y Local de consulta funcionante.</u></li> </ul> </li> <li>• Entendiendo como tal a que están en condiciones de ser utilizados (ocupados) ya que tienen personal sanitario y/o equipamiento asignado.</li> <li>• <u>Preparado de base alcohólica</u> (líquido, gel o espuma) formulado para ser aplicado en las manos a fin de reducir la proliferación de microorganismos.</li> </ul> <p>Para que cumpla criterio el PBA debe estar accesible en el punto de atención y el recipiente debe contener producto.</p> <p>No se considera punto de atención si el PBA está colocado en un punto que para acceder requiera que el profesional abandone el punto de atención del paciente. Tampoco se consideran los PBA que se transportan en los carros de curas, riñoneras (bandejas), etc.</p> <p>Los locales de consulta desagregados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Primaria</li> <li>• Atención Hospitalaria</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Estructura
<b>Justificación</b>	La higiene de manos (HM) se considera la principal medida de prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS). A pesar de que se trate de un procedimiento sencillo, el cumplimiento de las indicaciones de HM por parte de los profesionales es deficitario y sobradamente mejorable. En este sentido, a escala mundial se han implementado intervenciones multimodales basadas en la estrategia de la OMS, que pretenden incidir en la estructura, el uso de preparados de base alcohólica (PBA) para la HM, la formación y la motivación dirigida a los profesionales.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Observación</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Observación</p>

**Fuente:** Consejería de Sanidad Región de Murcia (2016). Acuerdo de Gestión 2016. Gerencia del Área de Salud III.



**Tabla 20. Indicador Identificación inequívoca del paciente: pulsera identificativa**

	<b>Identificación inequívoca del paciente: pulsera identificativa</b>
<b>Aclaración</b>	Identificación inequívoca de todos los pacientes ingresados o que vayan a permanecer tiempo en las dependencias del Hospital Rafael Méndez de Lorca
<b>Indicador:</b>	Número de pacientes identificados correctamente/número de pacientes ingresados (1 transversal/6 meses)
<b>Estándar:</b>	100% de los pacientes identificados.
<b>Evaluación de la utilización del procedimiento</b>	Estudio Observacional de comprobación de la identificación antes de realización de pruebas invasivas, una vez al año
<b>Fuente de datos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la identificación de los casos: Selene</li> <li>• Para extraer los datos para la evaluación: Observación</li> </ul>

**Fuente:** Consejería de Sanidad Región de Murcia (2016). Acuerdo de Gestión 2016. Gerencia del Área de Salud III.

#### **2.4.5.2 Resultados de Indicadores de Seguridad del Paciente en el Área III de Salud Lorca:**

a. Infecciones relacionadas con la atención sanitaria: Infección de localización quirúrgica tras cirugía colorrectal. Infección tras cirugía ortopédica de prótesis. Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI (Tabla 21).

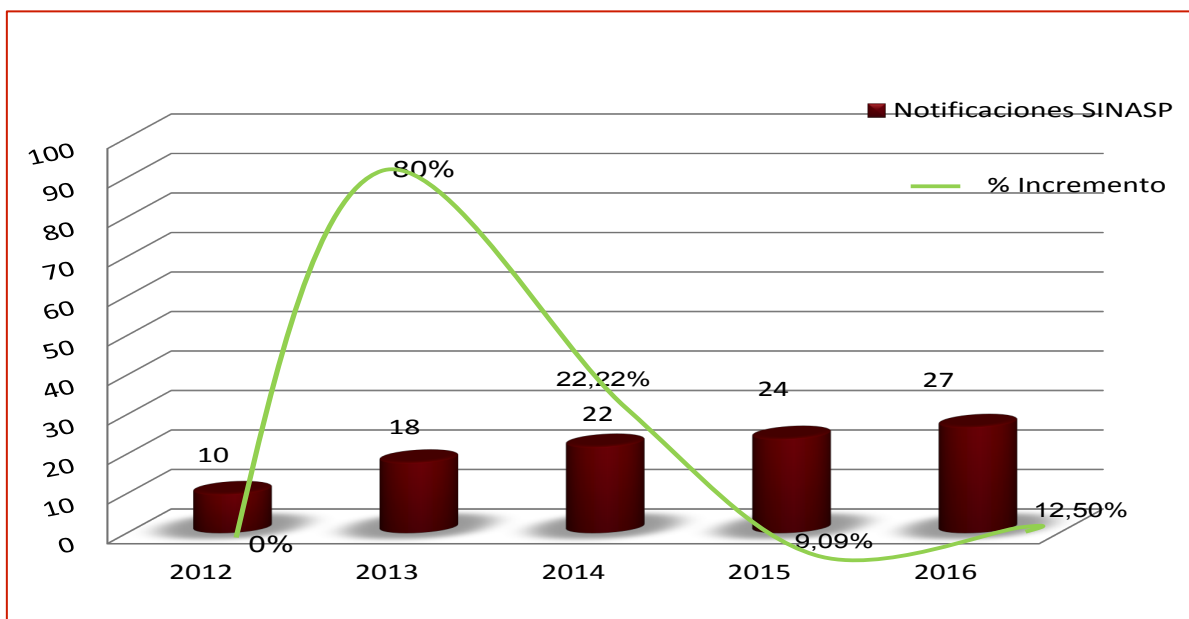
**Tabla 21. Infecciones relacionadas con la atención sanitaria**

<b>INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA</b>					
<b>1. INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN</b>	<b>META</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Bacteriemia relacionada con catéteres centrales en UCI	≤ 4%	2.01 bacteriemias por 1000 días de CVC.	1.04 bacteriemias por 1000 días de CVC.	1.02 bacteriemias por 1000 días de CVC.	4,5 Bacteriemias por 1000 días de cateter
		1.89 bacteriemias por 100 pacientes ingresados en UCI.	1.27 bacteriemias por 100 pacientes ingresados en UCI.	1.30 bacteriemias por 100 pacientes ingresados en UCI	
Infección tras cirugía ortopédica de prótesis	≤ 4%	2,36%	1%	2,88%	2.5 %
Infección tras cirugía electiva de colon	≤ Año anterior	13,04%	19%	7,84%	0%

**Fuente:** Servicio de Microbiología del Área III de Salud Lorca. 2016.

b. Eventos Adversos: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) (Gráfico 1).

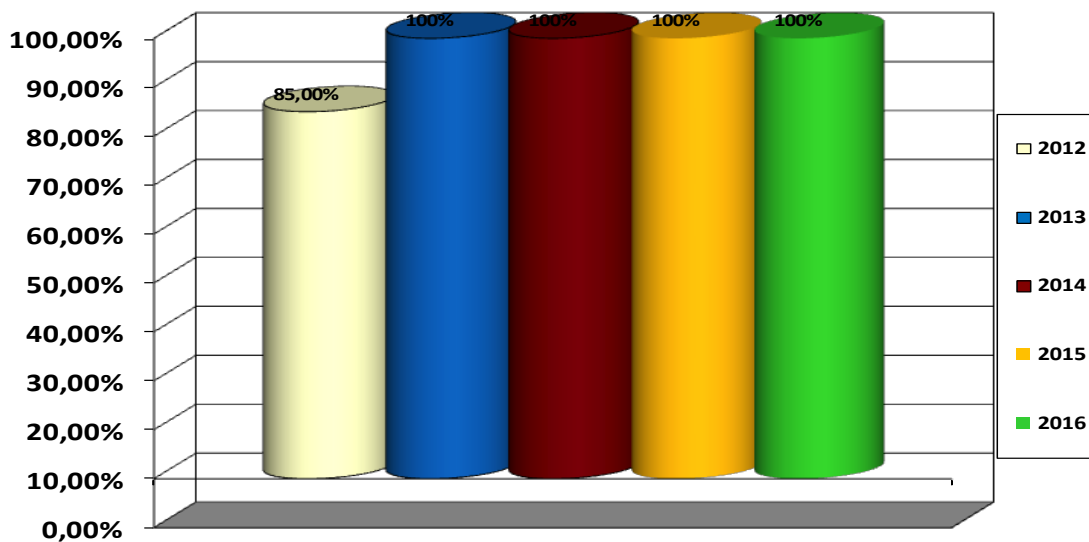
**Gráfico 1: N° de Notificaciones en SINASP y % de Incremento**



Fuente: Unidad de Calidad del Área III de Salud Lorca. 2016.

c. Cirugía Segura: Nivel de cumplimiento del Listado de Verificación Quirúrgica (Gráfico 2).

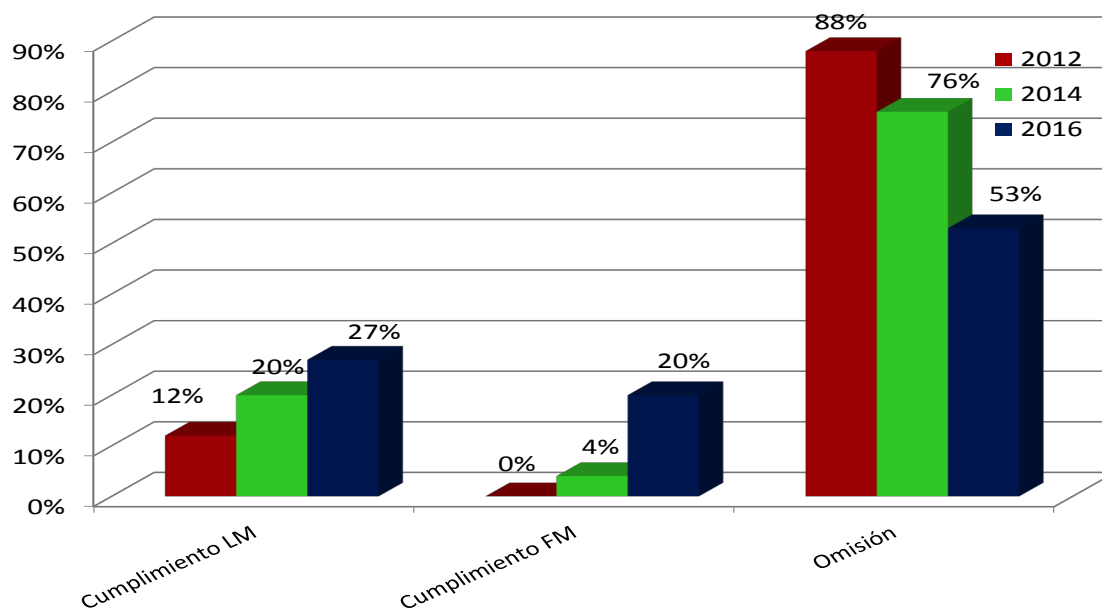
**Gráfico 2: Nivel de cumplimiento del Listado de Verificación Quirúrgica.**



Fuente: Unidad de Calidad del Área III de Salud Lorca. 2016.

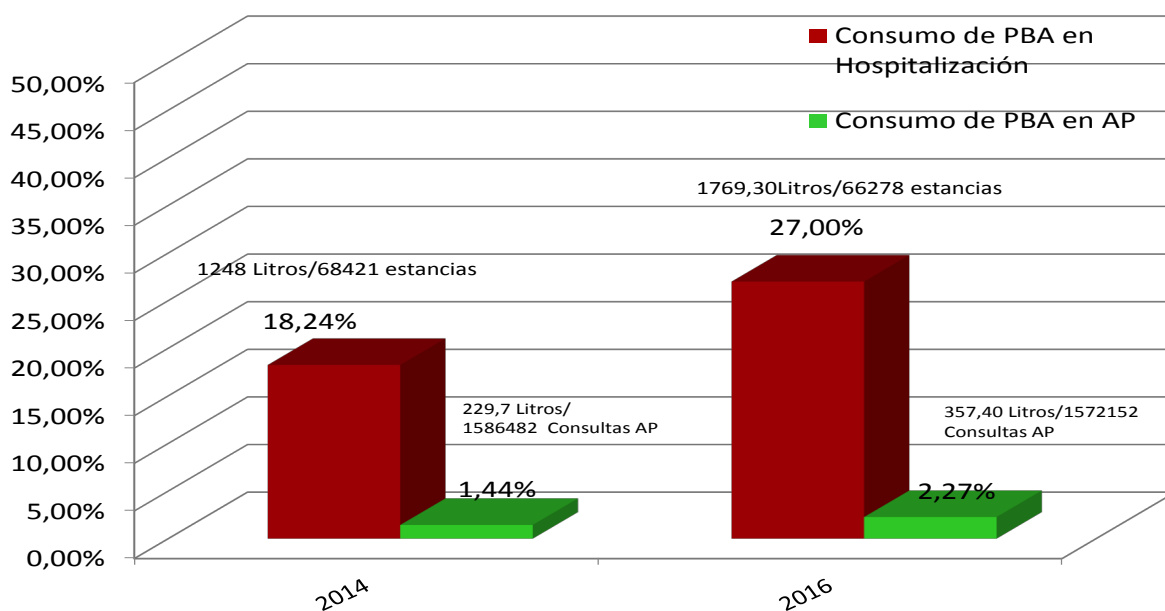
d. Higiene de Manos: Adherencia al lavado de Manos (Gráfico 3). Preparados de base alcohólica en el punto de atención (Gráfico 4).

**Gráfico 3: Adherencia al Lavado de Manos.**



Fuente: Unidad de Calidad del Área III de Salud Lorca. 2016.

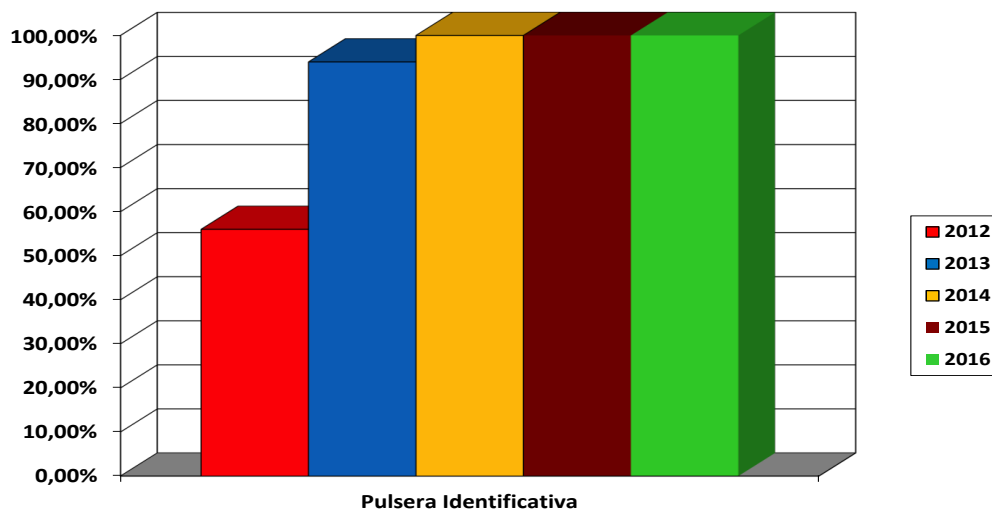
**Gráfico 4: Consumo de Preparados de base alcohólica en el punto de atención.**



Fuente: Unidad de Calidad del Área III de Salud Lorca. 2016.

e. Identificación inequívoca del paciente: Nivel de cumplimiento pulsera identificativa (Gráfico 5).

**Gráfico 5: Nivel de cumplimiento pulsera identificativa.**



**Fuente:** Unidad de Calidad del Área III de Salud Lorca. 2016.

## **2.5 Implantación de Guías de Buenas Prácticas de la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)”**

### **2.5.1 Introducción a la implantación de Guías de Buenas Prácticas**

En la actualidad, la Práctica Basada en la Evidencia se asume como un paradigma metodológico que debe servir de referencia para la unificación de criterios en la toma de decisiones (Sakett, 1996). Hay estudios que plantean que la difusión en la práctica clínica de los conocimientos obtenidos de la investigación puede mejorar la atención al paciente y los resultados en salud obtenidos (Wolf, 1999). Sin embargo, la investigación sugiere que 50% de las personas no recibieron en atención preventiva la recomendada; 30% en atención aguda contraindicada y 20% en atención crónica recibieron atención contraindicada, innecesaria o potencialmente dañina (Schuster, 2005).

Además de lo anterior, aún son escasas las situaciones en las que la decisión sobre aplicación de un cuidado se basa en los mejores resultados de la investigación, siendo el resultado una variabilidad interprofesional en el modo de decidir y aplicar

los mejores cuidados y la falta de consenso o acuerdo en las pautas a seguir (Ruzafa-Martínez, et al. 2011).

En el ámbito de los cuidados, de forma habitual el proceso de toma de decisiones implica la utilización de conocimientos adquiridos a través de la formación durante los estudios universitarios, el interés individual por mantenerse al día, las discusiones con los compañeros, la experiencia clínica personal y las políticas hospitalarias o del sistema de salud (Ruzafa-Martínez, et al. 2011).

Es oportuno resaltar, que existen múltiples estudios (Goode, 2000; Heater 1998; Melnyk 2000; Thomas, 1999) que han demostrado mejores resultados de salud en pacientes que reciben cuidados basados en las mejores evidencias científicas, incluso aunque solo lo hayan incorporado a su práctica un bajo porcentaje de profesionales.

Son diversas las estrategias de aplicación de estas evidencias. Una de ellas, es el desarrollo y aplicación de Guías de Práctica Clínica como instrumento para mejorar la calidad de los cuidados (Ruzafa-Martínez, et al. 2011). Las guías de práctica clínica tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención, reducir la variación de la práctica y/o reducir los costes proporcionando las recomendaciones que reflejen las mejores prácticas (Hakkennes, 2007). Sin embargo, aunque la investigación ha demostrado que pueden mejorar la salud e influir en los procesos de atención sanitaria, las guías pueden tener poco impacto, a menos que se integren con éxito en la práctica clínica (Lobach, 1997).

Para que esto ocurra deben darse principalmente dos factores, la calidad de las recomendaciones en las que se basan las guías y la eficacia de las estrategias utilizadas para la aplicación de estas recomendaciones (National Health and Medical Research Council, 1998). Con el fin de optimizar la eficacia de la aplicación de estrategias para la implantación de guías de práctica clínica, es importante que se adopte un enfoque basado en la evidencia. Por lo tanto, se hace necesario realizar estudios que evalúen tanto los resultados del uso de las recomendaciones,

como la efectividad de las estrategias utilizadas para difundir y aplicar estas recomendaciones (Hakkennes, 2007).

El establecimiento de recomendaciones basadas en la evidencia para la práctica clínica está recibiendo una atención creciente en muchos países (Grol, 1993). Sin embargo, en España no existen estudios de aplicación de los resultados de la investigación en cuidados a nivel nacional (Ruzafa-Martínez, et al. 2011). En una investigación realizada por Moreno et al (2010) en España, sobre las barreras percibidas por los profesionales de enfermería para la utilización de los resultados de investigación en la práctica clínica, concluyen que las principales barreras son la falta de tiempo en el trabajo para implantar nuevas ideas (72%), la escasa colaboración de otros profesionales para ello (60.9%), el desconocimiento de las investigaciones o la dificultad para su comprensión (59.2%), y el escaso apoyo por parte de la organización. Estos datos muestran que en el contexto de la enfermería en España, existe una distancia entre los resultados de las publicaciones científicas y su transferencia a la práctica enfermera. Todo ello justifica la necesidad de desarrollar investigaciones que faciliten esta actividad.

### **2.5.2. Variabilidad de la Práctica Clínica**

La observación de la práctica clínica muestra variabilidad en prácticamente cada paso del proceso asistencial por lo que, ante situaciones o entornos similares, podemos encontrar prácticas profesionales muy dispares y en muchas ocasiones sin una base científica, de la cual no está exenta la enfermería (Fernández-de-Maya, Richard-Martínez, 2010). La variabilidad de la práctica clínica ha sido definida como aquellas diferencias en el proceso asistencial y/o en el resultado de la atención de un problema clínico concreto, entre diversos proveedores o uno mismo, una vez controlados los factores demográficos, socioculturales y de estado de salud (Lorenzo, Mira, Sánchez, 2000).

La hipótesis más extendida en la actualidad relaciona la variabilidad con el grado de incertidumbre que acompaña a las decisiones clínicas. Dentro de dicha teoría, la discrecionalidad de las decisiones clínicas individuales, o los diferentes estilos de

práctica, aparecen como principales responsables de tal incertidumbre. Los profesionales sanitarios, durante su práctica habitual, se enfrentan a un elevado número de problemas de forma simultánea (Beasley, 2004; Ely, 1999). Además los conocimientos que tienen sobre estos problemas pueden no estar actualizados o no corresponderse con la mejor evidencia disponible. Si bien es evidente que ante una duda es posible buscar una solución de inmediato, más difícil es manejarse cuando se toma una decisión sin saber que es equivocada (GuíaSalud, 2010).

Las variaciones en la práctica pueden dividirse en variaciones justificadas e injustificadas. Las variaciones justificadas serán aquellas que ocurren por diferencias en los sistemas de salud, por diferencias en las características de la población (sociodemográficas, culturales, estado de salud, etc.) o por distintas preferencias del paciente o profesional cuando existe más de una opción aceptada científicamente (Wennberg y Wennberg, 2003). Estas variaciones son el reflejo, en parte, de la libertad de elección del paciente y de la libertad práctica del profesional sanitario y no tiene sentido su eliminación. Las variaciones injustificadas serán aquellas que aparecen una vez controlados los factores antes citados y que no aportan beneficios, son perjudiciales para los pacientes e implican una asistencia sanitaria de mala calidad (Fernández-de-Maya, Richard-Martínez, 2010).

Los factores que se han relacionado con el origen de las variaciones, tanto justificadas como injustificadas, son la inexactitud de los datos, factores dependientes de la población y factores dependientes de la oferta, incluyéndose entre estos, tanto factores del sistema sanitario como factores dependientes del profesional sanitario (Marión, Peiró, Márquez y Meneu, 1998).

En el desarrollo de la profesión, lo habitual es tener que tomar múltiples decisiones en poco tiempo y bajo la presión de las numerosas fuerzas implicadas en el proceso asistencial. Esto es válido en la toma de decisiones sobre problemas bien estudiados y con soluciones establecidas. Pero además existen muchos temas donde los clínicos pueden tener diferentes opiniones sobre el valor relativo de las diversas opciones de tratamiento o las estrategias diagnósticas de un proceso. Por



tanto es fácil que ante un mismo problema varios profesionales opten por actitudes muy diferentes (Gómez de la Cámara, 1998).

El origen de las diferencias en la toma de decisiones sobre pacientes individuales puede encontrarse en una de las siguientes causas (Casadiego, 2010):

- *Incertidumbre*: No existe buena evidencia científica sobre el valor de los posibles tratamientos o de los métodos diagnósticos.
- *Ignorancia*: Existe evidencia científica, pero el clínico la desconoce o no la tiene actualizada.
- *Presiones Externas*: El profesional conoce el valor de las pruebas o tratamientos, pero emplea otras pautas.
- *Recursos y oferta de servicios*: Al no disponer de la técnica diagnóstica o del tratamiento recomendado se utiliza una alternativa. También ocurre lo contrario, una disponibilidad elevada puede inducir a un uso excesivo.
- *Preferencias del paciente*: En la mayoría de los casos la decisión última la tiene el paciente o su familia y sus acciones varían significativamente de un paciente a otro.

Existe una amplia literatura sobre variaciones de la práctica que analiza a fondo el problema en diferentes áreas clínicas (Wennberg, 2008). Si se trata de analizar estas variaciones en cuanto a la frecuencia de uso en un centro de un procedimiento o terapéutica, se plantea el problema de definir cuáles son los límites de un uso adecuado, tanto mínimos como máximos. Para paliar estos problemas es lógico que tanto los diferentes servicios de salud como las sociedades científicas y los responsables de la política sanitaria se preocupen por generar y publicar recomendaciones sobre cómo actuar en estas circunstancias (Shekelle, 2001).

Las acciones recomendadas que ayudarían a reducir la variabilidad injustificada serían:

- Poner en evidencia la variabilidad en un procedimiento o la existencia de vacíos de conocimiento sobre sus resultados, así como diferenciar la variabilidad justificada de la injustificada (Fernández-de-Maya, Richard-Martínez, 2010).
- Mejorar los conocimientos sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de los distintos procedimientos alternativos que se pueden realizar para un mismo problema.
- Estandarización de la práctica a través del análisis crítico de la evidencia científica y la opinión de expertos en el tema, el diseño de protocolos, guías y vías clínicas y la formación continuada, teniendo siempre en cuenta el contexto sanitario específico en el que se aplicarán (Morales, Gonzalo, Martín, Morilla, Terol y Ruiz, 2003).
- Retroalimentación sobre la propia práctica y resultados.
- Técnicas de revisión y de incentivación del uso adecuado.
- Mecanismo que mejoren la participación del paciente en la toma de decisiones.
- Técnicas de benchmarking mediante comparación con los mejores de su especialidad (Delgado y Carrasco, 2000).

### **2.5.3. Guías de Práctica Clínica**

Una práctica clínica correcta incluye tomar las decisiones adecuadas en todos los pacientes. De este concepto, de protocolizar la asistencia y de la amplia variabilidad clínica observada, surgió la necesidad de disponer de herramientas capaces de ofrecer la mejor información de forma simple, rápida y transparente. Tras otras iniciativas previas, en la década de los noventa, surgieron las guías de práctica clínica. Puede entenderse que las guías representan una evolución de los antiguos protocolos abarcando dimensiones más amplias (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, Grimshaw, 1999).

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las

opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica" (Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, 1990).

Las GPC son un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos en un formato adecuado, fácilmente utilizable. Reúnen, valoran y combinan las evidencias, en relación con una decisión clínica y en todos los aspectos que podrían influir en una decisión clínica (Boucort, 2003).

Alcanzar el objetivo de mejorar la calidad en la práctica clínica requiere, inevitablemente, poner a disposición de los profesionales las herramientas adecuadas que faciliten el desempeño de sus funciones y la toma de decisiones. Entre dichas herramientas se encuentran las Guías de Práctica Clínica (GPC), que pretenden mejorar tanto la efectividad como la eficiencia y la seguridad de las decisiones clínicas contribuyendo, además, a reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica (Grupo de trabajo sobre implementación de GPC, 2009).

Las guías de mejores prácticas son una síntesis de las mejores pruebas disponibles con recomendaciones específicas para guiar la toma de decisiones clínicas (DiCenso et al 2005, Grol et al 1998). Las GPC son conocidas habitualmente como declaraciones sistemáticamente desarrolladas de las mejores prácticas recomendadas en un área clínica específica, diseñadas para proporcionar directrices a los clínicos en su práctica (RNAO, 2002). Las GPC son implantadas para facilitar el cumplimiento de uno o más de los siguientes objetivos:

- Proporcionar un cuidado eficiente basado en la evidencia actual.
- Resolver un problema en el ámbito clínico (p.ej.: mal manejo del dolor).
- Conseguir la excelencia en el cuidado proporcionado reuniendo o sobrepasando los estándares de calidad.
- Introducir una innovación (p.ej.: un nuevo tratamiento efectivo o una prueba) (RNAO, 2002).

A pesar de que el número de GPC desarrollados se va incrementando, continúa existiendo una variabilidad en la práctica del cuidado de la salud, en general (Campillo-Artero, 2005; Genuis, 2005), y específicamente en los cuidados enfermeros (Fernández-de-Maya, Richard-Martínez, 2010).

En España, si bien en los últimos años se están elaborando GPC de mejor calidad, todavía existen pocas guías realizadas con una metodología sistemática basada en la mejor evidencia científica disponible (ISCIII, 2003; Navarro-Puerto, 2005; Marzo, 2002, GuíaSalud, 2005).

Ante esta realidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo creyó necesario favorecer el desarrollo de un Programa de elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS). En el marco de este Programa se estableció un convenio de colaboración entre el Ministerio, a través de la Agencia de Calidad del SNS y las Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En este convenio se acordó definir una metodología común para la elaboración de GPC (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Las GPC abordan una amplia gama de intervenciones sanitarias. La aplicación de las recomendaciones en la práctica clínica de forma generalizada hace necesario que las GPC sean de calidad y se realicen con una rigurosa metodología. Dada su importancia, es relevante mencionar el tiempo necesario para elaborar una GPC, este tiempo no es despreciable y se estima entre 18 y 24 meses (GuíaSalud, 2015).

En este sentido, se hace oportuno destacar, que una vez desarrollada la guía, se requiere desarrollar un proceso de implementación de la GPC, el cual, tiene como objetivo conseguir trasladar las recomendaciones de una GPC a la práctica clínica. La implementación implica por tanto utilizar estrategias de comunicación efectivas para promover el cambio (Guíasalud, 2015). La implementación de una GPC requiere de un proceso de planificación donde hay que prestar especial atención al

contexto, tanto institucional como social, a las barreras y facilitadores que dificultarán o favorecerán el cambio en la práctica y, a la valoración de las estrategias de intervención que, atendiendo a lo anteriormente señalado, pueden resultar más efectivas y eficientes a la hora de culminar la implementación de la GPC de forma exitosa. La evaluación permite conocer si las estrategias puestas en marcha para implementar una GPC han tenido éxito.

Durante la última década, el interés en las GPC ha ido paulatinamente en aumento, ya que han posibilitado un punto de encuentro entre la investigación y la práctica clínica. A diferencia de los protocolos clásicos, habitualmente basados en el consenso o la opinión y una revisión narrativa de la literatura científica disponible, las GPC están desarrolladas por equipos multidisciplinares, revisan de manera exhaustiva y sistemática la evidencia, evalúan la calidad de la información, y presentan unas recomendaciones específicas y acordes con la calidad y diseño de los estudios. Las siguientes etapas de difusión, implementación y posterior evaluación de su impacto completan el ciclo para el cambio dinámico de la práctica clínica (Alonso y Bonfill, 2007).

El desarrollo e implementación de las guías clínicas son dos de los avances prometedores y efectivos para definir y mejorar la calidad de la atención (Yoos et al., 1997; Grol, 2001). Los beneficios potenciales incluyen la reducción de la morbilidad y la mortalidad, la mejora de la eficiencia y la contención de los costos (Cluzeau et al., 1994), así como proporcionar a los usuarios asesoramiento consistente y puntos de referencia comunes para evaluar su desempeño en función de los criterios medibles (Cluzeau y Littlejohns, 1999). Como marco para las decisiones, las guías también permiten a los profesionales justificar sus prácticas y legitimar sus actividades, así como trabajar en colaboración con otros proveedores de atención médica dentro de un marco común de comprensión y actividades (Parker, 2002).

#### **2.5.4. Implantación de Guías de Práctica Clínica**

Existe la preocupación de que las GPC no se utilicen de manera completa por el personal sanitario si su introducción, soporte e implantación no se realizan de una manera eficaz. Hay un fuerte apoyo a las GPC en la literatura, a pesar de algunos estudios indican un uso inadecuado de las GPC a gran escala centrados en los médicos (Bero, Grilli, Grimshaw, Harvey, Oxman & Thomson, 1998; Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995; Thomas, Cullum, McColl, Rousseau, Soutter, & Steen, 1999; Wensing, Van der Weijden, & Grol, 1998).

Las directrices de prácticas clínicas están promoviendo la reducción de la brecha entre la evidencia y la práctica, pero la aplicación efectiva y oportuna de las directrices en la práctica sigue siendo fragmentada e incoherente. Los factores que influyen en la implementación efectiva de las guías siguen siendo poco conocidos, particularmente en la enfermería. Una comprensión adecuada de las barreras y los facilitadores es fundamental para el desarrollo de estrategias de implementación de directrices eficaces y específicas (Ploeg, Davies, Edwards, Gifford y Miller, 2007).

La implementación de las guías clínicas de enfermería ha demostrado mejoras a corto plazo en el cuidado del paciente (Goode et al., 2000) y la disminución de los costos de tratamiento (Brooks 2004, Edwards et al., 2007, Davies et al.) Sin embargo, hay poca investigación sobre los resultados a largo plazo de la implementación de directrices de práctica de enfermería.

A pesar de que se han realizado numerosos estudios para evaluar la eficacia de las estrategias de implantación, éstas se han centrado en la práctica médica y no en la enfermera (Cabana, et al., 1999). Existen varias diferencias muy importantes entre la práctica médica y la enfermera que pueden influir en la transferencia de una intervención eficaz, en términos médicos, o de la práctica enfermera. Por ejemplo, el nivel de autonomía en la toma de decisiones clínica de las enfermeras del hospital está altamente relacionado y dirigido por las políticas y los procedimientos de la organización. Es por ello que, las estrategias que resultan exitosas con los médicos pueden no ser eficaces con las enfermeras.

En el contexto de la profesión enfermera en España, existe todavía una distancia sustancial entre los resultados de las publicaciones científicas y su transferencia a la práctica enfermera. A nivel nacional Ruzafa-Martínez, et al. (2011) explican que no se tienen resultados sobre estudios que describan experiencias de implantación de guías de práctica clínica u otro tipo de evidencias en enfermería.

La probabilidad de éxito en la implantación de las GPC se ve incrementada cuando:

- Se utiliza un proceso sistematizado para identificar una GPC bien desarrollada y basada en la evidencia;
- Se han identificado a los colaboradores apropiados y comprometidos.
- Se ha realizado una evaluación de la preparación del contexto para la implantación de la GPC.
- Se utilizan estrategias de implantación basadas en la evidencia dirigidas a los aspectos planteados durante la evaluación de la preparación del entorno.
- Se planifica y realiza una evaluación de la implantación.
- Se tienen en consideración de manera adecuada las implicaciones que conlleva el desarrollo de estas actividades (RNAO, 2002)

Entre las estrategias de implantación que recomienda la investigación (Bero et al., 1998; Grimshaw, et al., 1995; Grimshaw & Russell, 1993; Thomas et al., 1999) se indica que:

- La simple distribución, por ejemplo, enviar información por correo a un grupo específico, normalmente resulta insuficiente para cambiar la práctica profesional;
- Las intervenciones formativas que requieren la participación de los profesionales incluyendo seminarios específicos, visitas formativas externas e implicación de los líderes de opinión, tienen más posibilidades de promover un cambio en el comportamiento;

- Las visitas formativas de alcance son eficaces para influir en la prescripción. La opinión de los líderes es eficaz también, pero precisa una mayor investigación antes de extender su uso en la implantación de la GPC;
- Las estrategias de implantación tienen más posibilidades de éxito cuando se centran directamente en el profesional y en el paciente (p.ej., reestructuración de los registros del paciente, recordatorios específicos del paciente, intervenciones mediadas por el paciente);
- Las estrategias de implantación cercanas al usuario final e integradas en el proceso de atención sanitaria tienen mayor posibilidad de ser efectivas;
- Las intervenciones polifacéticas enfocadas a diferentes barreras frente al cambio tiene más posibilidades de ser efectivas que las intervenciones aisladas; y
- Las intervenciones basadas en una evaluación de las posibles barreras frente al cambio tienen más posibilidades de ser efectivas.

Para implantar de manera efectiva una GPC, un plan de acción bien desarrollado y redactado debería especificar los pasos para alcanzar los objetivos de la GPC. Los objetivos del proyecto deben ser específicos, medibles, y alcanzables. Esto puede parecer una tarea fácil, pero en la práctica no lo es. Las organizaciones e instituciones sanitarias tienden a establecer sus objetivos en términos amplios como “mejorar la calidad de vida de los pacientes” pero debido a que éstos son generalmente inespecíficos, también resulta imposible medirlos. Los objetivos específicos y medibles también nos permitirán evaluar el comportamiento y las acciones del grupo diana y determinar cuál es el nivel de gasto necesario para alcanzarlos objetivos (Grupo de trabajo sobre implementación de GPC, 2009; RNAO, 2012).

El plan de acción incluye probablemente una variedad de enfoques incluyendo una combinación de medios, comunidad, pequeños grupos y actividades individuales. Cuando se repite el mensaje, sencillo y claro, en muchos lugares y en muchos formatos en la totalidad de la comunidad del grupo diana, es más probable que se vea y se recuerde. La variedad de enfoques utilizados dependerá del presupuesto del programa y de lo que sea más efectivo con la audiencia a la que va destinado.



Las estrategias habitualmente o algunas veces efectivas incluyen:

- Visitas de alcance formativo.
- Recordatorios manuales o electrónicos para promover el cambio de comportamientos.
- Reuniones formativas interactivas.
- Auditorías y retroalimentación.
- Opinión de los líderes locales.
- Construcción del consenso local.
- Intervenciones centradas en el paciente.
- Estrategias de marketing (utilizando varios canales y medios para transmitir el mensaje).

#### **2.5.5 Programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO “Centros Comprometidos con la Excelencia (CCEC®)”**

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (*Registered Nurses' Association of Ontario*, RNAO), con la financiación del Ministerio de Sanidad y de cuidados a pacientes crónicos de Ontario (MOHLTC por sus siglas en inglés) inició un proyecto de varios años para desarrollar, realizar un seguimiento, evaluar y difundir las guías de buenas prácticas en enfermería. La RNAO constituyó un equipo de enfermeras e investigadores para desarrollar una herramienta que guiara a los organismos que lo desearan, en la implantación de GPC, incluyendo aquellas desarrolladas como parte del Proyecto de guías de buenas prácticas en enfermería. El trabajo del equipo se condujo de manera independiente a cualquier influencia o sesgo por parte del Ministerio de Sanidad de Ontario (MOH por sus siglas en inglés).

Esta herramienta se ha diseñado para ayudar en los ámbitos sanitarios a maximizar el potencial de las GPC, a través de su implantación sistematizada y bien planificada. También éste se diseñó para acompañar a las guías de buenas prácticas en enfermería desarrolladas por la RNAO para facilitar su implantación.

La herramienta de implantación de la RNAO proporciona una metodología para la evaluación y la identificación de guías de calidad para su implantación, además de procesos para identificar, analizar e implicar a los colaboradores que puedan apoyar varias fases de la implantación de la GPC. Ofrece además un esquema de cómo realizar una evaluación de la preparación del entorno que conduzca a la identificación de barreras específicas y factores facilitadores. Así mismo, brinda la evidencia sobre estrategias de implantación específicas actualmente disponibles. También las posibles estrategias para planificar y realizar una evaluación de la implantación y de su impacto, como ayudar a la identificación de necesidades de recursos y estrategias para desarrollar un presupuesto convincente que permita la implantación y la evaluación de GPC (RNAO, 2002).

Durante la planificación de la implantación de una GPC, se pueden unificar las actividades o las acciones propuestas en forma de plan de acción. Dicho plan de acción supondrá los medios para identificar todas las actividades y acciones que se deben realizar, identificar a las personas, grupos o comités que desarrollarán las actividades, y desarrollar una trayectoria crítica con secuencias de tiempo específicas para completar las actividades. Así mismo, comunicar el plan y el estado del proyecto de implantación a los colaboradores relevantes, monitorización del progreso y desarrollo de planes de contingencia si es necesario. Se precisará añadir acciones específicas según se vayan necesitando.

Mientras dure la implantación de la GPC hay que tener en cuenta que el plan debe ser fluido o adaptable a situaciones inesperadas, como cuando se identifica una nueva barrera. El plan debe implicar a los colaboradores clave a lo largo de todo el ejercicio de planificación. Hay que asegurarse de que están de acuerdo con el plan de acción desarrollado. El equipo de implantación debe entender muy bien el plan de acción y utilizarlo como un medio para monitorizar el progreso.

Sobre este mismo aspecto deben destacarse, comunicarse y celebrarse todos los hitos del plan de acción. Por ejemplo, cuando se inician las acciones de implantación, la celebración de un acto para el lanzamiento de la implantación supone un hito motivante.

Debería estar claro que la implantación de una GPC se convierte en una actividad continua y que la sostenibilidad de su implantación es igualmente importante. Es importante identificar a los comités, grupos o personas que continuarán apoyando, monitorizando y encargándose de los diferentes aspectos de una manera continua (RNAO, 2012).

La identificación de políticas y procedimientos, de programas de orientación, de módulos de autoaprendizaje, de programas de reposición del equipamiento, etc., pueden ser vías para asegurar la sostenibilidad. Por supuesto, las guías se van quedando obsoletas, por lo que es importante revisar regularmente la literatura para actualizarlas (RNAO, 2002).

Los factores a nivel individual, organizativo y ambiental fueron identificados como factores que influyen en la implementación de las guías. Los facilitadores incluyeron el aprendizaje sobre la guía a través de la interacción grupal, las actitudes y creencias positivas del personal, el apoyo al liderazgo, los impulsores, el trabajo en equipo y la colaboración, el apoyo a las organizaciones profesionales y las redes. Entre el personal, los líderes de proyecto y los administradores. Las estrategias de implementación de las guías de mejores prácticas deben abordar las barreras relacionadas con el individuo, el contexto social y el contexto organizacional y ambiental, y deben adaptarse a diferentes grupos de interesados (es decir, personal de enfermería, líderes de proyecto y administradores). Los administradores de atención de la salud deben reconocer los costos "reales" y la complejidad asociados con la implementación exitosa de las pautas y la necesidad de asegurar el compromiso corporativo al inicio (Ploeg, Davies, Edwards, Gifford y Miller, 2007).

La Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), Canadá, con el apoyo y financiación de su gobierno, inició en 1999 un proyecto denominado *Nursing Best Practice Guideline Program* (RNAO, 2011). La finalidad del proyecto era desarrollar, difundir, pilotar y evaluar guías de práctica clínica para enfermeras. El proyecto aún continúa activo, y son numerosos los resultados que ha conseguido. Hasta la fecha RNAO ha elaborado cincuenta y cuatro guías (43 guías clínicas, 11 guías de

entornos laborales saludables) que por su especial orientación hacia los cuidados de salud han sido denominadas Guías de Buenas Prácticas (GBP). También ha desarrollado una herramienta para la orientación en la aplicación de las GBP en la práctica clínica, y un documento para facilitar el uso de las guías a profesores que deseen incorporarlas en los programas docentes (Ruzafa-Martínez, 2011).

La RNAO desarrolla las GPB siguiendo un proceso sistemático y estructurado muy riguroso que garantiza la calidad de las mismas. Inicialmente, con la ayuda de expertos en cuidados, identificaron 5 áreas de interés sobre los que posteriormente seleccionarían los temas concretos para la realización de las guías. Las áreas generales inicialmente identificadas fueron: geriatría, atención primaria, cuidados domiciliarios, salud mental y urgencias.

Después del riguroso desarrollo de las guías, la RNAO somete a cada una de éstas a un pilotaje de implantación que es evaluado. Los resultados y hallazgos derivados del pilotaje también son incorporados a la guía mejorando los aspectos más prácticos de su aplicación.

Tras el desarrollo de las guías, RNAO lanzó una convocatoria competitiva para centros y organizaciones de salud que estuvieran interesados en pilotar las GBP desarrolladas. De este modo comenzó una iniciativa denominada *Best Practice Spotlight Organization* (BPSO). Este programa selecciona cada 3 años a los centros y organizaciones más apropiadas para la aplicación y evaluación de las GBP. Durante este periodo la asociación sirve de apoyo y orientación a los centros y si finalmente consiguen los resultados a los que se han comprometido adquieren el estatus de BPSO acreditado.

El programa se ha expandido a 92 BPSOs que representan a 450 organizaciones de todos los sectores de la salud y el mundo académico, incluyendo BPSO internacionales de Australia, Chile, China, Colombia, Sudáfrica y España. En Australia, Sudáfrica y España, hay organizaciones claves que actúan como anfitriones BPSO y con el apoyo de RNAO supervisan BPSOs en su jurisdicción,

reflejando el modelo BPSO. Otras BPSO internacionales se relacionan directamente con la RNAO, al igual que las organizaciones locales.

El programa permite a las organizaciones y a los sistemas de salud centrarse en la atención de los pacientes y la excelencia clínica, utilizando las últimas investigaciones para informar a la práctica y optimizar los resultados. El Programa BPSO ha ayudado a avanzar en las prioridades del gobierno, así como en los resultados de los pacientes, proveedores, organizaciones y sistemas de salud. Se reconoce en todo el mundo por su riguroso desarrollo de directrices y enfoque de transformación, que están contribuyendo a la ciencia, por su proceso de implementación y una metodología de evaluación robusta.

La designación de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) (BPSO, por sus siglas en inglés) comenzó en 2003 con 9 organizaciones de atención de la salud, en Ontario y Quebec, Canadá, todas ellas hospitales de atención aguda o agencias de cuidado de salud en el hogar.

La designación BPSO es una oportunidad para que las organizaciones de salud se asocien formalmente con RNAO durante un período de tres años. El objetivo de la asociación es crear culturas de prácticas basadas en la evidencia a través de la implementación sistemática de múltiples GBP de RNAO. Desde su creación, las organizaciones BPSO han utilizado y contribuido eficazmente a la ciencia, con el desarrollo de estrategias creativas para implementar con éxito directrices de buenas prácticas, mantener y difundir su aceptación. Además, las organizaciones han aumentado su capacidad para monitorear y evaluar efectivamente el impacto del BPG con el desarrollo de NQuIRE® (Indicadores de Calidad de Enfermería para Informes y Evaluación), el sistema de base de datos único de RNAO de procesos basados en evidencia e indicadores de resultados.

Las directrices que se aplican con mayor frecuencia en todas las organizaciones han sido cuidadosamente seleccionadas teniendo en cuenta diversos factores. La razón unánime para la selección de la guía a implantar es que reflejan las

necesidades del cuidado del paciente. Otra motivación para la selección de recomendaciones, incluye la alineación de las guías, con las iniciativas nacionales o locales con normas de acreditación, como una prioridad organizativa y parte de la mejora de la calidad y/o planes estratégicos de la organización.

La implementación de las GBP de RNAO ha tenido un gran impacto en los resultados de pacientes y en la práctica de enfermería. Entre las directrices que se han considerado que han tenido mayor impacto en los resultados de los pacientes incluyeron la prevención de caídas y lesiones por caídas en el adulto mayor, atención centrada en el cliente, evaluación y manejo del dolor, evaluación y manejo de las úlceras de presión en estadio IV, y por último, la integración de la cesación del hábito de fumar en la práctica diaria de enfermería y la lactancia materna.

Los resultados clave relacionados con la implementación de estas recomendaciones incluyeron una notable reducción en las caídas y lesiones relacionadas, la incidencia y la prevalencia de úlceras por presión y las infecciones de acceso vascular. También se mejoraron la cicatrización de heridas, el control del dolor, las tasas de lactancia materna, el abandono del hábito de fumar y la satisfacción general del paciente. Se informó que los resultados alcanzaron niveles de éxito por encima del promedio.

Las GBP que se cree, han tenido mayor impacto en la práctica de enfermería son: Prevención de caídas y lesiones por caídas en adultos mayores, Evaluación y manejo del dolor, Lactancia Materna, Atención centrada en el cliente e Integración de la cesación del hábito de fumar en la práctica diaria de enfermería.

Los resultados específicos de la práctica de enfermería relacionados con el uso de estas recomendaciones, incluyeron la integración consistente de las siguientes evaluaciones en el proceso de admisión del paciente: riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión, dolor, abandono del hábito de fumar y riesgo de úlcera por presión. Por otra parte, un alto grado de profesionalismo de enfermería, se reflejó a

través de los informes de continuidad de cuidados, entre turnos y al alta, y el aumento de capacitación y apoyo de liderazgo formal de las enfermeras.

Como parte de las estrategias de implementación, se anima a los BPSOs a incorporar planes de sostenibilidad relacionados con cambios en la práctica para asegurar resultados de calidad continua. Estos planes a menudo implican la creación de nuevas estructuras o reformando las existentes, así como, los procesos organizacionales existentes y que son fundamentales para facilitar el uso sostenido de GBP dentro de varios entornos de práctica.

Se han identificados 5 procesos principales incorporados por los BPSOs para asegurar el uso sostenido de las GBP: Educación del personal (97,1%), Desarrollo de políticas basadas en la evidencia (88,2%), Actividades de mejora de la calidad (88,2%), Integración de las mejores prácticas en los sistemas de documentación (82,9%), Orientación para el nuevo personal (80,0%).

La monitorización del impacto de la implementación de GBP en la práctica de enfermería y los resultados clínicos es fundamental para la sostenibilidad. Los métodos empleados con más frecuencia fueron: Auditorías para monitorizar los cambios en la práctica del personal (85,7%); Encuestas de satisfacción de pacientes (74,3%); Auditorías para monitorizar los cambios en los resultados de pacientes (80,0%).

El coaching y el apoyo de RNAO son características clave de la designación BPSO. La RNAO ha creado una serie de herramientas y estrategias para ayudar en la aplicación de las recomendaciones de mejores prácticas en sus organizaciones. Algunas herramientas y estrategias, empleadas a lo largo de la designación BPSO, han sido identificadas de impacto crítico en ciertas fases de la experiencia BPSO. Las organizaciones han identificado los apoyos y estrategias que tuvieron el mayor impacto en diferentes etapas en las actividades de práctica basadas en la evidencia. Se identificaron las siguientes 6 estrategias de apoyo como las más efectivos en todas las etapas de la designación BPSO:

- Comité Directivo BPSO / Estructura de Responsabilidad
- Organizacional (BPSO) Sitios web de Internet/Intranet (vehículo de comunicación)
- Informes de BPSO a RNAO (informes de progreso)
- Reuniones de seguimiento con RNAO
- Simposio Anual de Intercambio de Conocimientos BPSO
- Recibir Mentores por otro BPSO

El Manual de Implementación de las Guías de Buenas Prácticas fue identificado como el facilitador más importante para la etapa de planificación inicial del trabajo BPSO. En la fase inicial, se identificó que este recurso y el sitio web de Comunidades de Prácticas de RNAO-BPSO eran esenciales para guiar la educación del personal. El Instituto de Verano de BPG (Inicial y Avanzado) y el Simposio Anual de Intercambio de Conocimientos BPSO fueron identificados como los más efectivos tanto en el inicio de la implementación, como en el mantenimiento de los cambios y el mantenimiento del personal involucrado en las actividades de BPSO. La publicación y el desarrollo de artículos y las presentaciones en conferencias fueron reportadas como las más efectivas para sostener el trabajo y la participación en el sistema de datos NQuIRE (indicadores de calidad de enfermería para informes y evaluación) para la evaluación.

A través de las muchas estrategias para la implantación, basadas en la evidencia la RNAO ha apoyado con éxito a organizaciones de todos los sectores para implementar, evaluar, sostener y difundir la aceptación de múltiples GBP como parte de la designación BPSO. La designación de BPSO ha influido en el aumento y desarrollo de culturas de prácticas basadas en la evidencia en diversos sectores y disciplinas de la salud.

A través de la designación BPSO, las organizaciones de salud y académicas han avanzado para influir positivamente en los sistemas de salud provinciales, nacionales e internacionales, a través de la integración de las directrices de prácticas óptimas en su política y procesos de organización, crear alianzas con organizaciones dentro de la comunidad sanitaria para implementar BPGs, involucrar a los profesionales de la salud en una agenda de mejora de la calidad compartida



mediante la implementación de BPGs, fomentar el liderazgo del punto de atención en el personal clínico, aumentar el profesionalismo en la enfermería para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

El impacto de la designación BPSO es claramente evidente. Ha tocado a miles de profesionales de la salud y millones de pacientes, y ha impactado la práctica y los resultados de la enfermería, demostrando un enfoque altamente efectivo para la transferencia de conocimiento de la mejor evidencia a la práctica (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015).

#### **2.5.6. Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)**

A nivel nacional, la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investen-Isccii) en colaboración con el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia, constituido por el Instituto de Salud Carlos III, 14 comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) Canadá, han desarrollado el proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España.

El Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados surge en España del acuerdo entre tres instituciones comprometidas con la Práctica Basada en la Evidencia: la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro Colaborador Español JBI para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO).

Las organizaciones seleccionadas se denominan Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) y adquieren el compromiso de mantener la implantación y evaluación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) de RNAO.

El objetivo de esta acción es fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas

prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO. Con ello se pretende crear una red nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados. Un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC®), es un Centro reconocido por las instituciones convocantes como una institución implicada en la aplicación, evaluación y mantenimiento de Guías de buenas prácticas (Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs, 2017).

Conseguir los beneficios que se derivan de la aplicación y utilización continua de las GBP requiere del desarrollo de estrategias y actividades concretas orientadas a este fin. Para su planificación han contado con los 15 años de experiencia de RNAO y con los datos extraídos de la bibliografía relacionada con la implantación de GPC. Han procurado adaptar las actividades a los recursos humanos y económicos con los que se cuenta.

Para responder a los objetivos previstos, el proyecto se articula por medio de cuatro estrategias básicas organizados en cuatro bloques: 1) Traducción de las Guías de Buenas Prácticas de RNAO; 2) Difusión de las Guías de Buenas Prácticas; 3) Aplicación y Evaluación de las Guías de Buenas Prácticas. 4) Mecanismos para la sostenibilidad y continuidad del proyecto.

La primera es la traducción de las Guías de Buenas Prácticas elaboradas hasta la fecha por RNAO. La segunda estrategia, la difusión de las GBP, que pretende poner en conocimiento de toda la comunidad enfermera la existencia de estas guías, facilitando su acceso libre on-line. La tercera y cuarta estrategias pretenden fomentar y favorecer la utilización y mantenimiento de las GBP. Para ello, se ha creado una Red de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, que no solo se implique en su utilización, sino también en su evaluación y sostenibilidad.

Entre los objetivos generales que tiene este proyecto, Ruzafa-Martínez, et al. (2011) expresan que esta: el concienciar del valor de la aplicación de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) en la provisión de cuidados de excelencia basados en los mejores

resultados de la investigación, favorecer la traslación del conocimiento teórico a la práctica clínica, especialmente a través de la adaptación y aplicación del mismo; promocionar la cultura de la excelencia clínica y los cuidados basados en las mejores prácticas; colaborar en la reducción de la variabilidad en las intervenciones en cuidados, mejorando la satisfacción de los pacientes y de los profesionales de salud, así como la calidad y seguridad de los cuidados proporcionados.

De igual modo, plantean los objetivos específicos que consisten en:

- Diseminar y mejorar el acceso a las guías de práctica clínica orientadas hacia la práctica enfermera, mediante la traducción de GBP sobre cuidados y entornos laborales saludables de RNAO y facilitando su localización mediante recursos tecnológicos avanzados.
- Fomentar, facilitar y apoyar la aplicación y evaluación de las GBP en cualquier entorno de la práctica enfermera, así como en entornos docentes y académicos.
- Crear una Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados.
- Servir de centro de referencia para apoyar y compartir información, materiales y todo tipo de productos elaborados a partir de la aplicación de las GBP entre centros, profesionales de enfermería de todos los niveles, pacientes y ciudadanos.

Esta iniciativa, basada en el proyecto *Best Practice Spotlight Organization* (BPSO) de RNAO, ha creado una Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC) que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados. En términos generales, las instituciones que han solicitado o soliciten formar parte de esta iniciativa, se comprometen de forma explícita a la aplicación sistemática de prácticas basadas en los mejores resultados procedentes de la investigación en cuidados. En concreto, las instituciones candidatas a CCEC adquieren el compromiso de implantar, evaluar y mantener durante un periodo de 3 años, 2 de las guías de buenas prácticas de

RNAO como mínimo. Durante estos tres años el centro debe entregar un informe anual de las actividades realizadas, así como de los resultados que consiga con la aplicación de las GBP. Tras este periodo el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia y RNAO certificarán que dicha institución adquiere el estatus de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. Este certificado se renovará cada 2 años siempre y cuando el centro continúe con las actividades de aplicación y mantenimiento de las buenas prácticas.

Las actividades para el desarrollo de esta estrategia son:

- Convocatoria trianual de Candidatos Comprometidos con la Excelencia en Cuidados: Cada tres años se realiza un proceso competitivo de selección de las instituciones más aptas para iniciar el proceso de candidatura.
- Curso de formación inicial: Los centros seleccionados reciben formación específica sobre metodología de implantación de guías de práctica clínica. Para ello se contará con expertos del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia y RNAO.
- Seguimiento mensual por teleconferencia de los centros seleccionados: Esta actividad es fundamental para conseguir la adherencia de los candidatos al proyecto. Con esta actividad se pretende proporcionar orientación y apoyar a la Institución candidata en el desarrollo del Programa de Guías de Buenas Prácticas y la iniciativa CCEC.
- Evaluación anual de los resultados: Las instituciones candidatas deben entregar una memoria anual, y proporcionar a la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y al Grupo de Seguimiento, si lo solicita, acceso a los informes, resúmenes y análisis de los datos recogidos por la Institución, en el curso de la evaluación de las guías de buenas prácticas.
- Sesiones de trabajo entre CCEC: Se realiza un encuentro anual entre los centros candidatos a CCEC, y centros que hayan recibido certificación, y se podrá invitar a otras instituciones y personas interesadas, así como a líderes de opinión que puedan aportar conocimientos y experiencias relevantes en la

materia. El objetivo es propiciar un espacio en el que compartir lo aprendido, los materiales desarrollados y los logros con los profesionales de los cuidados de salud.

En definitiva, se trata de aplicar diversas intervenciones a nivel individual, institucional y del sistema que han demostrado ser facilitadores de la aplicación de guías de práctica clínica. Se ha demostrado que auditar el proceso de implantación de las guías y retroalimentar a los profesionales e instituciones con los resultados conseguidos tras la utilización de éstas, ayuda a su sostenibilidad y continuidad (Mead, 2000).

La evaluación de la efectividad de las guías es un aspecto fundamental que puede determinar la decisión sobre continuar o no con la aplicación de las mismas. La principal dificultad para llevar a cabo esta evaluación es la diversidad de indicadores de salud que pueden seleccionarse para ello, y la necesidad de utilizar herramientas que faciliten la recogida y almacenamiento de la información, que sea compatible con otras herramientas de medición, que pueda ser utilizada de forma online y que permita el posterior análisis.

Para lograr este objetivo se ha desarrollado una herramienta que permite analizar y procesar automáticamente indicadores que son recogidos vía online para evaluar el impacto de la implantación de la evidencia. Además, facilita la realización de estudios comparativos entre instituciones/unidades y conocer la evolución de los mismos.

Las GBP que se están implantando actualmente son: Cuidado y manejo de la ostomía; Prevención de las caídas y lesiones derivadas; Lactancia materna; Valoración y manejo del dolor; Valoración del ictus mediante la atención continuada; Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético; Así como otras guías relacionadas con entornos laborales saludables. Si bien los resultados no son finales, se están mostrando cambios relevantes en la práctica clínica y en los

resultados de salud en los pacientes, lo que ha generado grandes expectativas sobre el posible impacto de esta iniciativa.

Por parte de Investén-isciii y del CCEIJB, además de proporcionar la formación inicial a los responsables del proyecto en cada centro, se realiza un seguimiento continuo, con apoyo y orientación, así como una monitorización de la evolución y los resultados obtenidos (Abad-Corpa, Gonzalez-Maria y Moreno-Casbas, 2014).

Las instituciones acreditadas en la primera cohorte (2012-2014) son:

- G.A.E. Áreas de Salud Torrelavega-Reinosa. Hospitales Sierrallana y Tres Mares (Cantabria)
- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (Castilla La Mancha)
- Centro de Salud El Bierzo (Castilla y León)
- Hospital de Medina del Campo (Castilla y León)
- Hospital Universitari Vall d'Hebron (Cataluña)
- Hospital Doctor José Molina Orosa (Islas Canarias)
- Hospital Clínico San Carlos (Madrid)
- Hospital Rafael Méndez de Lorca y Universidad de Murcia (Murcia)

Las instituciones candidatas de la segunda cohorte son (2015-2017):

- Hospital Universitario Donostia
- Complejo Hospitalario de Navarra
- Área de Salud de Menorca
- Consorcio HUAV-HSM-Facultad enfermería Lleida
- Hospital Universitario Puerto Real
- Complejo Hospitalario Universitario de Granada
- Organización Sanitaria Integrada Debarrena
- Centro de Salud José María Llanos
- Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan
- Hospital Valle de Nalón

### **2.5.7 Candidatura Conjunta a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados: Área III de Salud Lorca y Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, Campus de Lorca**

El Centro Colaborador Español JBI convocó a nivel nacional en 2011 a las instituciones interesadas a ser candidatas a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Siendo el objetivo de esta acción es fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO, pretendiendo con ello crear una Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados.

En este marco de actuación nacional se circunscribe el presente trabajo. El Área III de Salud de Lorca de la Comunidad Autónoma de Murcia se encuentra implantando diversas guías de buenas prácticas de la RNAO. El impacto esperado de este proyecto es la mejora de la calidad de vida del paciente ostomizado, el aumento de la lactancia materna y de su duración, la mejora en la valoración y manejo del dolor, el desarrollo y mantenimiento del liderazgo en los profesionales de enfermería y la mejora en la profesionalidad de las enfermeras de esta área.

El Área III de salud de Lorca, Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca junto con la Facultad de Ciencias Sociosanitarias del Campus de Lorca, Universidad de Murcia, en concreto con el título de Grado en Enfermería presenta una candidatura conjunta a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) para la implantación, evaluación y difusión de 5 Guías de Buenas prácticas en Cuidados de RNAO. Formando así parte de un Proyecto avalado por instituciones nacionales e internacionales de referencia en la aplicación de la evidencia en los cuidados de salud como Investén-isciii, el Centro Colaborador Español JBI para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia, y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). Esta candidatura fue una de las 8 seleccionadas a nivel nacional entre 44 solicitudes para participar en la misma.

En cuanto al centro hospitalario Rafael Méndez su misión es proporcionar cuidados de enfermería de calidad a los usuarios del Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, cumpliendo todas las funciones asistenciales, docentes, de investigación y administrativas que permitan fortalecer el desarrollo de las competencias profesionales, con continuidad de los cuidados desde ambos niveles de atención. Considera su deber como centro y servicio proveedor aplicar cuidados, técnicas, herramientas y tecnología basada en la mejor evidencia científica, y las Guías de Buena Práctica Clínica de RNAO son herramientas de calidad que permiten acercar la evidencia a la práctica clínica y así lo reconocen, por lo que deben incorporarse al quehacer diario.

La visión de la que se partió y para lo que se consideró fundamental la participación en el Proyecto CCEC sostiene que para llegar a alcanzar Cuidados de Excelencia se debe desarrollar una cultura de la “evidencia”, innovación y conocimiento, que consiga cambios perdurables y duraderos en el modo de ser y hacer de la enfermería.

Por ello, se entiende que para el crecimiento y desarrollo de un centro hospitalario que incluye atención a pacientes de todas las edades y especialidades, se considera que la opción de ser Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados sirve de pilar fundamental y revulsivo para un centro que aspira a convertirse en una institución de referencia por la calidad y seguridad en los cuidados que presta en el área geográfica del sureste peninsular. Se confía en que este Proyecto permita satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familiares, de un modo integral, con un trato amable y eficiencia en el manejo de los recursos. Asegurando, además, el máximo nivel de seguridad en toda la actividad.

Con respecto a la Facultad de Ciencias Sociosanitarias, es de resaltar que en el título de Grado en Enfermería uno de los principales objetivos es que el graduado en Enfermería por la Universidad de Murcia esté capacitado para ofrecer cuidados generales de calidad y basados en la mejor evidencia disponible. Entre las



competencias del título de Enfermería destaca aquella referida a planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

El compromiso de la Universidad de Murcia para la consecución de este objetivo, fue la inclusión en el cuarto curso del Grado de la asignatura Práctica Clínica Basada en la Evidencia. En este mismo sentido, el interés de la Facultad por ser un Centro Comprometido con la Excelencia Clínica se fundamenta en que se considera primordial incluir en los programas docentes de las asignaturas con una orientación clínica aquellas Guías de Buenas Prácticas que puedan facilitar el aprendizaje teórico y práctico de los alumnos basado en los mejores resultados procedentes de la investigación. Además, la colaboración con el Hospital Universitario Rafael Méndez es una oportunidad única, que permite a los alumnos completar el aprendizaje sobre la utilización de estas Guías en el medio clínico. Todo ello, además, favorece el intercambio de actividades de aprendizaje y formación mutua entre Hospital y Facultad para facilitar el desarrollo de una cultura de la excelencia clínica y de cuidados basados en las mejores prácticas.

#### **2.5.7.1 Marco de referencia para la capacidad organizativa y clínica**

En general, la implementación de las Guías de Buena Práctica (GBP) supone para estas instituciones (Hospital y Universidad) la puesta en marcha de todo un proceso dirigido a la aplicación y consideración de las recomendaciones recogidas en ellas, con el fin de hacer uso de prácticas basadas en los mejores resultados de investigación en cuidados posibles. Aunque ha sido estudiado que las Guías de Práctica Clínica (GPC) han mostrado ser efectivas en el cambio de la práctica clínica, solo el darlas a conocer en la organización, no permite necesariamente su utilización sistemática para alcanzar el objetivo con el que fueron realizadas: ayudar al personal sanitario y no sanitario, estudiantes, pacientes y cuidadores a tomar decisiones sobre los cuidados y/o autocuidados fundamentados en el mejor

conocimiento disponible; por ello, se requiere poner en marcha estrategias que faciliten el traslado de estos conocimientos a la práctica diaria con el fin de mejorar los cuidados.

Para asegurar llegar a la máxima capacidad organizativa y conseguir la continuidad de la aplicación de las GBP durante y posterior a la implantación, se utilizó una aproximación sistemática basada en un marco teórico de referencia sobre gestión del cambio. Este marco teórico se ha basado en el Toolkit elaborado por RNAO para la Implantación de las Guías de Buenas Prácticas y en la teoría “Leading Change Framework” (Skelton-Green, Simpson and Scout, 2007). Dicho marco ha servido de referencia y ha orientado el proceso de implantación de las guías clínicas y del entorno laboral de donde se han implantado. El equipo de implantación creado para tal fin ha seguido los pasos, y ha utilizado los recursos e instrumentos descritos en el Toolkit en colaboración con los equipos que lideran la implantación y evaluación de cada una de las GBP. Además, para asegurar el máximo acuerdo en la organización, construir una cultura de cambio, y asegurar la continuidad de los logros conseguidos y del conocimiento adquirido durante el proceso, el equipo de implantación ha utilizado el Leading Change Framework (2007) para guiar la planificación del proyecto.

Este marco conceptual describe 3 aproximaciones interrelacionadas que incluye: Desarrollo de una estrategia, Captación de personas clave y Gestión del proyecto. El enfoque de la implementación, está dirigido al diseño y ejecución de un proceso planificado para la introducción sistemática de sus recomendaciones, que sin embargo, no será un proceso estático ni rígido, ya que el contexto, las características específicas de la población usuaria, las barreras y facilitadores que condicionan su utilización, y los recursos disponibles, a la hora de establecer estrategias que faciliten su puesta en práctica, hacen necesario entender el proceso de implementación como un proceso dinámico.

Durante la preparación de la solicitud a esta candidatura el Equipo de Implantación incluyó a personas claves del hospital y la facultad, con la finalidad de presentar un

Proyecto acorde con los objetivos de ambas instituciones, y cuenta con el apoyo institucional en todos los aspectos que se deriven de la planificación propuesta.

#### **2.5.7.2 Cuidados de excelencia a través de la evidencia: antecedentes y estrategias del Hospital Universitario Rafael Méndez y la Facultad de CC Sociosanitarias**

El Hospital Universitario Rafael Méndez (HURM) es un hospital comarcal universitario que forma parte del Área III de Salud Lorca del Servicio Murciano de Salud, que además cuenta con 2 centros de especialidades médicas, 10 centros de salud de atención primaria y 28 consultorios periféricos. El centro hospitalario tiene carácter docente y está afiliado a la Universidad de Murcia con la que pretende aumentar las actividades de colaboración, con la finalidad de mejorar la excelencia en el cuidado del paciente mediante la solicitud conjunta de esta candidatura. Además, como fruto de esta colaboración y como resultado del proceso de evaluación del proyecto en cada una de sus fases se han realizado trabajos de investigación, tesis doctorales y de máster, así como artículos y comunicaciones científicas que sirven de medios para la difusión de los resultados del trabajo realizado como Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados.

El HURM cuenta con 5 unidades de hospitalización médico-quirúrgica que incluye: medicina interna, traumatología, cirugía general y cirugía de especialidades, una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos polivalente y el Servicio de Urgencias Hospitalarias, además de las unidades de maternidad, pediatría y paritorio. También cuenta con servicios de radiología y laboratorio, consultas externas y hospital de día médico y quirúrgico.

Por otra parte, el hospital es centro universitario por lo que asume la docencia de 280 alumnos de enfermería procedentes del Grado impartido en la Facultad de CC Sociosanitarias. Además, se ha de destacar que en el Grado de Enfermería, se han incorporado profesores que son personal del HURM y que forman parte del Equipo

de Implantación de las GBP, lo que facilita la coordinación y obtención de los objetivos previstos en el proyecto.

El compromiso del Hospital U. Rafael Méndez en la mejora de los cuidados de excelencia no es algo nuevo. Este centro dentro de su Plan Estratégico de Calidad de los Cuidados desde el año 2006 forma parte del GREMCCE (Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería) de Murcia. Además, el Acuerdo de Gestión del Área en General y el Plan de Gestión de la División de Enfermería en particular, incluyen la evaluación de diversos indicadores de calidad del cuidado de enfermería.

Con motivo de la implantación de las GBP se desarrolló y amplió un Plan de Gestión de la División de Enfermería cuyos objetivos son:

- a) Mejorar la calidad de los cuidados y la atención prestada a los pacientes y familias
- b) Favorecer y facilitar actividades dirigidas a vigilar la seguridad del paciente
- c) Fomentar actividades orientadas a trasladar el conocimiento científico a la práctica clínica
- d) Elevar el número de actividades de formación e investigación en el ámbito de los cuidados
- e) Compartir los resultados y el conocimiento adquirido con otras instituciones y profesionales de la salud.

El Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca es un Hospital comarcal que cuenta con 286 camas. Está formalmente afiliado a la Universidad de Murcia y a otras instituciones académicas. Además, la Facultad de Ciencias Sociosanitarias forma parte del proyecto. Por tanto se cuenta con medios técnicos, humanos y la infraestructura suficiente para cumplir con los requisitos exigidos para llegar a ser un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

Actualmente el HURM se encuentra inmerso en la implantación y desarrollo del sistema informático SELENE a nivel hospitalario con el fin de informatizar toda la asistencia realizada. Así mismo, se cuenta con un Servicio de Información que brinda su apoyo y asistencia para todos los aspectos de informatización de los procesos, elaboración de programas de registros, asesoramiento en la gestión de datos y mantenimiento de los mismos durante la duración del proyecto y en el futuro para el mantenimiento de sus resultados. Podemos contar con el equipamiento disponible en el centro en la medida que las capacidades lo permiten.

Además de ser un centro dedicado a la asistencia y a la Formación también se dedica a la investigación, contando con sendas áreas de Calidad e Investigación y Formación y Docencia, de las cuales se ha obtenido el compromiso de participación y apoyo. Además, 3 de los miembros del Comité Responsable del Proyecto de Implantación son profesores académicos que imparten docencia en el Grado de Enfermería, han realizado un Master y está previsto que parte del trabajo científico que se realice con la evaluación de la implantación puedan resultar otros trabajos de investigación. Además, se cuenta con profesores asociados clínicos que aportarán su apoyo a los estudiantes de la Facultad que realicen las prácticas en el centro hospitalario, facilitando el trabajo coordinado entre ambas instituciones.

Por otra parte y seguro la más importante, se cuenta con el apoyo del equipo directivo en todos sus estamentos en la medida de sus capacidades: Gerencia, Dirección de Gestión y Recursos Humanos, Dirección Médica, y por supuesto la Dirección de Enfermería quién forma parte del equipo que lidera la implantación conjuntamente con la Facultad CC Sociosanitarias.

### **2.5.7.3 Organización del proyecto**

De forma global la Implantación y Evaluación de la Guías ha seguido un proceso similar basado en las fases de implantación de Guías según se describen en el Toolkit desarrollado y publicado por RNAO (RNAO, 2007). El proceso se inició con la detección de problemas o déficits en cuidados que por su magnitud, su

capacidad de impacto, o por la variabilidad en la práctica clínica al respecto, resultado susceptible de ser abordado con una GBP. El siguiente paso consistió en seleccionar las GBP más apropiadas. Por supuesto, para seleccionar la GBP se ha tenido que buscar entre aquellas que abordan, de la forma más específica posible, los aspectos sobre los que deseamos incidir con el proceso de implantación.

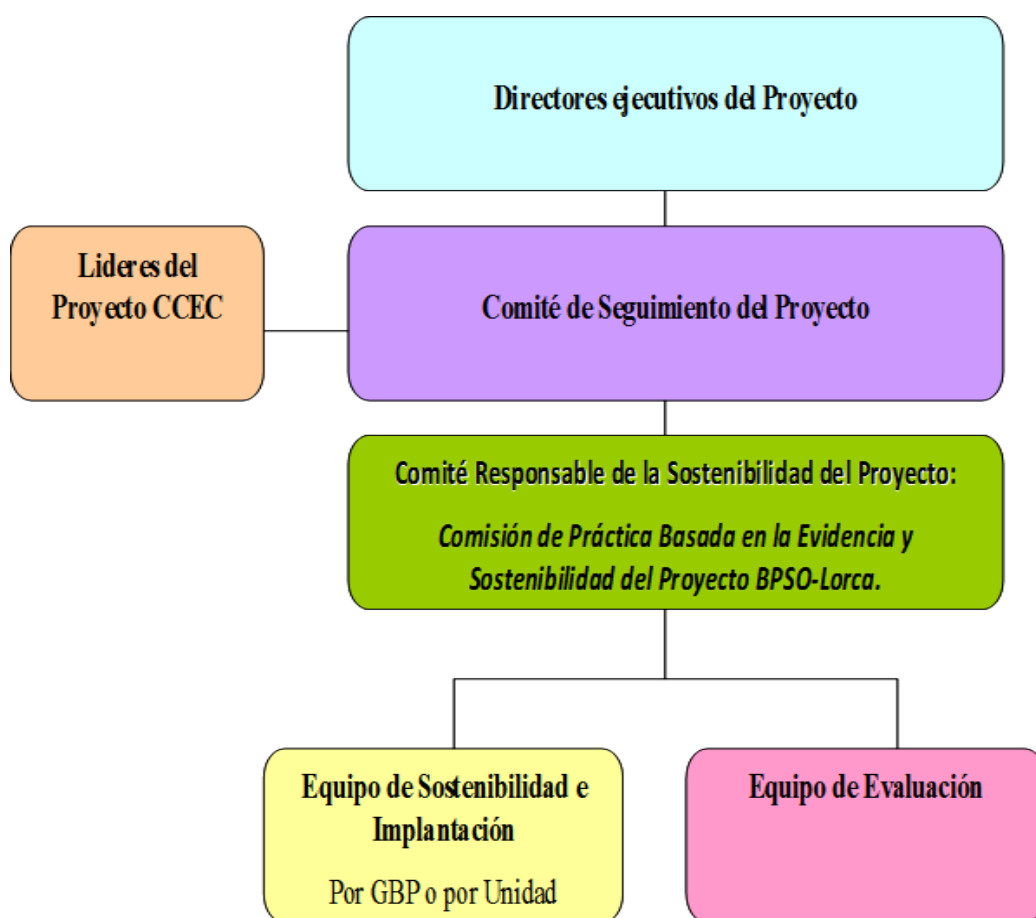
Una vez aprobada la solicitud y para cada una de las GBP seleccionadas, se realizó una evaluación de los recursos disponibles, la viabilidad de la implementación de las recomendaciones y la posibilidad de evaluación, conjuntamente la Dirección de Enfermería, la Dirección de Gestión, la Dirección Médica y el Servicio de Sistemas de Información. Este proceso precisó de un equipo humano que aporta información sobre los individuos, los grupos y la organización en la que se han implementado las GBP seleccionadas y que, además, asumen las funciones de dirección y ejecución, por lo que se constituyó un equipo básico responsable y un equipo implementador por guía. Así mismo se realizó la identificación de la población diana de cada una de las GBP a implantar, el ámbito geográfico y los niveles asistenciales implicados.

De forma particular para cada Guía se realizó un análisis de las personas, organismos, y asociaciones, en definitiva de agentes internos y externos que son colaboradores en el proceso de implantación. Es fundamental contar con el mayor número de actores que conozcan los objetivos del proyecto y que desde su rol participen en el mismo. A continuación, como una etapa clave el diseño de las actividades de implantación y conjuntamente de evaluación de la Guía, al tiempo que se desarrollan las estrategias empleadas se debe establecer qué debe ser evaluado, qué información debe recogerse, las fuentes de información disponible y los instrumentos para recogerla, así como el diseño más apropiado para la realización de esta evaluación.

Se ha considerado como en todo estudio de la calidad, la identificación de barreras y facilitadores del proceso, además del diseño de estrategias de intervención. Posteriormente se pusieron en marcha las estrategias, y el pilotaje de la

intervención, lógicamente con una evaluación continua. Cuando ha sido necesario se consideró la replanificación de la implantación. Para llevar a cabo el Proyecto de implantación y evaluación de la GBP de RNAO se ha creado una estructura jerárquica compuesta por diversos equipos de trabajo con distintas responsabilidades:

**Figura 1. Estructura organizativa del Proyecto CCEC®**



Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla 22. Comités y equipos responsables del Proyecto Diciembre. 2016**

	Miembros	Responsabilidad
<b>Directores ejecutivos del proyecto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D Catalina Lorenzo Gabarrón . Área III de Salud</li> <li>• D<sup>a</sup> Juana Gutiérrez Aranda. Directora de Enfermería Área III.</li> </ul>	Responsables ejecutivos del proyecto

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D. David Iyú Espinosa. Decano de la Facultad de CC Sociosanitarias. Universidad de Murcia</li> </ul>	
<b>Comité de Seguimiento del Proyecto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D. Director Gerente: Catalina Lorenzo Gabarrón</li> <li>• Director Médico: M<sup>a</sup> José Martín Castelló</li> <li>• Subdirector Médico: Concepción Ortega Linares</li> <li>• Director Gestión: José Tomás Serrano</li> <li>• Subdirector Gestión: Luíís Cubí Meseguer</li> <li>• Director Enfermería: Juana Gutiérrez Aranda</li> <li>• Subdirector Enfermería: Guadalupe Gómez González</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsables del seguimiento de cada una de las fases de implantación y evaluación</li> <li>- Supervisión de los cambios que se puedan producir en la marcha del proyecto</li> </ul>
<b>Comité Responsable de la Sostenibilidad del Proyecto: <i>Comisión de Práctica Basada en la Evidencia y Sostenibilidad del Proyecto BPSOLorca.</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D. Miguel Ángel Martínez González. Supervisor Unidad Hospital de Día/Líder Local Proyecto/Colíder Guía Ostomía.</li> <li>• D<sup>a</sup> Solanger Hernández Méndez. Supervisora Área Calidad e Investigación/Líder Local Proyecto/Líder Guía Profesionalidad.</li> <li>• D<sup>a</sup> María Ruzafa Martínez. Profesora Titular Facultad de Enfermería UM. Líder Proyecto Local</li> <li>• Juana María Gutiérrez Aranda. Líder Guía Liderazgo</li> <li>• Francisco David Harillo Acevedo. Líder Guía Lactancia Materna</li> <li>• Guillerma Soto Martínez. Líder Guía Ostomías</li> <li>• Francisca Tudela Urrea. Líder Guía Dolor.</li> <li>• Miguel Díaz Serrano. Líder Guía Caídas.</li> <li>• Eva María del Cerro Hidalgo. Matrona</li> <li>• José Manuel Roble Brabezo. Supervisor Área de Servicios Centrales</li> <li>• M<sup>a</sup> Dolores Sánchez Sánchez. Supervisora Área de Gestión de cuidados.</li> <li>• Jesús Jiménez Murcia. Supervisor Unidad de Formación y Docencia.</li> <li>• Carmen López Baenas. Supervisora Unidad de Cirugía General.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsables del desarrollo y ejecución del Plan según el Cronograma previsto.</li> <li>- Responsables de las modificaciones al proyecto que se puedan plantear según los resultados que se vayan obteniendo.</li> </ul>
<b>Equipos de Implantación de las Guías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Están conformados según las características de la Guía a Implantar:</li> <li>• Líder de la Guía: responsable de la implantación y sostenibilidad de la Guía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsables de llevar a cabo las estrategias y actividades de implantación y sostenibilidad así como de colaborar en la evaluación</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsores del equipo interprofesional (Enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, etc.) que forman parte de cada equipo.</li> </ul>	de la misma.
<b>Equipo de Evaluación</b>	<p>D. Miguel Ángel Martínez González. Supervisor Unidad Hospital de Día</p> <p>D<sup>a</sup> Solanger Hernández Méndez. Supervisora Área Calidad e Investigación</p> <p>D<sup>a</sup> María Ruzafa Martínez. Profesora Titular Universidad de Murcia.</p> <p>D. Francisco David Harillo Acevedo. Líder Guía Lactancia Materna</p> <p>D<sup>a</sup> Francisca Tudela Urrea. Líder Guía Dolor.</p> <p>D. Miguel Días Serrano. Líder Guía de Caídas</p> <p>D. Ignacio Martínez Soriano. Responsable de TIC y Datos del Área III.</p> <p>Líderes de los Equipos de cada Guía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación de la evaluación de las Guías.</li> <li>- Elaboración de un proyecto para la evaluación de los cambios producidos antes y después de la implantación de las Guías.</li> </ul>

Figura 2. Organigrama 2016 del Proyecto CCEC®.



## **2.6. Proceso de Implantación de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO® en el Área III de Salud de Lorca y Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia**

El programa ha consistido en implantar, evaluar y mantener las Guía de Buenas Prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario: Cuidado y Manejo de la Ostomía, Valoración y Manejo de Dolor, Lactancia Materna, Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo y Profesionalidad en Enfermería desde el año 2012; la guía de Prevención de Caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores desde el año 2015 y la guía de Atención y Apoyo a las familias antes circunstancias previsibles e inesperadas desde el año 2017. La metodología de implantación está fundamentada en la “Herramienta de implantación de guías de buenas practicas de la RNAO, la cual está basada en la literatura científica y en opiniones de expertos (RNAO, 2007).

### **2.6.1. Implantación de Guías de Buenas Prácticas: Justificación, alcance, actividades, sostenibilidad**

Para la elección de las GBP en primer lugar, se determinó cuáles son las necesidades a través de diversas herramientas de identificación y priorización de oportunidades de mejora que se realizan en el centro de forma más o menos rutinaria. Además se han empleado métodos de análisis de problemas de calidad de los cuidados, centrándonos en aquellos resultados con especial implicación para los profesionales de enfermería. También se han obtenido informes de aquellas personas y profesionales clave en el centro y que tienen una visión global del funcionamiento de la institución, los recursos con los que se cuentan y las áreas de priorización según el Plan de Gestión como el Director de Enfermería, Subdirectora de Enfermería, el Gerente, etc.

Sumando todos estos factores, teniendo en cuenta el interés para enfermería, el trabajo previo realizado, y los recursos con los que se cuentan y en los que se

podrá hacer mayor hincapié y tras el análisis realizado y una vez revisadas las Guías de RNAO se optó por seleccionar 5 guías (3 de carácter clínico y 2 de entornos laborales saludables):

- Cuidado y manejo de la Ostomía
- Lactancia materna
- Valoración y manejo del dolor
- Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en enfermería
- Profesionalidad en enfermería

Después de analizar las áreas de mejora, producto de diversas evaluaciones realizadas en el centro, el Comité Responsable del Proyecto de Implantación, procedió a revisar las Guías de Buenas Prácticas disponibles, seleccionándose las mencionadas, por determinar consensuadamente que las mismas, por su actualidad, evidencia y metodología, son la mejor herramienta disponible, que orientará y permitirá alcanzar los objetivos establecidos en el Plan de Gestión.

***Personal implicado en el proyecto:***

*Durante el periodo 2012-2016 el personal implicado en el proyecto es:*

- *Área III de Salud:*
  - N° de impulsores enfermeras/auxiliares de enfermería: 195
  - N° de impulsores de otras profesiones: 26
  - Porcentaje de impulsores enfermeras/auxiliares respecto a la plantilla de enfermeras/auxiliares de la institución: enfermeras/auxiliares/impulsores=49.36%
  - N° de colaboradores de cualquier profesión: 74
  
- *Facultad de Ciencias Sociosanitarias:*
  - N° de profesores impulsores: 17 (Algunos Profesores también son profesionales del área)

- Porcentaje de profesores impulsores respecto a la plantilla de la Facultad: 45.44%
- N° de alumnos colaboradores: 100

Además de los Comités de Seguimiento y Responsable de Implantación cada Guía de Buenas Prácticas a implantar, se cuenta con un Grupo Específico responsable de la implantación de la guía correspondiente.

Para agilizar la comunicación y el acceso a la información, se realiza un trabajo en red con otros BPSO (acreditados o candidatos, nacionales o extranjeros), tanto de nuestra cohorte como de la segunda cohorte, básicamente a través de los aplicativos informáticos Dropbox, Google Drive y vía mail, donde se comparte de forma sincronizada, todo aquel material elaborado (circuitos, información a pacientes, algoritmos de funcionamiento etc.). A nivel local se han constituido grupos de Whatsapps: Uno general de todos los grupos de trabajo y uno por cada guía, donde participan los líderes e impulsores de cada guía.

***Plan de Sostenibilidad del Programa:***

- Potenciar la autonomía de las guías, en cuanto a la forma de trabajar:
  - a) Reuniones mensuales de líderes y coordinadores del proyecto. Acta de reunión se envía a Dirección del Área para mantenerlos informados del desarrollo del proyecto.
  - b) Reuniones mensuales de cada una de las guías con impulsores y coordinadores. Acta de la reunión se envía a Equipo coordinador del proyecto.
  - c) Cada guía deberá tener personas asignadas dentro de su guía para la realización de las actividades que deriven de la implantación o sostenibilidad de la misma (puesta al día del censo, redacción de actas. Redacción de noticias para el newsletter, actualización de recomendaciones).

- Captación de impulsores y coordinadores que vaya más allá de la división de enfermería. Intentar que no se vea el proyecto únicamente como un proyecto de enfermería y sí del área.
- Encontrar nueva persona de referencia en la universidad. Tras nuevos intentos de captación, aún ha sido imposible encontrar una nueva persona de referencia. Creemos fundamental tener una persona que coordine la actividad directamente relacionada con las guías.
- Elección de la nueva guía. Se ha ofrecido una persona voluntaria para liderar y asumir la implantación de otra guía “Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas”. Pendiente de reunión del equipo coordinador del proyecto con ella para establecer líneas de trabajo.
- Nuevo calendario de formación y captación de impulsores para cada una de las guías. Ya se ha establecido junto con el supervisor de formación del Área un calendario con dos ediciones con durante 2017, la primera en febrero y la segunda durante el último trimestre. Pendiente de calendario de formación específico de cada una de las guías
- Mejorar la automatización y explotación de indicadores de las guías para poder dar un feedback más continuo a dirección, equipo coordinador del proyecto, líderes, impulsores, colaboradores, etc.
- Mejorar difusión del proyecto:
  - a) Continuar con la publicación bimensual o trimestral de la newsletter
  - b) Cartelería con indicadores de guías para feedback del personal.
- “Día del proyecto”. Establecer alguna fecha señalada al año para intentar hacer una “fiesta” o “celebración” con algún tipo de iniciativa (concursos, premios etc) temática del proyecto.

## **A. Guía Lactancia Materna**

En el Área III de Salud Lorca de la Región de Murcia se realizó una evaluación de la organización con los criterios de la UNICEF para obtener la acreditación Hospital Amigo de los Niños de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia® IHAN. En dicho informe, se pudo valorar aquellos

criterios que no se cumplen, especialmente por la variabilidad de la práctica entre profesionales, aunque se continúe trabajando por mejorarlo. De dicha evaluación y en un primer diagnóstico se observó que:

- El porcentaje de recién nacidos que al alta son amamantados con lactancia materna exclusiva es inferior al esperable 40,95% (726 casos de 1173 niños nacidos vivos)
- No existen registros sistemáticos de los biberones solicitados por la madre o familiares, ni de su justificación para ello.
  
- Escasa cumplimentación de los registros sobre la información aportada a las madres, problemas detectados y soluciones aportadas para el amamantamiento.
  
- Se es permisivo o no se hace un control exhaustivo del uso de chupetes y complementos con tetinas que los familiares y las madres traen.
  
- En el momento del alta no existe un protocolo de información sobre grupos de apoyo u otros medios de ayuda domiciliaria.

La lactancia materna es la forma de nutrición ideal para los lactantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los lactantes reciban lactancia materna exclusiva hasta los seis primeros meses de vida. Así mismo, está demostrado que los centros e instituciones deben aspirar a recibir la acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia® IHAN. La obtención de la acreditación Hospital Amigo de los Niños para el Área III de Salud y específicamente para el Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca es un logro al que aspira poder llegar. Con la implantación y evaluación de la Guía Lactancia Materna se pretende:

- Aumentar el porcentaje de recién nacidos al alta amamantado con LM exclusiva.
- Establecer un protocolo estandarizado sobre LM conocido y aplicado en las unidades seleccionadas.

- Mejorar la información y la satisfacción de las madres, padres y familiares sobre el amamantamiento.
- Unificar el sistema de registro y aumentar los niveles de cumplimentación del mismo.

*Responsable:* Matrón Área Obstétrico Pediátrica.

*Equipo y personal involucrado:*

- 1 Supervisora Área Obstétrico Pediátrica
- 1 Supervisora Unidad Maternidad
- 1 Supervisora Unidad Pediatría
- 8 Matronas
- 20 Enfermeras
- 10 Auxiliares de Enfermería.
- 1 Ginecólogo
- 1 Pediatra

La implantación de la Guía de Lactancia materna se ha realizado en:

➤ *Área III de Salud Lorca:*

- *Atención Hospitalaria:* Maternidad, Pediatría, Paritorios, Quirófano.
- *Atención Primaria:* Consulta de Pediatría y Matronas. *Centros de Salud del Área III:* C.S. Lorca Centro, C.S. Lorca San Diego, C.S. Lorca Sutullena, C.S. La Viña, C.S. Totana Sur, C.S Totana Norte, C.S. Águilas Sur, C.S. Águilas Norte, C.S. La Paca, C.S. Puerto Lumbreras.

➤ Facultad de Ciencias Sociosanitarias:

La Guía de Lactancia Materna se incluye en el contenido de la asignatura Atención a la Salud de la Comunidad impartida a los alumnos de 2º curso del Grado en Enfermería y la asignatura Enfermería de la Infancia y Adolescencia impartida a los alumnos de 3º curso del Grado en Enfermería.

- *Protocolos, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*
  - Protocolo de Lactancia Materna del Área Materno Infantil
  - Protocolo de Contacto piel con piel
- *Registros, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*
  - Actualización del registro de Lactancia en la Historia Clínica Electrónica Selene
- *Materiales, herramientas o recursos generados.*
  - Posters/cartelería: Realizados y Aportados por grupo de Apoyo a la lactancia. Material aceptado por la Dirección del hospital y comité de lactancia materna que cumple las recomendaciones de la Guía de Lactancia Materna.
  - Revisión del Folleto: *AMAMANTAR EL MEJOR COMIENZO. Material editado por la Dirección General de Salud Pública que cumple las recomendaciones de la Guía de Lactancia Materna*
  - Video Lactancia Materna en las unidades de maternidad y pediatría (“El pecho o tiene horarios”), de forma ininterrumpida y gratuita..
- *Actividades más relevantes realizadas.*
  - Realización de la Autoevaluación del IHAN
  - Constitución de la comisión de lactancia, sus miembros asistirán en su horario laboral
  - Creación de sala de lactancia materna
  - Creación de sala madres-padres para descanso, comida ,higiene para el máximo tiempo los padres estar con el bebé, ya que se realiza una política de puertas abiertas 24h en la unidad
  - Aumento del número de sacaleches en las unidades.
  - Captar los grupos de apoyo de lactancia materna del área



- Las representantes de los grupos de LM ha sido incluidas en la Comisión de LM del Área III.
- Cartelería para toda el área maternidad, pediatría, CCEE y AP
- Charlas en la unidad de hospitalización todas las tardes de lunes a viernes unas 2 horas por las tardes para mejorar autoeficacia LM
- Formación de 24 horas de lactancia práctica e individual en planta de maternidad y paritorio liberando de carga asistencial a la matrona impulsora
- Mejoras de las deficiencias técnicas (ordenadores) para la difusión del vídeo el pecho no tiene horario en AP.
- Creación de agenda en OMI de la consulta de lactancia materna para que conste la actividad
- Se organiza un circuito junto con AP para valoración y/o frenectomía si procede de los frenillos detectados en AP y hospital.
- Llamada telefónica/visita puerperal a las 48-72 h
- Se ha elaborado un registro informático de acceso a las matronas de AP para que conozcan qué mujeres han dado a luz de su zona.
- Puesta en marcha de la consulta de LM en AP. En los 8 Centros de Salud se ha incluido una consulta en el control de embarazo para valorar las intenciones de LM, el entorno, sus conocimientos y se van a hacer intervenciones educativas en esa línea, respetando siempre la decisión de las madres.
- Valorar tratamientos medicamentosos de la madre e informar sobre la posibilidad de mantener la LM con la mayoría de fármacos página web [e\\_lactancia.org](http://e_lactancia.org).
- Se captan nuevos miembros para la comisión de lactancia materna.
- Formación básica en lactancia del personal del área materno infantil tanto en especializada como en Atención Primaria. Además de la realización del curso de impulsores propuesto para 2017.
- Preparar documentación para solicitar la primera fase acreditación IHAN tanto en el hospital como en uno de los centros de salud del Área.
- Creación y puesta en marcha de protocolo de contacto piel con piel tras las cesáreas y de prescripción de sucedáneos.

- Informatización para la extracción de datos.
  - Se continua con reuniones periódicas del equipo para toma de decisiones, relacionadas con la selección de recomendaciones de las guías, revisión del plan de acción.
  - Análisis de las barreras y establecimiento de estrategias.
  - Formación continua acreditada incorporada al Plan de Formación del Área.
  - Reuniones de la comisión de lactancia.
  - Mantenimiento de sala de lactancia materna
  - Mantenimiento de sala madres-padres para descanso, comida ,higiene para el máximo tiempo los padres estar con el bebé, ya que se realiza una política de puertas abiertas 24h en la unidad
  - Video Lactancia Materna en las unidades de maternidad y pediatría (“El pecho o tiene horarios”), de forma ininterrumpida y gratuita.
  - Se continua con Llamada telefónica/visita puerperal a las 48-72 h
  - Mejora de registro informático de acceso a las matronas de AP para que conozcan qué mujeres han dado a luz de su zona.
  - Mejoras y mantenimiento de la consulta de LM en AP.
- *Cambios en la práctica que se han producido.*
    - El personal del área materno infantil se ha concienciado de la importancia que tiene la promoción de la lactancia materna tanto para el niño como para la madre. Lo más importante es que todo el personal comienza trabajar en la misma dirección en cuanto a la lactancia materna, basándose en la mejor evidencia científica.
    - Mejoras en la Implantación de política de puertas abiertas las 24h en las unidades de maternidad y pediatría.
    - Fomento método canguro
    - Habitación para madres dadas de alta con niño ingresado en neonatología para que cohabiten siempre que las condiciones clínicas neonatales lo permitan.
    - Se ha incorporado en informe de alta hospitalaria grupos de apoyo de lactancia materna de la zona.

- Registro en fines de semana en el formulario por parte de enfermería
  - Se ha pactado con los Jefes de Servicio que tanto en pase de visitas de bebés y de las madres no se interrumpan la tomas de lactancia.
  - No entregar biberones a solicitud de padres sin justificación o prescripción médica.
  - Celebración de la mejora de datos y extensión de la felicitación a los profesionales. Creación de panel informativo.
  - Llamada telefónica. Esta actividad ha hecho que se adelante 2 días la valoración de la LM, “esencial” para identificar lactancias dificultosas.
- *Formación realizada, respecto al número de cursos, talleres u otros y el título de cada uno.*
    - Curso sobre solución de problemas en la lactancia materna.
    - Curso de captación de impulsores para la guía de lactancia materna.
    - Curso lactancia materna
    - Curso teórico-práctico de lactancia materna.
    - Curso cuidados centrados en el desarrollo –lactancia materna.
    - Atención al recién nacido en paritorio y planta. Lactancia materna

Están incluidos en el plan de formación del área y están acreditadas. Se realizan varias veces año.

- *Cambios se han producido en las estructuras e infraestructuras de la institución y que favorezcan la sostenibilidad*
  - Se está llevando a cabo la creación de una nueva área de paritorios y quirófano donde se están adaptando todos los requisitos necesarios para que se puedan llevar a cabo las recomendaciones de la guía.
  - Se ha implantado una comisión de Lactancia Materna Interdisciplinar.
  - Se ha elaborado y aprobado la política de lactancia materna del área.

- Llamada telefónica.
  - Puesta en marcha de la consulta de LM en AP.
  - Se evalúa la intención de amamantar desde la semana 32.
  - Se Facilita la 1ª visita del recién nacido y sus progenitores al CS por el personal administrativo, a ser posible antes del 5º día independientemente de que posea o no Tarjeta Sanitaria (lo hacemos al cambiar la fecha de visita al 2º-3er día tras el alta
  - Los profesionales conocen las pocas contraindicaciones maternas y del niño para la LM
  - En el Hospital y tras el curso práctico se están haciendo valoraciones de frenillo o anquiloglosia y se da tratamiento quirúrgico por parte de Dr Mula para evitar que lleguen a AP con este problema, si este no se hubiera identificado los pediatras de AP derivarán a Dr Mula dichos recién nacidos.
  - Se ha iniciado un plan de acción para solicitar ser IHAN
  - Se realizarán folletos para pasar a pediatras y consultas privadas
  - Mujeres con niños ingresados. Coordinación entre maternidad y pediatría para facilitar la LM.
  - Realizar contacto piel con piel en cesárea.
  - Video del pecho no tiene horario se pondrá en la red interna
  - Formación para nuevos contratados y otros profesionales, residentes y otros profesionales.
  - Cursos personalizados por parte de la matrona al personal de nueva incorporación y cuando se requiere.
  - En las nuevas obras de paritorios quirófono se ha tenido en cuenta las recomendaciones de la Guía de Lactancia Materna para la distribución de los espacios.
- *Plan de Sostenibilidad de la implatación de la Guía de Lactancia Materna:*
    - Formación básica en lactancia del personal del área materno infantil tanto en especializada como en Atención Primaria. Además de la realización del curso de impulsores propuesto para 2017.

- Preparar documentación para solicitar la primera fase acreditación IHAN tanto en el hospital como en uno de los centros de salud del Área.
- Creación y puesta en marcha de protocolo de contacto piel con piel tras las cesáreas y de prescripción de sucedáneos.
- Análisis de la situación actual. Jornadas de concienciación.
- Informatización de extracción de datos.

## **B. Guía Valoración y Manejo Del Dolor:**

El HURM participa en el Proyecto Hospital sin Dolor. Se cuenta con un sistema de evaluación periódico el cual ha arrojado los resultados de la evaluación o diagnóstico de la situación. Los datos muestran resultados en los indicadores de evaluados por debajo de los niveles considerados recomendables. De forma resumida, se observa que solo está implementada la valoración del dolor (Escala EVA) en dos unidades de hospitalización de un total de 8 unidades, con un nivel medio de cumplimentación del mismo. Existe un procedimiento de actuación para llevar a cabo dicha evaluación, esta no se lleva a cabo, por divergencias de opinión, conocimientos, e implicación de los distintos estamentos profesionales. Existe una unidad del dolor, pero actualmente solo esta conformada por anestesistas.

En el hospital se realizaban esfuerzos para conseguir valorar y manejar el dolor, sin embargo, estos esfuerzos estaban dispersos en diversas unidades y estamentos profesionales. Se había conseguido implantar una escala de dolor (escala EVA), pero con bajos-medios niveles de cumplimentación por parte del personal y sin ningún tipo de manejo del mismo de forma homogeneizada y/o protocolizada, lo que genera la frustración parte del personal y la insatisfacción por parte de los usuarios. Existe un procedimiento para el manejo del dolor pero no está consensuado entre todos los profesionales ni es conocido en el centro. La implantación de esta GBP nos permitiría seguir unas recomendaciones basadas en la más actualizada evidencia que existe, actualizar el conocimiento del personal, disminuir la variabilidad y homogeneizar el proceso, especialmente en cuanto al manejo del mismo.

Por tanto, los objetivos planteados son:

- Aumentar la tasa de evaluación de los pacientes de cirugía mediante la escala de dolor.
- Establecer un protocolo consensuado de actuación según los niveles de dolor detectados.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales en el manejo de los pacientes con dolor.
- Desarrollar un sistema de información consensuado que permita la transmisión segura y fluida de datos.
- Reducir los niveles de percepción de dolor de los pacientes sometidos a cirugía.

*Responsable:* Enfermera Unidad de Cirugía de Especialidades.

*Equipo y personal involucrado:*

- 30 Enfermeros
- 15 Auxiliares de Enfermería
- 1 Anestesista
- 1 Traumatólogo.
- 1 Cirujano General.

La implantación de la Guía Valoración y Manejo del Dolor se ha realizado en todas las unidades de hospitalización médico quirúrgicas.

➤ *Área III de Salud Lorca:*

- *Atención Hospitalaria:* Unidades de Hospitalización: Cirugía General, Cirugía de especialidades, Medicina Interna 1, Medicina Interna 2, Traumatología, Maternidad: Servicios Centrales: Urgencias Hospitalarias, Quirófanos, Reanimación. En vías de incorporación: Pediatría, UCI.

➤ Facultad de Ciencias Sociosanitarias:

La Guía se incluye en el contenido de las asignaturas Enfermería del Adulto 1, impartida a los alumnos de 2º curso del Grado en Enfermería y la asignatura Enfermería de la Infancia y Adolescencia impartida a los alumnos de 3º curso del Grado en Enfermería.

• *Protocolos, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*

- Protocolo Valoración y Manejo del dolor en la planta de hospitalización
- Protocolo de cuidados y manejo del dolor en la unidad de reanimación pos anestésica.

• *Registros, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*

- Formulario registro valoración del dolor en SELENE.
- Fichas procedimiento registro Guía Dolor.
- Plan de Cuidados Estandarizado Dolor.
- Pendientes de nueva incorporación de nuevas escalas en pediatría: FLACC Y PIPP.
- Pendientes de nueva incorporación de nueva escala bps en uci.

• *Materiales, herramientas o recursos generados.*

- Algoritmo del dolor, divulgado en todas las unidades de implantación de la guía
- Boletín informativo sobre las guías implantadas

• *Actividades más relevantes realizadas.*

- Reunión con Anestesia

- Formación continuada a profesionales del centro y formación en Grado de Enfermería.
- Sesiones formativa en las propias unidades en pequeños grupos para enseñar a evaluar a los pacientes con dolor a través del programa institucional Selene.
- Realizar e incluir en Selene formulario de valoración del dolor postoperatorio
- Consensuar con los impulsores el contenido de la formación y elaboración documentos y herramientas educativas.
- Elaborar procedimiento de valoración del dolor.
- Elaborar documentación y herramientas para la formación de la valoración del dolor.
- Formación continuada a profesionales del centro y formación en Grado de Enfermería
- Ofrecer actividades de formación sobre la valoración y manejo del dolor en el plan de formación continua del área
- Incluir en la INTRANET del área toda la documentación relacionada a la valoración del dolor.
- Evaluación anual de la satisfacción de los pacientes sobre la percepción que tienen del dolor y su tratamiento. Cuestionario: PPMD. Se ha solicitado autorización para su uso.
- Incluir la valoración y manejo del dolor en la formación de los estudiantes del GRADO de Enfermería
- Incluir la evaluación de la valoración del dolor en el programa de evaluación de la calidad de los cuidados del área.
- Establecer la periodicidad de evaluación de los indicadores relacionados con el dolor.
- Desplegar los resultados de la evaluación de los indicadores relacionados con la valoración del dolor a toda la organización.
- Evaluación de MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.



- Evaluación de la Efectividad de la Neuroestimulación Eléctrica Transcutánea (TENS) como tratamiento para el dolor en diversas patologías.
  - Reuniones con los impulsores en las que también participo dirección de enfermería.
  - Curso sobre formadores de impulsores.
  - Curso sobre el dolor
  - Constitución comisión del dolor
- *Cambios en la práctica que se han producido.*
    - Mayor conocimiento en la institución sobre la guía del dolor.
    - Registro de la valoración del dolor en el 100% de las unidades de hospitalización de adultos y maternidad y en el 100% de los pacientes Quinta Constante de forma sistemática.
    - Uso de tensiómetros digitales donde se agrega el valor de la escala EVA, luego estos datos pasan automáticamente a la Historia Clínica electrónica.
- *Formación realizada, respecto al número de cursos, talleres u otros y el título de cada uno.*
    - Curso sobre formadores de impulsores.
    - Dolor en pacientes agudos y crónicos y cuidados de enfermería
    - Curso sobre el dolor.
- *Cambios se han producido en las estructuras e infraestructuras de la institución y que favorezcan la sostenibilidad*

Sistematización de la valoración del dolor, usando el código de barras de las pulseras identificativas para el volcado de datos en la historia clínica electrónica

- *Plan de Sostenibilidad de la implantación de la Guía Valoración y manejo del Dolor:*
  - Captación servicio de Anestesia para su participación en la guía.
  - Incorporación de impulsores de las unidades de Cirugía.
  - Presentar datos a los jefes de servicios/supervisores de unidad (Feedback)
  - Continuar con las recomendaciones y trabajos sobre nuevas escalas, iniciativa de los impulsores, se está llevando a cabo.
  - Participación de impulsores en la programación del próximo curso de formación.
  - Introducción o información , con algoritmo del dolor, para reforzar el registro del dolor en las unidades de enfermería

### **C. Cuidado y Manejo de la Ostomía:**

En el Hospital Rafael Mendez, se contaba con una consulta de estomatoterapia gestionada en el Hospital de Día por una enfermera experta en este ámbito. En la consulta se brindaba atención limitada a los pacientes con ostomías, siguiendo el proceso del mismo desde el preoperatorio hasta el alta al domicilio.

Actualmente se realizan unas 12 ostomías al mes, aproximadamente 140 al año. Al tratarse de una consulta muy especializada e innovadora, ya que no existía una consulta de este tipo en otras áreas de la Región de Murcia, aún no se contaba con indicadores de proceso ni de resultado establecidos y que se recojiesen de forma sistemática por el centro.

Sin embargo en una valoración cualitativa mediante informes realizados por la enfermera encargada de la consulta se observan déficits significativos como falta de coordinación con los profesionales de enfermería y de otras categorías, carece de un protocolo estandarizado de trabajo que asegure la continuidad de cuidados entre la consulta, las unidades de hospitalización y atención primaria. Todo ello, provoca situaciones evitables en las que si el profesional acude a la consulta el servicio deja

de prestarse, provocando situaciones de desigualdad en la atención a los pacientes, y aumentando la variabilidad en los cuidados de los mismos.

Existía en la organización una gran variabilidad en cuanto al cuidado y manejo de la ostomía, además de una diferencia importante según el nivel profesional del personal en todas las fases de este proceso, antes, durante y después de la intervención. Solo se contaba con una enfermera experta en este tema, quién se encarga de realizar esta actividad en una consulta de enfermería compartida con otras responsabilidades. La intención es multiplicar el personal formado en este aspecto con una misma información y formalizar esta actividad como un proceso. Todo lo cual permitirá ofrecer los mejores cuidados posibles a los pacientes y sus familias. Los objetivos planteados a conseguir serán:

- Establecer un protocolo consensuado sobre el manejo del paciente portador de ostomía.
- Aumentar el porcentaje de pacientes ostomizados seguidos a través de la consulta de enfermería en todas las fases del proceso.
- Mejorar los indicadores de resultados del cuidado de la ostomía (reducción de pérdidas, comodidad en la colocación de los dispositivos, etc.)
- Mejorar la satisfacción de los pacientes portadores de una ostomía.

*Responsable:* Enfermera Consulta Ostomias.

*Equipo y personal involucrado:*

- 1 Supervisora de Unidad Cirugía General.
- 15 Enfermeras
- 12 Auxiliares de Enfermería
- 1 Cirujano General.

La implantación de la Guía de Ostomias se ha realizado en:

➤ *Área III de Salud Lorca:*

- *Atención Hospitalaria:* Unidades de Hospitalización: Cirugía General, Cirugía de Especialidades, Medicina Interna 1, Medicina Interna 2, Servicios Centrales: Urgencias Hospitalarias, Hospital de Día, Quirófanos, Reanimación. Consultas Externas: Consulta de Cirugía General y Digestiva, Consulta de Urología, Consulta de Estomaterapia y Heridas Crónicas

- *Atención Primaria:* Centros de Salud del Área III: C.S. Lorca Centro, C.S. Lorca San Diego, C.S. Lorca Sutullena, C.S. La Viña, C.S. Totana Sur, C.S. Totana Norte, C.S. Águilas Sur, C.S. Águilas Norte, C.S. La Paca, C.S. Puerto Lumbreras.

➤ Facultad de Ciencias Sociosanitarias:

La Guía se incluye en el contenido de la asignatura Enfermería del Adulto 2 impartida a los alumnos de 2º curso del Grado en Enfermería.

- *Protocolos, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*

- Protocolo de marcaje de Estoma
- Protocolo de Irrigación

- *Registros, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*

- Formulario Valoración Integral del Paciente-Familia 1º Consulta,
- Formulario Consulta de Ostomías tras alta- Revisión,
- Formulario Enfermería de Planta Ostomías.
- Solicitud de Interconsulta a Estomaterapeuta.
- Pendiente de reformar registro de estomas para facilitar su registro y la explotación de datos.

- *Materiales, herramientas o recursos generados.*

- Tríptico: Recomendaciones para pacientes con Colostomía.

- Tríptico: Recomendaciones para pacientes con Ileostomía.
  - Tríptico: Recomendaciones para pacientes con Urostomía
  - Recomendaciones al Alta: Dietas para pacientes Colostomizados
  - Procedimiento de Marcaje del Estoma
  - Circuitos de Derivación CIRCUITO CONSULTA OSTOMIAS
  - Circuito de derivación de consultas externas a consulta estomaterapeuta
  - Circuito marcaje estoma
  - Circuito de derivación tras alta a consulta estomaterapeuta
- *Actividades más relevantes realizadas.*
    - Reuniones periódicas del equipo para toma de decisiones, relacionadas con la selección de recomendaciones de las guías, revisión del plan de acción.
    - Elaboración de formularios y modificación de registros en plataforma informática SELENE.
    - Análisis de las barreras y establecimiento de estrategias.
    - Formación a profesionales en Atención Hospitalaria y Primaria.
    - Formación a estudiantes del Grado en Enfermería.
    - Enseñanza y adiestramiento a Pacientes
    - Reuniones de coordinación con Direcciones, Supervisores, Profesionales implicados.
    - Sesiones de elaboración de circuitos de derivación.
    - Difusión noticia de consulta de Ostomías en prensa e intranet.
    - Implantación Consulta de Enfermería Estomaterapeuta.
    - Participación en la Comisión “Práctica Basada en la evidencia”
    - Formación a personal de enfermería de quirófano para marcar estoma en intervenciones de urgencia.
    - Participación en congresos relacionados con la ostomía.
    - Participación en jornadas relacionadas con práctica basada en la evidencia.
    - Participa en la elaboración de la newsletter para dar visibilidad al proyecto.
  - *Cambios en la práctica que se han producido.*

- Se continua desarrollando los circuitos y procedimientos de: Marcaje de la estoma, Derivaciones desde Consulta Externa de Cirugía General y/o Urología a Consulta de Estomaterapeuta, Derivación de Unidad de Hospitalización a Consulta Estomaterapeuta.
  - Continua con la Interconsulta a Estomaterapeuta
  - Se sigue realizando una valoración integral al paciente y familia previa a la intervención, donde se mejora la información al paciente y se realiza educación para la salud.
  - Valoración del estoma de forma sistemática en el postoperatorio inmediato.
  - Se apoya y se sigue asesorando a los profesionales en los cuidados del estoma y los profesionales cuentan con una enfermera experta referente dedicada a esta labor.
  - Se sigue realizando seguimiento posterior a la intervención de forma programada.
  - Se sigue registrando en el formulario específico establecido para ello. Tiene pendiente y ya se han iniciado las primeras gestiones para realizar una reforma de este.
- *Formación realizada, respecto al número de cursos, talleres u otros y el título de cada uno.*
- Seminario de Ostomías. Universidad de Murcia. Facultad de Ciencias Sociosanitarias Campus de Lorca. 4 horas. Alumnos 2º curso Grado de Enfermería. Se realiza en la Asignatura Enfermería del Adulto 2 y se ha realizado todos los años desde el 2012.
  - Sesión Clínica de Ostomías en Atención Primaria. Se ha realizado en los 8 centros de Atención Primaria del Área, durante 2015 y 2016 , dirigida a los profesionales de AP, en la que se han explicado los diversos circuitos, las principales recomendaciones de la guía y se ha dado a conocer las funciones de la consulta de Ostomías y el papel de la enfermera estomaterapeuta. Duración: 2h cada una.

- Sesión de Formación: Ostomías y cuidados de Enfermería. Se realizan 2 al año desde el 2013 con una duración de 4 horas y está dirigida al personal del Área.
  - Sesiones Individuales de Formación: Dirigida a los profesionales de las unidades de forma personalizada y a pie de cama del paciente. Las realiza la enfermera Estomaterapeuta acudiendo a las unidades de forma programada o cuando se requiere.
- *Cambios se han producido en las estructuras e infraestructuras de la institución y que favorezcan la sostenibilidad*
    - Continuación de la Consulta de Enfermería: Estomaterapia y Heridas Crónicas.
    - Creación de Circuitos de Derivación de Pacientes.
    - Sigue en uso el formulario de ostomías Formularios Específicos en H<sup>a</sup> Clínica Electrónica SELENE. Se han dado los primeros pasos para reformarlo tras sugerencias recogidas, que facilite el registro y permita una explotación más sencillo
    - Existencia de una Figura Especialista/ Referente en Ostomías. Formación de una segunda enfermera estoma terapeuta para asegurar la continuidad de cuidados en aquellos momentos en la que la responsable de la consulta no este disponible.
    - Se continua con la formación continuada sobre Ostomías que permite la concienciación de profesionales de enfermería en todas las unidades de hospitalización (impulsores) que han favorecido la implantación de la guía y ayuda a la sostenibilidad.
    - Formación al personal de enfermería quirúrgico para realización del marcaje de la ostomía en pacientes de urgencia.

#### **D. Guía Prevención de Caídas y lesiones derivadas:**

Las caídas son la primera causa de lesión durante la estancia hospitalaria entre las personas mayores, y la segunda causa de traumatismo craneal y medular. La identificación de los factores de riesgo y los programas de prevención pueden prevenir la mayoría de las caídas, traducándose en menos ingresos, discapacidades y en el ahorro de costes al sistema de salud.

Se cuenta con un sistema de evaluación periódico el cual ha arrojado los resultados de la evaluación o diagnóstico de la situación. Los datos muestran resultados en los indicadores de evaluados en niveles considerados recomendables en cuanto a la valoración al ingreso en la atención hospitalaria, pero no se realizaban actuaciones en atención primaria.

En el hospital se realizan esfuerzos para conseguir prevenir las caídas. Existe un plan de cuidados, pero requiere actualización. La implantación de esta GBP nos permitiría seguir unas recomendaciones basadas en la más actualizada evidencia que existe, actualizar el conocimiento del personal, disminuir la variabilidad y homogeneizar el proceso, especialmente en cuanto al manejo del mismo.

Por tanto, los objetivos planteados son:

- Establecer un protocolo consensuado de actuación para la prevención de caídas.
- Aumentar el registro de notificación de caídas.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales en el manejo de los pacientes con riesgo de caídas.
- Establecer actuaciones para la prevención de caídas en la comunidad.
- Desarrollar un sistema de información consensuado que permita la transmisión segura y fluida de datos.

*Responsable:* Supervisor Rehabilitación.

*Equipo y personal involucrado:*



- 1 Supervisor de Unidad de Medicina Interna.
- 15 Enfermeras
- 12 Auxiliares de Enfermería
- 4 Fisioterapeutas.

*La implantación de la Guía de Caídas se está realizando en:*

➤ *Área III de Salud Lorca:*

- *Atención Hospitalaria:* Unidades de Hospitalización: Cirugía General, Cirugía de Especialidades, Medicina Interna 1, Medicina Interna, Tarumatología
- *Atención Primaria:* Centros de Salud del Área III: C.S. Lorca Centro, C.S. Lorca San Diego, C.S. Lorca Sutullena, C.S. La Viña, C.S. Totana Sur, C.S. Totana Norte, C.S. Águilas Sur, C.S. Águilas Norte, C.S. La Paca, C.S. Puerto Lumbreras.

➤ *Facultad de Ciencias Sociosanitarias:*

La Guía se incluye en el contenido de la asignatura Bases de Enfermería Comunitaria impartida a los alumnos de 2º curso del Grado en Enfermería.

- *Protocolos, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*
  - Protocolo de prevención de caídas.
  - Protocolo de actuación ante una caída en pacientes ingresados.
- *Registros, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*
  - Se han revisado los registros existentes en SELENE para la valoración del riesgo de caídas, y el plan de cuidados en pacientes con riesgo de caídas.
- *Materiales, herramientas o recursos generados.*

- Tríptico informativo sobre la osteoporosis y el riesgo de caídas.
  - Aplicación Excel para generar ejercicios personalizados para cada paciente para contribuir a su mejora física y evitar caídas.
- *Actividades más relevantes realizadas.*
    - Reuniones periódicas del equipo para toma de decisiones, relacionadas con la selección de recomendaciones de las guías, revisión del plan de acción.
    - Formación a profesionales en Atención Hospitalaria y Primaria.
    - Desarrollo del sistema para la explotación automática de los datos.
- *Cambios en la práctica que se han producido.*
    - Se ha introducido la valoración del riesgo de un paciente de sufrir una caída en el trabajo habitual del personal de enfermería.
- *Formación realizada, respecto al número de cursos, talleres u otros y el título de cada uno.*
    - Todos los fisioterapeutas del área de atención hospitalaria y atención primaria han realizado la Formación del Programa Otago.

### **E. Guías de Entorno Laboral: Desarrollo y Manejo del Liderazgo en Enfermería y Profesionalidad de la Enfermería.**

La institución carecía en el momento de iniciar la implantación de las guías, de indicadores fiables para hacer un diagnóstico concreto sobre el entorno laboral. Sin embargo, se podía apreciar una falta de iniciativa de los profesionales por innovar, liderar proyectos, e incluso gestionar unidades y servicios. Nos encontramos además con unos altos índices de absentismo laboral entre el 12 y 18%.

En el análisis de otros indicadores se ha observado que existen barreras en los profesionales para producir cambios como *“la falta de tiempo”*, *“la reticencia por parte de algunos miembros del personal”*, *“escasa implicación sobre todo en turnos rotatorios”*, *“falta de conocimientos de algunas técnicas”*, etc... *“mensaje contradictorios”*, *“familiares poco colaboradores”*.

Sin embargo, se aprecia un incremento constante desde el año 2007 en la participación de los profesionales en actividades científicas. Este puede ser un síntoma importante que hace creer que con la correcta motivación y la necesaria orientación a través de actividades basadas en la evidencia, se podría modificar la actitud de los profesionales de enfermería. Además, se considera que favorecer un entorno y una cultura de liderazgo y profesionalidad ayudará de forma global en el Proyecto de implantación de las Guías Clínicas seleccionadas.

Se ha comentado anteriormente que son numerosas las barreras detectadas en los profesionales de enfermería y sobre las que habría que tomar medidas concretas para poder reducir su impacto y facilitar la actuación del resto de guías. Así, los objetivos planteados con la implantación de estas dos Guías son:

- Mejorar la satisfacción y la calidad de vida de los profesionales con el trabajo que realiza.
- Aumentar el interés, motivación y expectativas de los profesionales respecto a su colaboración y participación en las actividades de implantación, evaluación y mantenimiento de las Guías.
- Reducir el absentismo laboral de los profesionales de enfermería
- Mejorar la utilización la práctica basada en la evidencia.
- Determinar el clima laboral de los profesionales de enfermería del área.

*Responsable:* Supervisora Área Calidad e Investigación.

*Equipo y personal involucrado:*

- 1 Profesor Asociado Académico

- 1 Profesor Asociado Clínico
- 240 Enfermeros en Atención Hospitalaria
- 210 Auxiliares de Enfermería en Atención Hospitalaria
- 120 Enfermeros en Atención Primaria
- 23 Auxiliares de Enfermería en Atención Primaria
- 8 Matronas
- 5 Fisioterapeutas.

Por su carácter transversal, la implantación se realiza en:

- *Área III de Salud Lorca*: Atención Hospitalaria y Atención Primaria:
- Facultad de Ciencias Sociosanitarias:

La Guía de Profesionalidad se incluye en el contenido de la asignatura Bases de Enfermería Comunitaria impartida a los alumnos de 2º curso del Grado en Enfermería y el contenido de la Guía de Liderazgo se incluye en el contenido de la asignatura Habilidades Directivas impartida a los alumnos de 3er curso del Grado de Enfermería.

- *Protocolos, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*
  - Protocolo Higiene de Manos.
  - Normas de funcionamiento Unidad de Esterilización.
  - Protocolo de Esterilización Plasma-Gas
  - Protocolo de Controles de Calidad del proceso de Esterilización
  - Protocolo profilaxis quirúrgica estándar
  - Protocolo profilaxis quirúrgica en alérgicos a penicilinas /betalactámicos
  - Protocolo Aislamientos
  - Protocolo de Detección de Portadores Multirresistentes
  - Protocolo Aseo paciente con Multirresistentes
  - Protocolo 1b Bactiseptic Orange
  - Protocolo Uso Toallitas área III.
  - Programa de optimización de uso de antimicrobianos Área III de salud

- Protocolo Vaciado de la Bolsa Urinaria.
  - Protocolo de preparación quirúrgica de la piel y mucosa
  - Protocolo de Ingresos
- *Registros, nuevos o actualizados, realizados y aprobados.*

ReGuía. Registro de Guardias e Incidencias del área III de Salud. Aplicación RiEnA: Supervisores y Responsables de enfermería.

- *Materiales, herramientas o recursos generados.*
  - Manual Normas de Funcionamiento de las Unidades de Hospitalización dirigida a los profesionales.
  - Profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos para la prevención de las infecciones postoperatorias. Guía de actuación.
  - Limpieza Zonas con indicación de aislamientos. Procedimiento
  - Cartel resumen Extracción hemocultivos
- *Actividades más relevantes realizadas.*
  - Reuniones periódicas del equipo para toma de decisiones, relacionadas con la selección de recomendaciones de las guías, revisión del plan de acción.
  - Análisis de las barreras y establecimiento de estrategias.
  - Formación continuada a profesionales del centro y formación en Grado de Enfermería.
  - Consensuar con los impulsores el contenido de la formación y elaboración documentos y herramientas educativas.
  - Ofrecer actividades de formación sobre aspectos de Profesionalidad y Liderazgo en el plan de formación continua del área acreditados.
  - Incluir en la INTRANET del área toda la documentación relacionada con la producción de Liderazgo y Profesionalidad.

- Evaluación anual de la satisfacción de los pacientes sobre la atención y cuidados prestados.
- Establecer la periodicidad de evaluación de los indicadores relacionados con la profesionalidad y el liderazgo.
- Desplegar los resultados de la evaluación de los indicadores relacionados con la profesionalidad y el liderazgo.
- Incluir en el Acuerdo de gestión, los indicadores relacionados con la profesionalidad y el liderazgo como objetivos propios de las unidades, servicios y centros.
- Dar apoyo a todas las actividades formativas relacionadas con las guías.
- Difusión de Indicadores de calidad y Seguridad del Paciente.
- Seguimiento de datos de las otras guías.
- Educación sanitaria de las guías (colegas, pacientes y familiares).
- Evaluación del Entorno Laboral: Clima Laboral y Satisfacción de los profesionales.
- Evaluación de la Actitud de las enfermeras hacia la práctica basada en la evidencia con el cuestionario CAPEBE, después de las intervenciones realizadas.
- Actividades de formación continuada sobre PBE.
- V ediciones de las Jornadas de difusión del conocimiento anual en el Área.
- Evaluación y difusión de Resultados de Indicadores de calidad y Seguridad del Paciente
- Evaluar la Satisfacción de los Pacientes anualmente
- Elaborar Recomendaciones al alta dirigida a pacientes
- Formación en elaboración de protocolos basados en evidencias.
- Evaluación de los Informe de cuidados al alta.
- Profesionales de enfermería miembros de las Comisiones de bioética e investigación.
- Mantener el Organigrama de la División de Enfermería actualizado.
- Formación continua sobre Gestión, Liderazgo y Habilidades comunicacionales dirigida a los mando intermedios.

- *Cambios en la práctica que se han producido.*
  - Consulta de evidencias relacionadas con dudas en la práctica clínica
  - Inclusión de recomendaciones basadas en la evidencia en todos los nuevos protocolos y procedimientos que se elaboran o revisan en la organización.
  - Utilización de Estrategias de Liderazgo Transformacional en el desarrollo y manejo de RRHH.
  
- *Formación realizada, respecto al número de cursos, talleres u otros y el título de cada uno.*
  - Taller de elaboración de comunicaciones orales y póster
  - Taller: Búsquedas bibliográficas en ciencias de la salud
  - Gestión para mandos intermedios de enfermería
  - Bases para la gestión de unidades de enfermería
  - Radiología para Fisioterapeutas
  - Como organizar y presentar una sesión de enfermería
  - Los aislamientos en plantas de hospitalización
  - Curso taller para gestionar datos en trabajos de investigación
  - La práctica clínica basada en la evidencia
  - Elaboración de Protocolos. Adaptación de la Evidencia al contexto de la Organización
  - V Jornadas de Enfermería Área III. Hacia la Enfermería Avanzada
  - Taller de Búsquedas Bibliográficas. Uso de la Biblioteca Virtual
  - El artículo científico. Elaboración de un resumen
  - Lavado de Manos y Uso Adecuado de Guantes
  - Manejo de Guías de Práctica Clínica
  - Seguridad del Paciente. Manejo del Sistema de Notificación de Eventos Adversos. SINAP
  - Actualización en Gestión para Mandos intermedios de Enfermería
  - Elaboración de Ciclos de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial
  - V Jornadas de Actualización Radiológica
  - VI Jornadas de Estudiantes de Enfermería.

- *Cambios se han producido en las estructuras e infraestructuras de la institución y que favorezcan la sostenibilidad*
  - La unidad de Calidad cuenta con una supervisora que tiene designada en sus funciones la mentorización a los profesionales de enfermería para el uso de la PBE en la organización.
  - Formación continua y obligatoria para los mandos intermedios sobre gestión y estrategias de liderazgo acreditada en el plan de formación del área.
  - Inclusión en el Plan de Formación Continua del área de los aspectos relacionados con las Guías de Profesionalidad y Liderazgo acreditadas.
  - Inclusión en el Contrato de Gestión del Área y los específicos de servicios, unidades y centros objetivos relacionados con la implantación de las Guías de Entorno Laboral.

### **2.6.2 Desarrollo de la Implantación de las Guías de Entorno Laboral de la RNAO**

Las guías clínicas de buenas prácticas (GBP) están disponibles como herramientas que ayudan a las enfermeras a traducir la investigación y la evidencia en la práctica, es decir, a cerrar la brecha entre la evidencia científica y la práctica clínica. Sin embargo, la implementación exitosa de innovaciones como GBP dentro de las organizaciones es un proceso complejo, que involucra cambios dentro de la organización y adaptación de las recomendaciones de la GBP para ajustar el contexto organizacional (Rogers, 2005).

Las recomendaciones no se aplican a sí mismas, y todas requieren claridad de pensamiento, desarrollo curricular y conocimiento de diversas teorías para una adopción exitosa. Sin embargo, los conceptos abstractos necesitan especialmente una cuidadosa consideración. La preparación académica, la experiencia clínica, la capacidad de liderazgo y la responsabilidad le dan a los profesionales de



enfermería, la capacidad de desarrollar e implementar con éxito las guías de práctica clínica dentro de su contexto de práctica.

En 2012, el Hospital Rafael Méndez de Lorca y la Facultad de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, se embarcó en una asociación dinámica y de largo plazo con la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investen-Isctiii) en colaboración con el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia y la asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) Canadá, para convertirse en una Organización Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (BPSO). Esta asociación se centra en conseguir un impacto positivo en la atención de los pacientes a través de la práctica basada en la evidencia.

Sobre la base de lo anterior, entre otras guías, se decidió seleccionar dos guías relacionadas con el entorno laboral de las enfermeras, una de ellas, la *Guía de Profesionalidad de Enfermería*, debido a que esta guía permite a las enfermeras evaluar su comportamiento profesional e identificar áreas en las que ellas y las organizaciones para las que trabajan pueden mejorar. Para ser una enfermera competente y profesional, se necesita tener un conocimiento actualizado, verse como un jugador de equipo, un profesional autónomo y se necesita adoptar la innovación. Esta guía aborda los problemas con los que las enfermeras luchan diariamente, dando a los enfermeros una visión de los temas de profesionalismo y una oportunidad para reflexionar sobre cómo su entorno de trabajo apoya o no apoya la práctica profesional.

Uno de esos problemas es la necesidad de una enfermera de tomar decisiones independientes con respecto al cuidado del paciente. La guía alienta a las enfermeras a pensar críticamente y a evaluar regularmente las decisiones tomadas como individuos y equipos. Las enfermeras tienen un gran papel que desempeñar en áreas como el control del dolor, la promoción de la salud, la prevención de caídas, el cuidado de las heridas, la gestión de enfermedades crónicas y la

planificación de alta. Tienen la autonomía para llevar a cabo intervenciones relacionadas con esas áreas y, de hecho, deben ejercer esa autonomía.

Además de explorar los atributos de la profesionalidad, las guías de entorno laboral refuerzan el papel que desempeñan las enfermeras en influir en los resultados positivos de salud para sus pacientes. La consecución de resultados positivos para la salud de los pacientes es la esencia de la enfermería profesional. Las enfermeras en todos los papeles necesitan saber que el trabajo que hacen es altamente valorado. Estas guías ofrecen apoyo y dirección sobre cómo vivir la profesionalidad en el día a día. También es una forma de ayudar a las enfermeras a actualizarse.

Al igual que otras guías de la serie de recomendaciones de mejores prácticas de la RNAO sobre ambientes de trabajo saludables, el "profesionalismo en la enfermería" está diseñada para proporcionar la mejor evidencia disponible para apoyar la creación de ambientes de trabajo favorables para enfermeras.

Con la implantación de las recomendaciones de la guía de profesionalidad en enfermería de la RNAO® se ha pretendido conocer cómo las mismas cambiarían la práctica de las enfermeras. Además de conocimientos y habilidades, estas recomendaciones exigen conjuntos particulares de creencias y actitudes acerca de la enfermería. Se hace evidente que las habilidades, conocimientos y actitudes descritas en la GBP no podían existir aisladamente de otros aspectos de la práctica y el cuidado. La implementación de esta guía requiere un proceso que ayuda a los profesionales en el desarrollo de su comprensión y el significado personal de su práctica, además del conocimiento de habilidades técnicas (Burke, 2007).

En este estudio se exploran diversos aspectos relacionados con el entorno laboral, por lo que se seleccionaron diversas recomendaciones y se establecieron una serie de actividades e indicadores de evaluación, con el fin de mejorar la percepción y satisfacción de las enfermeras con el entorno laboral y se pretende ayudar a los profesionales, superiores y gestores a reflexionar sobre su práctica, proporcionar un punto de partida para la discusión, planificación e implementación de métodos para

apoyar el profesionalismo y en la práctica y conseguir ambientes de trabajo saludables.

El alcance de implantación de estas guías ha estado dirigido de un modo transversal a todo el personal de enfermería, considerando como tal a todas las enfermeras con un nivel académico universitario de enfermera que tienen una relación contractual con el Área III de Salud.

La implantación se inició en noviembre 2011-Febrero 2012, realizándose la constitución del Grupo de Trabajo Operativo y la formación del Equipo de Implantación y del Grupo de Trabajo específico de la GBP (general y específica). Entre marzo y diciembre 2012, se revisó el enfoque, definiéndose el despliegue y objetivos (análisis de situación, herramienta de soporte, Protocolo/Plan de Cuidados, formación).

La segunda Guía de Buenas prácticas de entornos de trabajo saludables: *Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en Enfermería de la RNAO®* implantada debido a que para ser una organización sustentable, se necesitará de un cambio significativo en las estrategias que se usan para el desarrollo de recursos humanos, no sólo a nivel organizacional sino también educacional. Se están requiriendo personas que además de un nivel de calificación adecuado al cargo, desarrollen su capital intelectual en forma constante para ser más autónomas, y amplíen su repertorio conductual de manera que les permita ser más flexibles y tomar decisiones oportunas (Avolio, 1997).

Este cambio, pasará por un replanteamiento en la manera en que los expertos, organizaciones y empresarios son dirigidos (Cuoto, 1997). Dentro de este mismo aspecto, Bennis y colaboradores (1999), observan que se está produciendo una redefinición de las relaciones entre líder y seguidor en las organizaciones, donde hay un movimiento desde estilos directivos a más colaborativos, en cuanto a la manera de desarrollar más participación y estimulación en los trabajadores.

La idea de Liderazgo es utilizada de manera general para referirse a los procesos a través de los cuales un sujeto afecta la motivación de otros (Robbins, 1999). Kemerer (2003) observó que lo que realmente importa son los comportamientos de los líderes de atención sanitaria más allá de sus competencias.

Las enfermeras muestran una preferencia por los estilos de liderazgo centrados en las relaciones y los comportamientos coherentes con el liderazgo transformacional (Cumming, 2005, Fox, Fox & Wells, 1999, Pederson, 1993). Por ello, es oportuno resaltar que Upenieks (2003) señala que este tipo de liderazgo es el detectado con más frecuencia, en los hospitales magnéticos.

En este sentido, Burns (1978) expresa que el Liderazgo Transformacional es el “enfoque de liderazgo en el que los individuos y sus líderes participan en un proceso de cambio que amplía y motiva a ambas partes para lograr mayores niveles de progreso, transformando así el ambiente de trabajo”. El liderazgo transformacional se produce cuando el líder toma una posición visionaria e inspira a que la gente le siga.

Este estilo de liderazgo produce un mayor nivel de eficacia de la organización, y los comportamientos influyen a que otros se comporten de una manera similar a través de un efecto cascada. (Gasper, 1992). El liderazgo transformacional como proceso organizacional, toma un papel importante, ya que desarrolla el potencial de los recursos humanos. Se ha encontrado evidencia de la relación existente entre Liderazgo Transformacional y “Capital Social”. El líder transformacional desarrolla Capital Social, lo que involucra relaciones humanas ligadas a las funciones económicas, asegurándoles el desarrollo de recursos morales y bienestar público, otorgándole una dimensión de humanidad al grupo de trabajadores. (Vega y Zavala, 2004).

Investigaciones sobre el tema realizadas por Kemerer (2003), Fox, Fox & Wells (1999), Pederson (1993), y Upenieks (2003) relacionan este tipo de liderazgo con consecuencias organizacionales deseadas. Existe evidencia que apoya la hipótesis

de que este liderazgo es de mayor efectividad que otros estilos. Esto ha permitido entender, seleccionar, desarrollar y llegar a tener acceso a aquellos atributos específicos que el concepto desarrolla, asociándolos a efectos beneficiosos dentro de la organización.

La teoría de Liderazgo Transformacional ha sufrido diversos cambios a partir de su conceptualización original en 1985. En un comienzo, incluía una estructura de seis conceptos de liderazgo, a saber: Carisma/Inspiracional, Estimulación Intelectual, Consideración Individualizada, Recompensa Contingente, Dirección por Excepción, y Laissez-Faire. Este modelo fusionaba el Carisma o Influencia Idealizada, y la Motivación Inspiracional en un solo concepto, Carisma/Inspiracional (Bass, 2000). Cabe señalar, que el sistema sanitario español establece entre sus objetivos: La accesibilidad a los servicios sanitarios. Un servicio de atención sanitaria seguro orientado al paciente o usuario eficaz y de alta calidad. Un sistema de salud asequible (Ley General de Sanidad, 1986).

En este sentido, las enfermeras constituyen un elemento indispensable para la consecución de estos objetivos (Grinspun, 2000). Además de un número adecuado de enfermeras para ofrecer unos cuidados oportunos y seguros, lograr entornos de trabajo saludables para los profesionales resulta primordial para que puedan desarrollar su trabajo del modo más efectivo y eficaz.

Las condiciones laborales deficientes son una amenaza para el trabajador, dado que entonces no están con la seguridad y protección necesarias, provocando enfermedades laborales. Así mismo, el no permitir que tengan ingerencia y algún nivel de control sobre su trabajo, influye en el aumento del nivel de tensión psicológica del trabajador. En particular una de las menos consideradas son aquellas asociadas al estrés (Chanlat, 1999).

La calidad del liderazgo profesional en enfermería se ha vinculado con el logro de un buen cuidado al paciente cliente y con el reclutamiento y permanencia de personal de enfermería. Los estudios sobre hospitales magnéticos realizados por

Kramer y Schmalenberg (2003) en USA, concluyeron que, tener una enfermera gestora de apoyo es uno de los elementos esenciales del magnetismo y que es importante para crear confianza en el trabajo, no solo por las mejoras tasas de permanencia del personal, si no por tener las tasas mas bajas de mortalidad en los pacientes.

El eje del modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo consta de cinco prácticas de liderazgo transformacional basadas en la evidencia, fundamentales para la transformación de los lugares de trabajo en entornos laborales saludables para las enfermeras (RNAO, 2006).

Con la implantación de esta guía, se pretende aportar que la práctica de este tipo de liderazgo da resultados positivos para los pacientes, para las enfermeras y para las instituciones, reforzando así, una cultura positiva en el lugar de trabajo. Un mayor conocimiento y desarrollo de este tipo de liderazgo proveerá a las organizaciones de mejores herramientas de adaptación al ambiente cambiante, mayor desarrollo de las habilidades y potencialidades de los miembros de la organización, mejorando la efectividad del sistema.

Se presenta un proyecto de implantación, centrado en el conocimiento sobre aspectos importantes relacionados con el comportamiento de liderazgo transformacional (RNAO, 2006) en el profesional de enfermería, y en un contexto español.

La guía de buenas prácticas sobre liderazgo se basa en un modelo conceptual de liderazgo que se creó para permitir a los usuarios entender las relaciones entre y dentro de los factores clave que participan en el liderazgo en enfermería (RNAO, 2006). El eje del modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo consta de cinco prácticas de liderazgo transformacional basadas en la evidencia que son fundamentales para la transformación de los lugares de trabajo en entornos laborales saludables para las enfermeras. Los factores predisponentes relacionados con los apoyos de la institución y los recursos personales influyen en

la capacidad del líder para llevar a cabo las prácticas de liderazgo de manera eficaz, estas prácticas han demostrado dar resultados positivos para los pacientes, las enfermeras y las instituciones (Stordeur, 2000).

Los recursos personales que los individuos aportan a sus roles de liderazgo incluyen una serie de características personales y recursos que influyen en el éxito en la implantación de las cinco prácticas de liderazgo. Son: La identidad profesional; las habilidades de liderazgo, educación y experiencia; las características individuales como la salud y la resiliencia; y los apoyos sociales que incluyen a las personas y a las relaciones que proporcionan apoyo.

Para cada uno de los elementos principales del modelo la guía ofrece una serie de recomendaciones basadas en la evidencia. Las recomendaciones son declaraciones de lo que hacen los líderes, o como se comportan en situaciones de liderazgo. Están agrupadas en seis aspectos, que a su vez contienen las recomendaciones específicas. Recomendaciones para las prácticas de Liderazgo Transformacional, del apoyo institucional, de los recursos personales, el sistema Gobiernos, para el sistema investigador, para el sistema organismos acreditados, para el sistema de formación. Las recomendaciones contenidas en la Guía, no están destinadas a ser aplicadas como reglas, sino más bien como instrumentos para ayudar a las personas o instituciones a tomar decisiones que mejoren su liderazgo en enfermería, el reconocimiento de la cultura única de cada institución, el clima y los retos de cada situación.

**Tabla 23. Recomendaciones seleccionadas de la Guía de Profesionalidad y Liderazgo de la RNAO®**

DIMENSIÓN/RECOMENDACIÓN	ACTIVIDAD
<p><b>CONOCIMIENTO</b>            1.3 Emplear una base teórica o basada en la evidencia para la práctica.            1.6 Compartir o comunicar los conocimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades formativas de las guías</li> <li>• Difusión de Indicadores de calidad y Seguridad del Paciente</li> <li>• Sesiones formativas</li> <li>• Seguimiento de datos de las otras guías</li> <li>• Educación sanitaria de las guías (colegas,</li> </ul>

	<p>pacientes y familiares)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionarios de Evaluación de Entorno Laboral: Clima y Profesionalidad</li> </ul>
<p><b>INVESTIGACION</b> 2.4 Estar comprometido con la formación continuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario CAPEBE</li> <li>• Actividades de formación continuada sobre PBE</li> <li>• Jornadas de difusión del conocimiento</li> </ul>
<p><b>RESPONSABILIDAD</b> 3.4 Comprometerse activamente en la promoción de la calidad de la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación y difusión de Resultados de Indicadores de calidad y Seguridad del Paciente</li> <li>• Evaluar la Satisfacción de los Pacientes</li> <li>• Vacunación Profesionales Sanitarios</li> </ul>
<p><b>MEDIACION</b> 5.3 Participar en las iniciativas y actividades de la práctica profesional que busquen mejorar la asistencia sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sanitaria</li> <li>• Recomendaciones al alta</li> <li>• Guías clínicas</li> <li>• Informe de cuidado</li> <li>• Implicación-difusión de las guías</li> </ul>
<p><b>COLEGIALIDAD Y COLABORACIÓN</b> 7.1 Desarrollar asociaciones de colaboración dentro de un contexto profesional. 7.2 Actuar de mentor para enfermeras, estudiantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar colaboración y apoyo al colegio profesional.</li> <li>• Número de tutores de alumnos, impulsores, profesores</li> </ul>
<p><b>ETICA Y VALORES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisión de bioética</li> </ul>
<p><b>LIDERAZGO TRASFORMACIONAL</b> 2.5 las instituciones sanitarias proporcionan el acceso a la información, a los sistemas de apoyo a las decisiones y a los recursos necesarios para el cuidado del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar los estilos de liderazgo en enfermería antes, durante y después de la implantación de la Guía.</li> <li>▪ Evaluar el absentismo del personal de enfermería antes, durante y después de la implantación de la Guía.</li> <li>▪ Identificar si existe Burn-out, en el personal de enfermería de la organización</li> <li>▪ Colgar en la intranet del área toda la información dirigida a los profesionales, incluidos los reconocimientos.</li> <li>▪ Elaborar un pacto de gestión con todas las unidades y servicios que incluyan objetivos relacionado con la mejora del entorno laboral de los profesionales.</li> <li>▪ Incluir en los acuerdos de gestión todos los objetivos relacionados con la implantación de guías de buenas prácticas</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración Propia.



## **2.7 Justificación del estudio**

Los efectos del entorno laboral en una variedad de indicadores de productividad han sido estudiados extensivamente en la literatura, en campos no relacionados con la salud. Sin embargo, no se ha realizado suficiente investigación para comprender la influencia del contexto de la práctica sobre el uso de GPC y viceversa. En parte puede deberse a la falta de una definición consistente del término entorno laboral y por otro lado, debido a que el objetivo prioritario en los estudios sobre implantación de guías es evaluar el efecto de las recomendaciones en los resultados de los pacientes, y hay un menor interés en valorar los cambios producidos en la percepción del entorno laboral.

Se sabe por otros estudios que una cultura organizacional de apoyo y la presencia de personas clave en posiciones de liderazgo para guiar el cambio, probablemente jueguen papeles significativos (Marchionni y Ritchie, 2008). Las culturas en las que se promueve el aprendizaje a nivel organizacional se han vinculado a la implementación exitosa de la PBE (Nutley & Davies 2001). Además las investigaciones sugieren que el uso de las directrices de la PBE mejoran la calidad y la fiabilidad de la atención de la salud y reduce los costos de la atención sanitaria y la variación en la prestación de la atención (Lee, Johnson, Newhouse y Warren, 2013; Melnyk y Fineout-Overholt, 2015).

Además, la literatura ha demostrado que en cierto grado conocer los entornos laborales de las enfermeras ayuda a predecir los resultados del trabajo y las percepciones de las enfermeras sobre la calidad de la atención a los pacientes. Así, algunos estudios han mostrado que los esfuerzos para mejorar y mantener las relaciones de los enfermeros con los gestores de enfermería y los médicos, y conocer las percepciones de la adecuación del personal, mejoran la satisfacción laboral de los enfermeros y pueden mejorar la calidad del cuidado del paciente (Gunnarsdóttir, et al., 2009).

La necesidad de contar con profesionales de enfermería competentes y bien preparados es en la actualidad mayor que en cualquier momento (Hwang, Lou, Han, et al., 2009) como camino para alcanzar la excelencia profesional y la calidad en el cuidado (Letelier y Velandia, 2010). Es importante considerar que la competencia profesional es una variable del entorno laboral susceptibles de cambiar, que puede ser fomentada, por lo que sería un medio útil para generar resultados deseables, como la motivación intrínseca, la satisfacción y el rendimiento o buen desempeño laboral (Dinger, Thatcher, Treadway, et al., 2015).

En este mismo orden de ideas, los cuidados de enfermería de calidad incluyen la competencia personal (Maas y Raile, 2010). La participación en estrategias globales de mejora de la competencia clínica pueden servir como guía para el el desempeño práctico de las enfermeras y de este modo garantiza la seguridad del paciente y la calidad del cuidado.

Diversos estudios que han examinado los factores relacionados con el uso de la PBE entre las enfermeras, y asociaron la situación laboral, el total de años de experiencia y el nivel académico. Del mismo modo, en el entorno de trabajo, ser miembros de organizaciones profesionales, la edad, y tener muchos años de experiencia en la práctica de enfermería, se asoció significativamente con la profesionalidad. Por otra parte entre los factores principales que hacen que las enfermeras tengan un peor desempeño profesional se han encontrado la insatisfacción salarial, bajos incentivos, falta de cursos de formación para mejorar el conocimiento y las cargas de trabajo elevadas (Godwin, Baek, Wynd, 2010; Fantahun, et al., 2014).

La calidad y la seguridad de la atención son hoy en día prioridades a nivel mundial, en todos los niveles asistenciales, las profesiones, y específicamente enfermería, se enfrenta el desafío de proporcionar cuidados de calidad a los pacientes (Freitas, Silva, Minamisava, et al., 2014). Para enfermería, el cuidado constituye la esencia de la disciplina e involucra, entre otros aspectos, las características personales de

quien lo proporciona, las cuales pueden influir en la calidad del mismo, y entre estas se encuentra el profesionalismo. (Luengo-Martínez, et al., 2017).

La vinculación entre las prácticas basadas en evidencias y la calidad del cuidado y seguridad del paciente también es conocida. Los estudios de investigación demuestran que la práctica basada en la evidencia tiene un impacto importante en la calidad de la atención prestada a las personas ya que conduce a una mayor calidad, seguridad del cuidado, mejorando sus resultados y a una reducción de costes, al ayudar a entender mejor la realidad del paciente, de su familia o de los propios sistemas de salud y por otro lado a una mayor satisfacción del profesional de enfermería que los tradicionales enfoques para cuidar (Côté, Gagnon, Houme, Abdeljelil, Gagnon, 2012; Mazurek, Ineout, Stillwell, Williamson, 2010).

Además, actividades habituales en los programas de implantación de GPC como son la auditoría y la retroalimentación facilitan un resumen del desempeño clínico que puede incluir recomendaciones para la acción, recopiladas durante un período de tiempo específico, y que aumentan la conciencia de cómo se está actuando y lo que se está consiguiendo (RNAO, 2012). Estas acciones puede desempeñar un papel importante en la promoción de la seguridad del paciente y la adhesión a directrices basadas en la evidencia (Sinuff et al., 2015), ya que, fundamentalmente, su propósito principal es mejorar la calidad de la atención (Foy et al., 2005).

En este mismo sentido, se han llevado a cabo diversos estudios de intervención para evaluar proyectos de mejora de la calidad, con el objetivo de mejorar los entornos de práctica que apoyan a las enfermeras y que responden a las necesidades de pacientes, incluyendo el liderazgo transformacional, empoderamiento estructural, la práctica profesional ejemplar, nuevos conocimientos e innovaciones (American Nurses Credentialing Center, 2014; Wolf, Triolo, Ponte, 2008).

En los últimos años, la aplicación de la PBE en la práctica ha ganado más atención en la atención sanitaria debido a un mayor enfoque en la calidad de los cuidados y

en los resultados en los pacientes, por tanto, los líderes y directivos de enfermería promoverán la mejora de la calidad al comprender las percepciones de las enfermeras sobre la misma, como estrategia para promover la práctica basada en la evidencia (Christina, Baldwin, Biron, Emed, Lepage, 2016).

Por todo lo anterior, los líderes de enfermería interesados en promover el uso de las guías de mejores prácticas deben prestar atención al contexto organizacional en el que se produce la atención de enfermería.

Debido a lo anterior, se hace necesario conocer cuáles son los factores que intervienen en que la enfermera lleve a cabo una Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE), para así evaluar la calidad de los cuidados de enfermería.

Asumiendo que la puesta en marcha de programas de implantación de GPC como el Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) implica cambios a nivel de las estructuras organizativas y a nivel de los profesionales, podemos suponer como sostienen estudios previos (Wynd, 2003) que implantar recomendaciones que contribuyan a mejorar el entorno laboral pueda ser un factor que determine en mayor medida la calidad de la atención, favorezca entornos de trabajo satisfactorios, ayude a la consecución de las metas compartidas y a la provisión de un cuidado al paciente con altos estándares de seguridad.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que también hay factores laborales que pueden contrarrestar estos efectos. La mayor carga asistencial que experimenta el profesional de enfermería, la situación laboral, y aspectos relacionados con la organización como traslados de unidad o centro, puede originar que el profesional se ocupe más del aspecto técnico de su trabajo, sin prestar atención a la parte integral del cuidado y a los principios derivados de los programas de implantación de GPC, lo que claramente puede incidir en la calidad del cuidado que se realiza y en la satisfacción con el trabajo desarrollado.

Por ello consideramos de interés conocer la percepción que tienen los profesionales de enfermería del entorno laboral en el que desarrollan su trabajo, y de los cambios

que puedan experimentar tras la implantación de un programa para aplicar GPC. Con ello se podrá conocer el alcance de este tipo de intervenciones en los profesionales, a nivel de la percepción de su entorno de práctica y la satisfacción con su desempeño profesionales. Consideramos que podremos aportar nuevo conocimiento que sirva para establecer estrategias de abordaje que promuevan entornos de trabajo que favorezcan cuidados de calidad y mayor satisfacción a los profesionales que los aplican.



# 3. Objetivos e Hipótesis







### **3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

#### **3.1 OBJETIVOS**

##### **3.1.1 General:**

Conocer si existen cambios en la percepción del entorno laboral que tienen las enfermeras del área III de Salud de Lorca de la Comunidad Autónoma de Murcia tras aplicar el Programa de implantación de Guías de Práctica Clínica “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)”

##### **3.1.2 Específicos:**

1. Evaluar las diferencias en las características sociodemográficas y profesionales (experiencia laboral, unidad, nivel de atención, tipo de contrato, horario, bajas laborales, formación y desarrollo científico-disciplinar) de las enfermeras del área III de Salud de Lorca tras la implantación del Programa CCEC®.
2. Comparar la actitud ante la PBE y la percepción del clima organizacional, la satisfacción laboral y la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes de las enfermeras del área III de Salud de Lorca tras la implantación del Programa CCEC®
3. Determinar las relaciones existentes entre las características sociodemográficas, profesionales y del entorno laboral percibido por las enfermeras sobre la actitud ante la PBE, la satisfacción laboral y la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes de las enfermeras del área III de Salud de Lorca.

### **3.2 HIPÓTESIS:**

Existen diferencias en la actitud ante la PBE, la percepción del clima organizacional, satisfacción laboral, calidad y seguridad de los cuidados, tras la puesta en marcha del Programa de implantación de Guías de Práctica Clínica “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)”

# 4. Metodología





## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño**

Estudio observacional, transversal que compara datos de calidad y seguridad de los cuidados de enfermería y la percepción del entorno laboral de los profesionales de enfermería del área III de Salud de Lorca en 2012 y 2016.

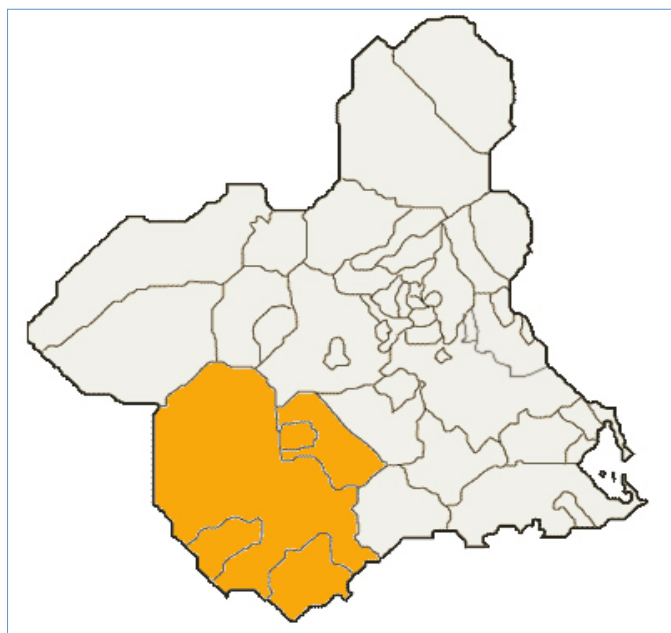
### **4.2. Ámbito de estudio**

El estudio ha sido realizado en el Área III de Salud de Lorca, de la Región de Murcia bajo la dependencia del Servicio Murciano de Salud. Este área es el órgano responsable de la atención sanitaria de los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana que asciende a un total de 173.080 habitantes para el año 2015 (Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM), 2015).

El 26 de Marzo de 2007, el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud adoptó el acuerdo de aprobar el Reglamento de Organización, Estructura y Funcionamiento de la Gerencia del Área de Salud III (Lorca), mediante el cual se unificaban en una Gerencia Única las antiguas Gerencia de Atención Primaria de Lorca y la Gerencia del Hospital Rafael Méndez.

Esta resolución de 11 de abril de 2007 fue publicada en el BORM del 26 de mayo de 2007, siendo efectiva al día siguiente: 27 de mayo de 2007, fecha real de inicio de la organización como tal.

**Figura 3. Situación del Área de Salud III (Lorca) en la Región de Murcia. 2017.**



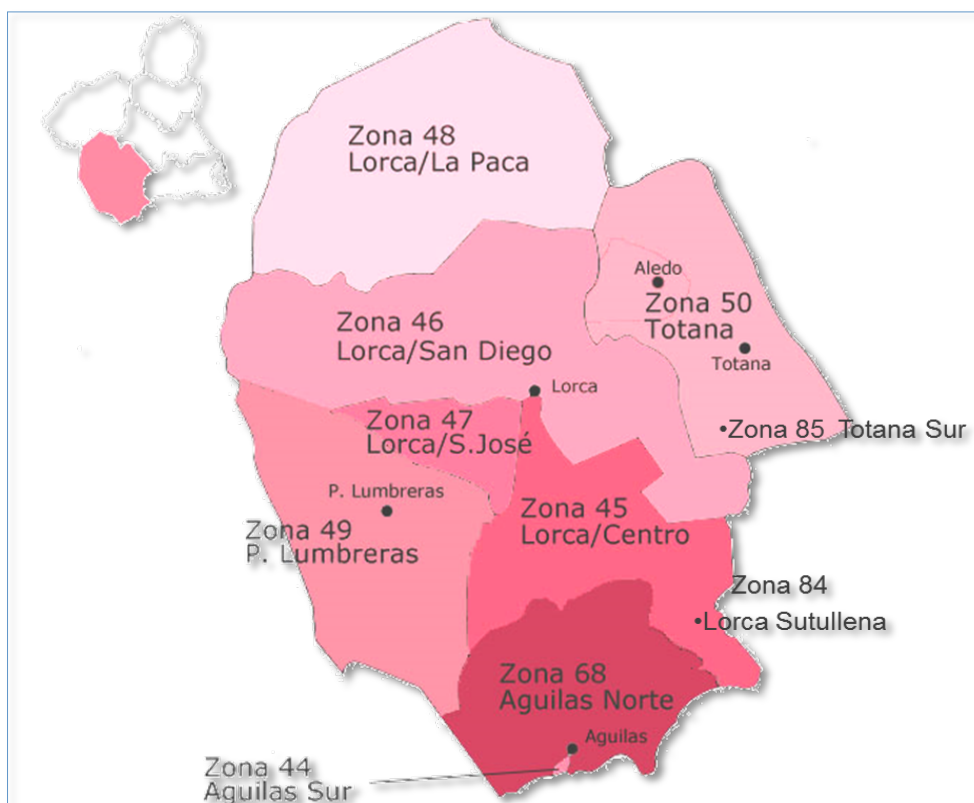
**Fuente:** [http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar\\_area&id\\_area=3&idsec=6](http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=3&idsec=6)

El hospital de referencia es el Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca, que fue inaugurado en 1990, contando en la actualidad con 285 camas funcionantes. Está ubicado en las afueras de la ciudad a unos 4 kilómetros del centro urbano, en la denominada diputación de la Torrecilla, con acceso directo desde la autovía del mediterráneo. Cuenta además con 10 centros de salud, 29 consultorios periféricos y 1 centro de especialidades distribuidos en las siguientes Zonas Básicas de Salud:

- Zona 45 Lorca/Centro.
- Zona 46 Lorca/San Diego.
- Zona 47 Lorca/San José.
- Zona 84 Lorca/Sutullena
- Zona 48 Lorca/La Paca.
- Zona 49 Puerto Lumbreras.
- Zona 50 Totana Norte
- Zona 85 Totana Sur

- Zona 68 Águilas Norte.
- Zona 40 Águilas Sur

**Figura 4. Zonas Básicas de Salud del Área III de Salud. Lorca**



**Fuente:** Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Actualización: Julio 2016

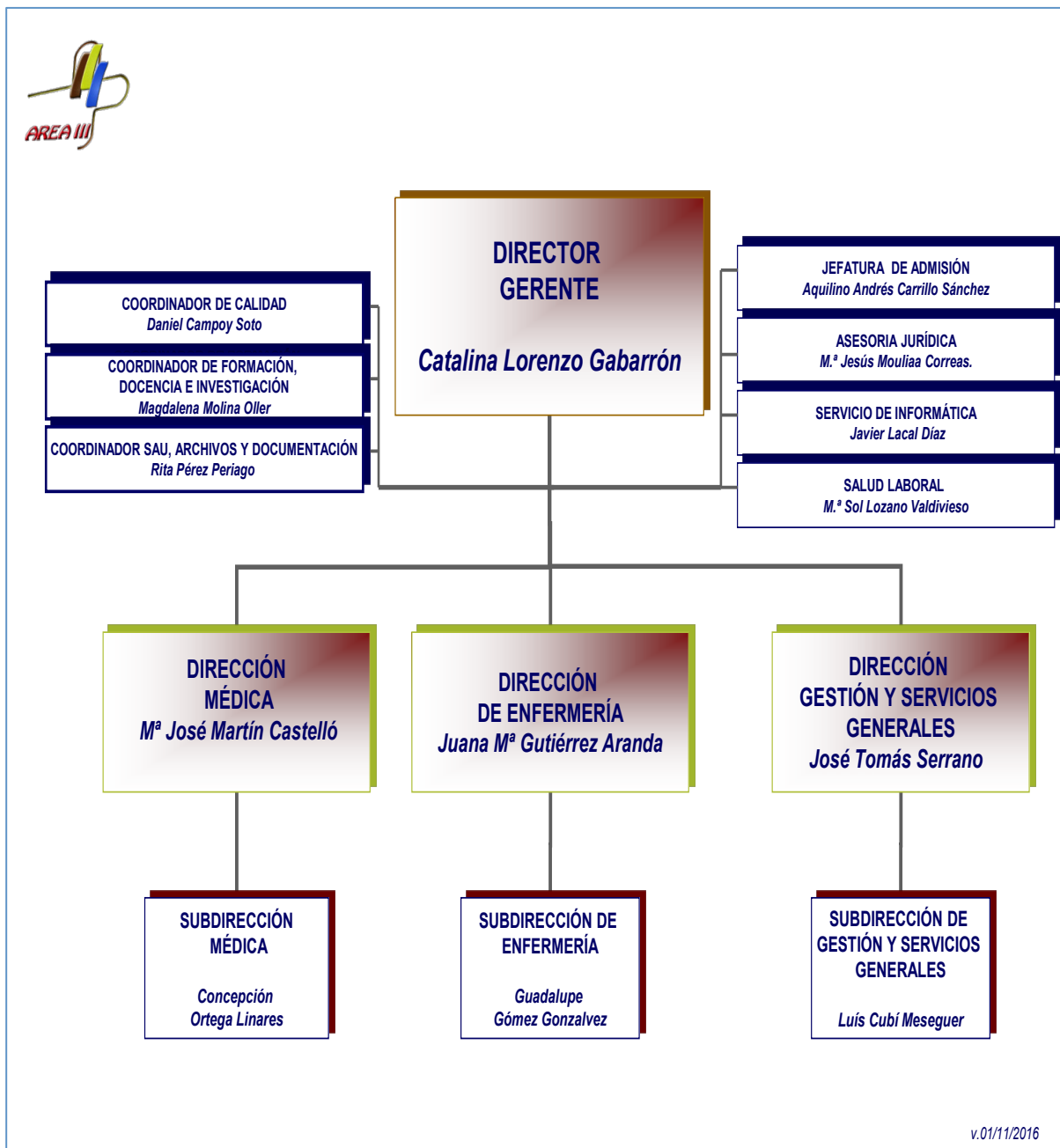
#### **Centros de salud y consultorios**

- Centro de Salud Águilas Norte
- Centro de Salud Águilas Sur
- Centro de Salud La Paca
- Centro de Salud Lorca Centro
- Centro de Salud Lorca San Diego
- Centro de Salud Lorca Sur
- Centro de Salud Puerto Lumbreras
- Centro de Salud Totana

- Consultorio Aguaderas
- Consultorio Aledo
- Consultorio Almendricos
- Consultorio Avilés
- Consultorio Barrio del Francés
- Consultorio Calabardina
- Consultorio Campillo
- Consultorio Campo López
- Consultorio Cazalla
- Consultorio Consejero
- Consultorio Coy
- Consultorio Doña Inés
- Consultorio El Esparragal (Puerto Lumbreras)
- Consultorio La Campana / Pozo Higuera
- Consultorio La Escucha
- Consultorio La Hoya
- Consultorio La Torrecilla
- Consultorio Las Terreras
- Consultorio Los Arejos
- Consultorio Marchena
- Consultorio Paretón
- Consultorio Puente La Pía
- Consultorio Purias
- Consultorio Ramonete
- Consultorio Tercia
- Consultorio Tova-La Parroquia
- Consultorio Zarcilla de Ramos
- Consultorio Zarzadilla de Totana



**Figura 5. Organigrama Gerencia del Área III de Salud. Lorca. Murcia. 2017.**



**Fuente:** Unidad de Calidad Área III de Salud. Lorca.

**Tabla 24. Recursos Humanos del Área III de Salud. Lorca. Murcia. 2017.**

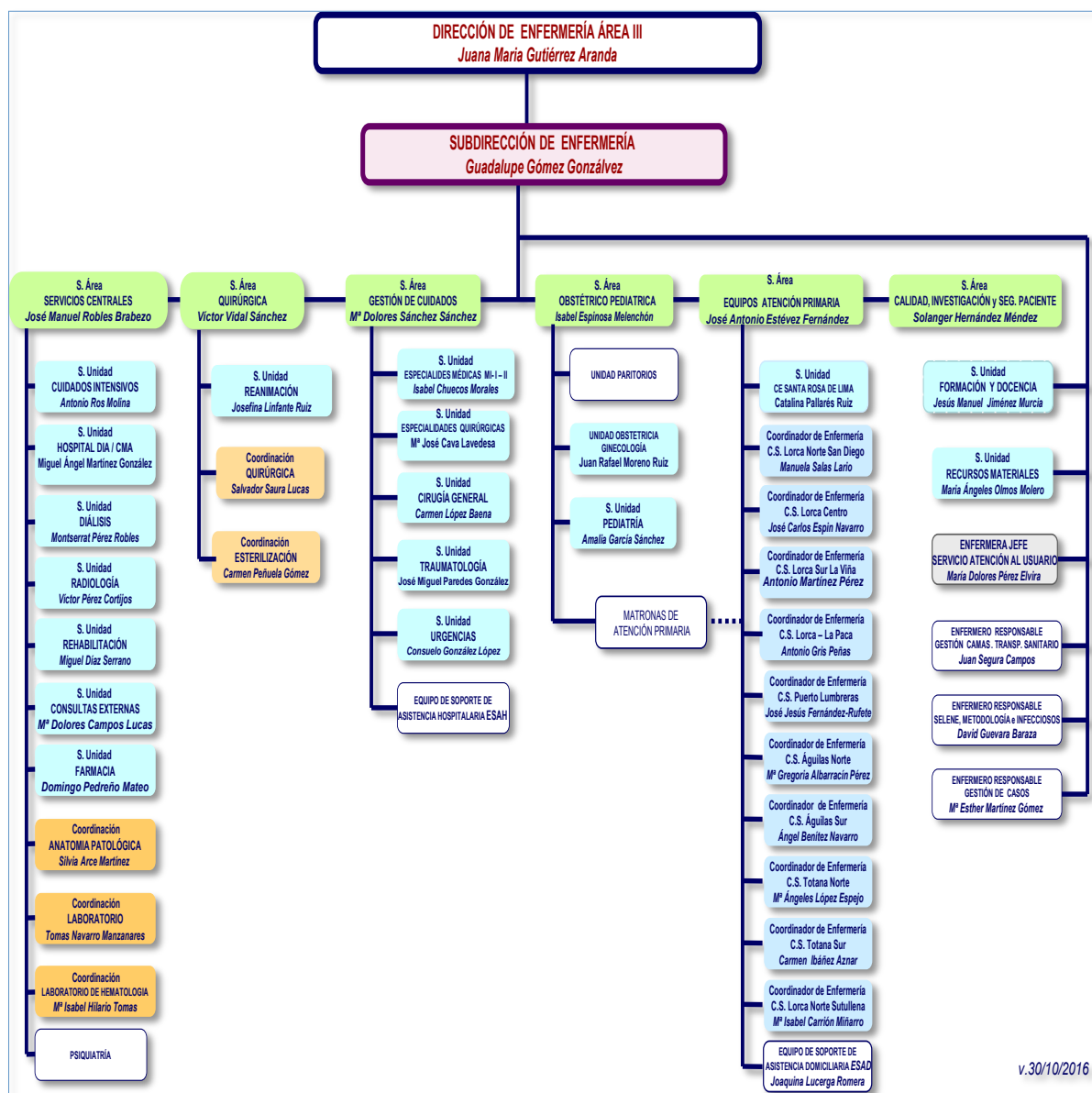
<b>PLANTILLA ORGÁNICA DEL ÁREA III DE SALUD</b>	<b>Total</b>
<b>PLANTILLA GERENCIA ÁREA III</b>	<b>1473</b>
PERSONAL DIRECTIVO	7
SERVICIOS CENTRALES DE GERENCIA DE ÁREA	65
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	1054
ATENCIÓN PRIMARIA	347

**Fuente:** Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba y modifica la plantilla de la gerencia del Área III-Lorca. 31 de enero de 2017.

La División de Enfermería del Área III de Salud, bajo la dependencia de la Gerencia del Área de Salud, es el órgano responsable de los servicios de enfermería.

Está estructurada organizativamente con una Dirección, de la cual dependen una Subdirección, seis supervisiones de área, diecinueve supervisiones de unidad o servicio, dos coordinadores de unidad o servicios hospitalarios, una enfermera jefe del servicio de atención al usuario, dos enfermeros responsables, diez coordinadores de centros de salud y una enfermera responsable del equipo de soporte de atención domiciliaria (figura 6).

**Figura 6. Organigrama División de Enfermería del Área III de Salud. Lorca. Murcia. 2017.**



Fuente: Unidad de Calidad Área III de Salud. Lorca

Los profesionales que conforman la división de enfermería son: matronas, enfermeros, fisioterapeutas, técnicos en anatomía patológica, radiodiagnóstico, análisis clínicos, documentación sanitaria, cuidados auxiliares de enfermería e higienistas dentales. El personal al que ha estado dirigido este estudio son las enfermeras y matronas adscritas a esta dirección (Tablas 25 y Tabla 26).

**Tabla 25. Recursos Humanos adscritos a la División de Enfermería. 2012**

						<b>Total D. Enfermería</b>	<b>706</b>			
<b>PRIMARIA</b>		<b>142</b>				<b>Dirección Enfermería Gestión</b>	<b>30</b>			
						<b>Total AP</b>	<b>142</b>			
		<b>ENF</b>	<b>AUX</b>	<b>MAT</b>	<b>FIS</b>	<b>HIG</b>	<b>Total AE</b>	<b>534</b>		
		103	20	8	6	5	<b>Enfermeras Gestión</b>	<b>27</b>		
						<b>Enfermeras AP</b>	<b>111</b>			
						<b>Enfermeras AE</b>	<b>252</b>			
<b>HOSPITAL</b>		<b>534</b>				<b>Total Enfermeras Área III</b>	<b>390</b>			
<b>Gestión</b>										
<b>ÁREA</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>SAU</b>	<b>COOR</b>	<b>ENF</b>	<b>AUX</b>	<b>TER</b>	<b>TEL</b>	<b>TAP</b>	<b>MAT</b>	<b>FIS</b>
6	19	1	2	240	212	20	34	5	12	11

Fuente: Área de Recursos Humanos de la División de Enfermería del Área III de Salud

**Tabla 26. Recursos Humanos adscritos a la División de Enfermería. 2016**

<b>GESTIÓN</b>	<b>Directora</b>	<b>Sub Directora</b>	<b>Supervisor Área</b>	<b>Supervisor Unidad</b>	<b>SAU</b>	<b>Coordinador TE</b>				<b>Total Área Dirección Enfermería</b>		
<b>30</b>	1	1	6	19	1	2				<b>725</b>		
										<b>Enfermeras</b>		
<b>PRIMARIA</b>	<b>ENF</b>	<b>AUX</b>	<b>MAT</b>	<b>FIS</b>	<b>HIG</b>					<b>Total Gestión</b>	<b>27</b>	
<b>145</b>	103	20	8	6	5					<b>Total AP</b>	<b>113</b>	
<b>ESAD</b>	2	1									<b>Total Hospital</b>	<b>255</b>
										<b>Total Área</b>	<b>395</b>	
<b>HOSPITAL</b>	<b>ENF</b>	<b>AUX</b>	<b>TER</b>	<b>TEL</b>	<b>TAP</b>	<b>TDS</b>	<b>MAT</b>	<b>ENF S. MENTAL</b>	<b>FIS</b>			
<b>550</b>	238	216	21	40	5	1	14	3	12			

Fuente: Área de Recursos Humanos de la División de Enfermería del Área III de Salud

El principal objetivo de la división de enfermería es el cuidado de la persona, la familia y la comunidad. La misión es proporcionar cuidados de enfermería de alta calidad a los usuarios del Área III de Salud, a través del desarrollo de las competencias profesionales, con continuidad de los cuidados, aplicando destrezas habilidades y conocimientos basados en la evidencia científica, con el mejor trato humano y el manejo óptimo de los recursos, para satisfacer las necesidades y expectativas de las personas, familias, comunidad y sociedad. En su visión esta ser un centro comprometido con la excelencia en cuidados de enfermería, orientado hacia la enfermería avanzada, con autonomía profesional y procesos de mejora continua, basados en la mejor evidencia científica disponible y ser reconocidos por nuestros usuarios y profesionales por el alto nivel de satisfacción.

En cuanto a los órganos de asesoramiento y representación en los que participa la división de enfermería, tal como se establece en la Resolución de 11 de Abril de 2007, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se publica el Reglamento de Organización, Estructura y Funcionamiento del Área de Salud III de Lorca, los órganos de asesoramiento y representación son los órganos de carácter consultivo en los que participan los profesionales del área de salud con el fin de asesorar a los órganos de dirección en la toma de decisiones y como tal tienen esta consideración los comités, juntas u otros órganos colegiados que se estimen necesarios para el buen funcionamiento del área de salud.

En particular, la Gerencia del Área de Salud III (Lorca) cuenta con los siguientes órganos de asesoramiento y representación en los que participan diversos miembros de la División de Enfermería:

❖ **Comisión de Dirección:**

Es el órgano responsable de la toma de decisiones que afecten a la Gerencia del Área de Salud III (Lorca). Esta presidida por el Gerente del Área de Salud y entre otros la integra la Dirección y Subdirección de Enfermería.

#### ❖ **Consejo de Gestión:**

Es el órgano colegiado de la planificación y ordenación de la prestación asistencial y de participación de los profesionales en la toma de decisiones que afecten a sus actividades. Entre otros integrantes, forman parte del mismo la Dirección y Subdirección de Enfermería, Supervisores de Área, Supervisores de Unidad y Coordinadores de Enfermería de EAP.

#### ❖ **Junta Técnico Asistencial:**

Es el órgano de asesoramiento de la Comisión de Dirección respecto de la actividad asistencial y forman parte de su composición el Director y Subdirector de Enfermería, un supervisor y un enfermero de atención hospitalaria y un responsable de Enfermería de equipo de atención primaria. Está junta se encuentra pendiente de constitución.

#### ❖ **Comisión de Coordinación Asistencial:**

Le corresponde el estudio de las medidas relacionadas con la eficacia en el trato de los pacientes, el control y seguimiento de las listas de espera y la adopción de las medidas necesarias para su adecuación, así como la protocolización de las patologías y asegurar la continuidad asistencial entre los distintos niveles. Forman parte de esta comisión el director y subdirector de enfermería.

#### ❖ **Comité de Seguridad y de Salud Laboral.**

Es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones en la Gerencia respecto del personal adscrito a la misma en materia de prevención de riesgos laborales. Por parte de la División de Enfermería lo constituyen: El Director de Enfermería, Subdirector de Enfermería y Supervisor de RRHH.

#### ❖ **Comisión de Uso Racional del Medicamento**

Dentro de su constitución la División de Enfermería está representada por la Supervisora de Líneas Estratégicas y la Responsable de Farmacia y sus funciones se centran en el análisis del gasto farmacéutico y su impacto, el control de gestión del gasto, el uso racional del medicamento, la elaboración y actualización de la guía fármaco terapéutica del área.

#### ❖ **Comisión de Formación Continuada e Investigación**

Le corresponde diseñar y proponer a la Gerencia el programa de formación, así como su evaluación, además de diseñar y proponer el programa de actividades y de desarrollo de la investigación clínica. La Dirección de Enfermería está representada por el Supervisor de Formación y Docencia, la Supervisora de Calidad e Investigación, un enfermero de atención hospitalaria y un enfermero de atención primaria.

#### ❖ **Comité de Ética Asistencial:**

Es un órgano independiente de deliberación de carácter consultivo y de composición multidisciplinar creado al servicio de usuarios y profesionales para el análisis y asesoramiento sobre los conflictos éticos que se suscitan en el seno de la labor asistencial, teniendo como objetivo final la mejorara de la calidad asistencial a través de la contemplación de la dimensión ética de la práctica clínica y fomentar la excelencia del ejercicio profesional. Esta constituida por una enfermera del área hospitalaria médica, una enfermera del área hospitalaria quirúrgica y una enfermera de atención primaria.

#### ❖ **Comisión de Historias Clínicas:**

Responsable de analizar la evaluación y mejora de los procesos relacionados con la historia clínica, como herramienta de continuidad asistencial. Participan en ella

personal de enfermería de codificación, un enfermero del área médica, un enfermero del área quirúrgica y un enfermero de atención primaria.

❖ **Comisión de Transfusiones y Hemoterapia:**

Tienen la función de analizar, mejorar y evaluar los procesos relacionados con las transfusiones y hemoterapia en el área. La división de enfermería participa a través del responsable de laboratorio, supervisora de área obstétrico pediátrica, supervisora del área médica y supervisora de área quirúrgica.

❖ **Comisión de Tumores, Tejidos y Mortalidad:**

Participan en ella un enfermero del área quirúrgica y un enfermero del Hospital de Día de atención a pacientes oncológicos.

❖ **Comisión de Enfermería**

Es el órgano responsable de la toma de decisiones que afecten a la División de Enfermería. Esta presidida por el Director de Enfermería y la integran el Subdirector de Enfermería y los siete supervisores de área.

❖ **Comisión de Cuidados**

Es el órgano presidido y coordinado por la División de Enfermería responsable de la coordinación de los cuidados que se prestan en los distintos niveles asistenciales, además del análisis, estudio y propuesta de mejora de los cuidados de enfermería, así como el establecimiento de protocolos de enfermería.

❖ **Otras Comisiones con participación de enfermería:**

- Comisión del Dolor
- Comisión de Infecciones



- Comisión Quirúrgica
- Comisión de Humanización
- Comisión de Práctica Basada en la Evidencia
- Comisión de Seguridad del Paciente
- Comité de Lactancia Materna

❖ **Oficina de seguimiento del contrato de gestión del Área III: (OSCGAIII)**

Es la unidad de asesoramiento, seguimiento, gestión y tramitación de cuantos documentos, informes, auditorias y evaluaciones se encuadran en el Contrato de Gestión. Actúa como elemento dinamizador permanente del despliegue y la responsabilización de los objetivos anuales. Esta conformada por: Coordinador de Calidad quién actúa como responsable de la misma y el grupo de trabajo lo integra: Coordinador de Formación e Investigación, Supervisora de Calidad e Investigación, Supervisor de Formación y Docencia, Supervisora de Líneas Estratégicas, Supervisor de Equipos de Atención Primaria, Responsable de Gestión Económica Financiera, Responsable de Recursos Humanos, Administrativa.

❖ **Grupos de trabajo regionales en los que participa enfermería del Área III.**

- Proyecto BIPAP-SMS.
- Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería (GREMCCE).
- Grupo Regional de Enfermería de Valoración Nutricional.
- Grupo Regional de Enfermería de Valoración del Dolor.
- Grupo de Cuidados de Enfermería Basados en la Evidencia (CEBE).
- Delegación Murciana de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología.
- Proyecto RN4CAST. "Planificación de los recursos humanos en enfermería y su relación con la calidad de los cuidados. Replicación del proyecto europeo RN4CAST en la Región de Murcia."
- Grupo Regional de Cuidados Paliativos Hospitalarios y Domiciliarios.

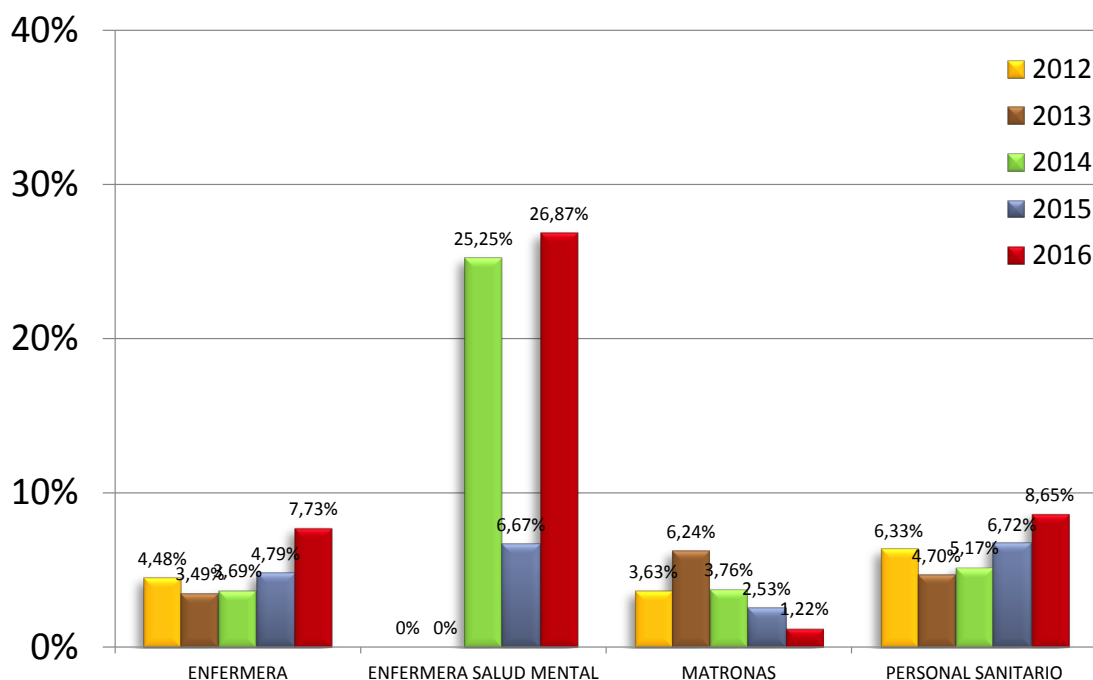
### ❖ Grupos de trabajo en el Área III de Salud

- Grupo de Ostomias
- Grupo de Dolor
- Grupo de Lactancia Materna
- Grupo de Caidas
- Grupo de Profesionalidad y Liderazgo

Para contextualizar la situación laboral de los profesionales de enfermería mostramos a continuación algunos indicadores recogidos a partir de los registros que tiene la organización y que están relacionados con el objeto de nuestro estudio. En primer lugar se muestra la distribución del porcentaje del nivel de absentismo del personal de enfermería (Gráfico 6).

**Gráfico 6: Nivel de absentismo del personal de enfermería del área III de salud.**

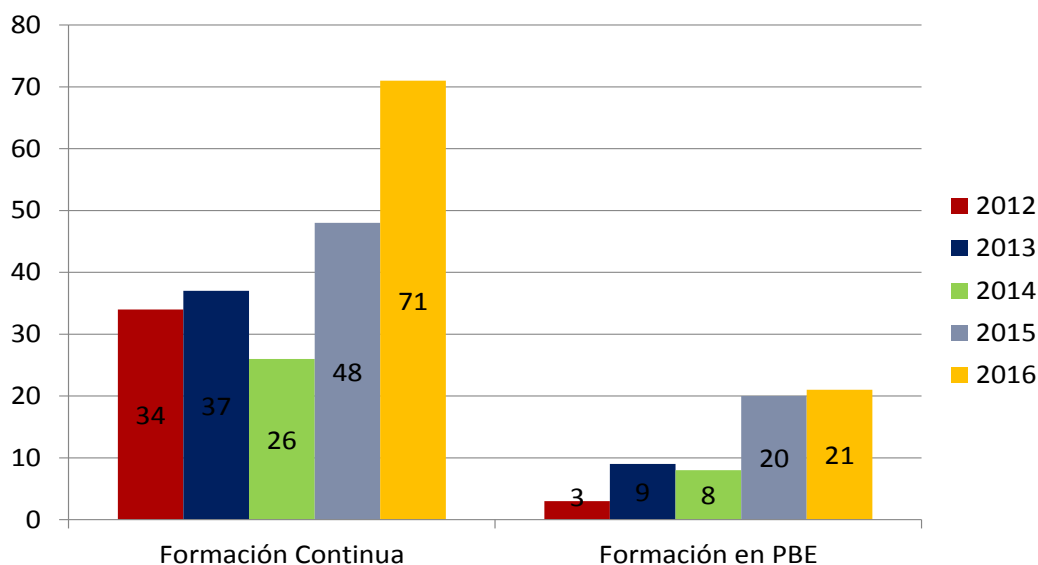
**Lorca**



**Fuente:** Unidad de Recursos Humanos del Área III de Salud.

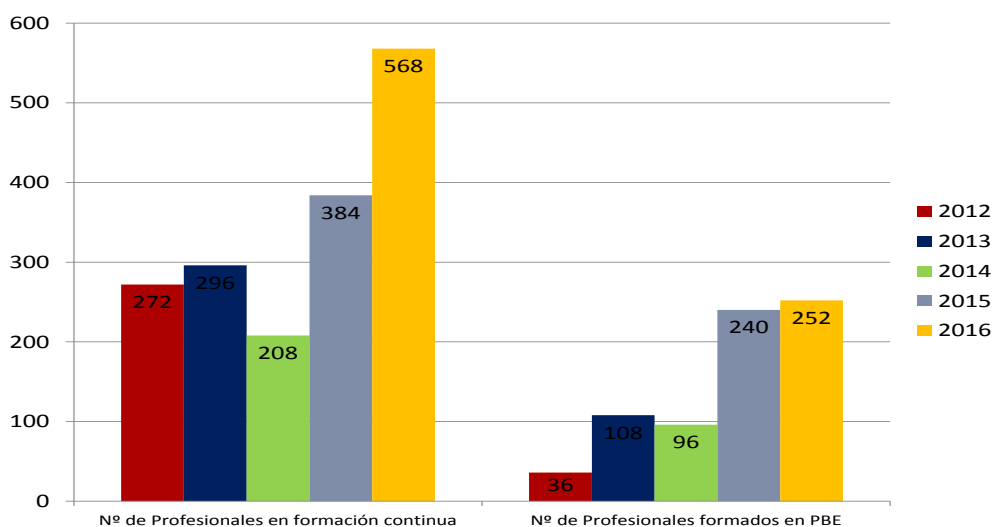
A continuación se muestran datos sobre la formación continua y número de profesionales formados (Gráficos 7 y 8) así como de la producción científica del personal de enfermería (Gráfico 9).

**Gráfico 7: Número de Actividades de Formación Continua y Formación en PBE del personal de enfermería del área III de salud. Lorca.**



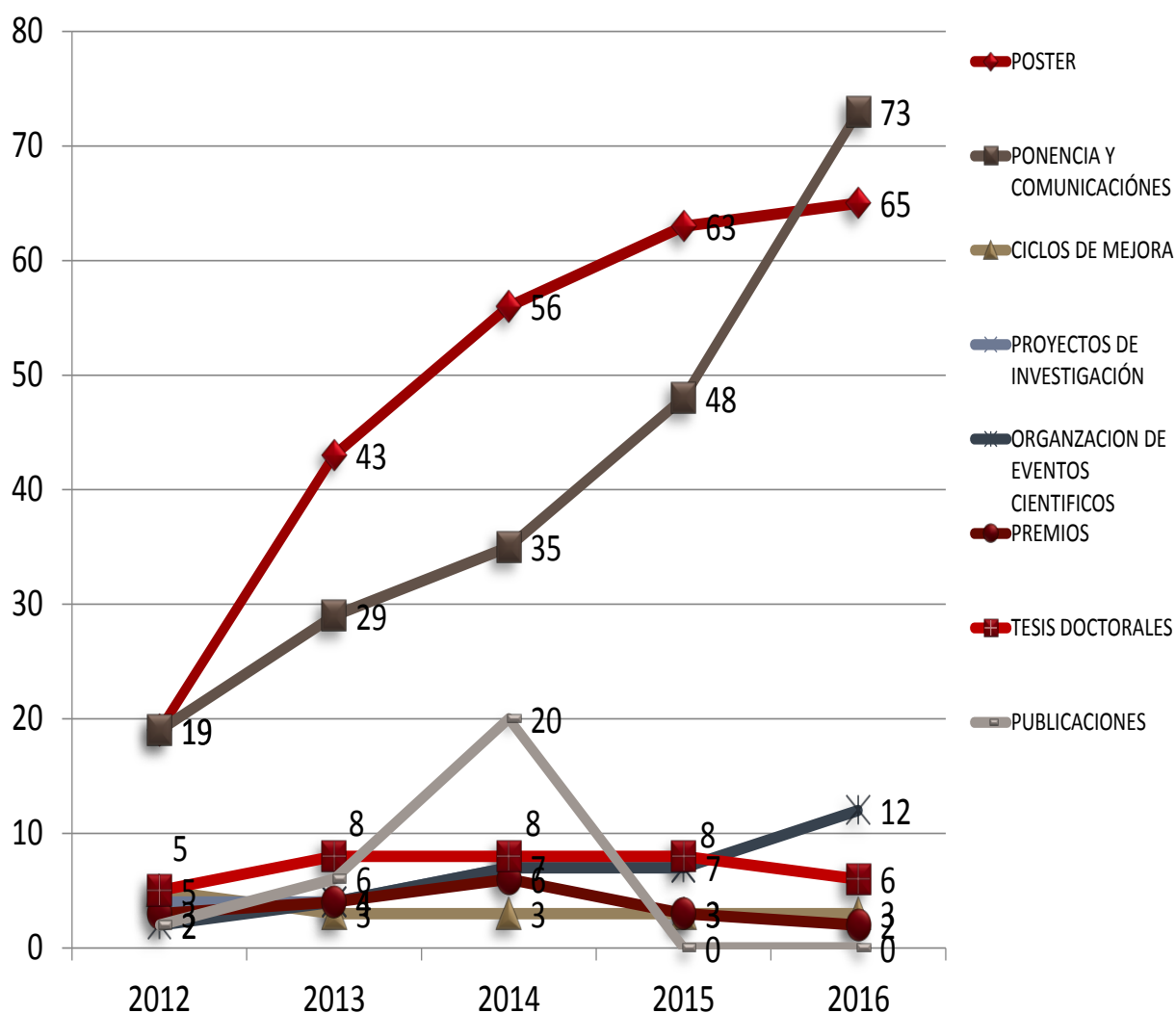
**Fuente:** Unidad de Formación y Docencia del Área III de Salud Lorca.

**Gráfico 8: Nº de Profesionales de enfermería formados en Formación Continua y en PBE del área III de salud. Lorca.**



**Fuente:** Unidad de Formación y Docencia del Área III de Salud Lorca.

**Gráfico 9: Producción científica del personal de enfermería del área III de salud. Lorca.**



**Fuente.** Unidad de Calidad e Investigación Área III de Salud. Lorca.

#### **4.2.1. Programas para la mejora del entorno laboral y la calidad de los cuidados en el área III de Salud de Lorca**

En el periodo transcurrido entre ambos momentos del estudio se puso en marcha el Programa de implantación de Guías de Práctica Clínica “Centros Comprometidos

con la Excelencia en Cuidados (CCEC®)". Del mismo modo, el área participa en el Grupo Regional para la evaluación y mejora de la calidad de cuidados de enfermería (GREMCCE) y en el Programa Regional para la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia. Ambos programas han sido descritos de manera detallada en el apartado 2. Marco Conceptual de la tesis.

#### **4.3. Sujetos de estudio**

La población estuvo formada inicialmente por 390 participantes en el año 2012 y 395 en el año 2016, es decir el 100% del personal de enfermería y matronas adscrito a la División de Enfermería del área III de salud de Lorca, Murcia. Teniendo en cuenta el número de sujetos que forman la población, se decidió incluir a toda la población en el estudio, por lo que se incluyeron los individuos que voluntariamente cumplimentaron el cuestionario.

#### **4.4. Criterios de selección**

Profesionales de enfermería de atención hospitalaria y comunitaria que tenían algún tipo de relación laboral con el Servicio Murciano de Salud, Área III en el momento de realizar el estudio y que se encontraban en servicio activo.

#### **4.5. Variables de estudio**

En el estudio se incluyeron indicadores de calidad de los cuidados de enfermería y de seguridad del paciente y eventos adversos obtenidos de los registros de la organización. Por otra parte se incluyeron variables relacionadas con los profesionales de enfermería como son variables sociodemográficas, laborales, actitud ante la PBE, y sobre percepción del entorno y satisfacción laboral, así como percepción de los profesionales de la calidad de los cuidados que prestan y seguridad del paciente.

Concretamente se midieron las siguientes variables:

- a. *Datos sociodemográficos*: Edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia.
- b. *Datos laborales*: Año de obtención del título, otra formación de grado y postgrado. Tipo de contrato., Nivel de atención. Unidad de trabajo. Experiencia laboral global, experiencia laboral en la unidad. Turno de trabajo. Colegiación. Sindicación. Participación como tutor de prácticas. Participación en comisiones clínicas. Absentismo laboral.
- c. *Formación continuada y producción científica*: Horas de formación continuada relacionada con el desarrollo profesional, horas de formación en PBE, producción científica especificando nº de comunicaciones (póster, oral), nº de ponencias, nº de publicaciones científicas (capítulos de libro/revistas), organización de jornadas científicas.
- d. *Práctica basada en la evidencia*. Se midió a través de una única pregunta el porcentaje en el que consideran se está aplicando la PBE en sus unidades o centros de trabajo. También se medirá la actitud de los profesionales de enfermería ante la PBE a través del cuestionario CAPEBE.
- e. Clima organizacional. Se medirá a través del cuestionario del Cuestionario de clima organizacional, Koys & Decottis.
- f. *Valoración autodeclarada de la satisfacción laboral*, en relación con la satisfacción con el trabajo actual, así como con 10 aspectos distintos relacionados con las condiciones laborales.
- g. *Valoración autodeclarada de los profesionales de enfermería sobre la calidad de los cuidados* que presta, en relación con: 1) La calidad de los cuidados de enfermería en la unidad, cambios en la calidad de los cuidados en el último año; 2) Preparación de los pacientes para el alta; 3) Seguridad en la actuación de la organización sobre los problemas notificados.

- h. *Valoración autodeclarada de la seguridad del paciente*, en relación con: 1) Valoración global de la unidad en la seguridad del paciente; 2) siete aspectos relacionados con la cultura de seguridad en las unidades de enfermería.

#### **4.6 Instrumentos para la recogida de datos**

El cuestionario final quedó constituido por 5 bloques (A, B, C, D y E). En el bloque A se solicitó los datos de carácter socio-demográfico y profesional, el bloque B consistió en un cuestionario sobre la actitud ante la práctica basada en la evidencia, el bloque C sobre el clima organizacional, el bloque D planteó las preguntas acerca de la satisfacción con el trabajo en la unidad o centro de salud y el bloque E pregunta acerca de la percepción de la calidad y seguridad de la atención ofrecida a los pacientes/usuarios (Anexo 1).

A continuación se describen las características psicométricas de los cuestionarios empleados.

**- Cuestionario de Actitud ante la Enfermería Basada en la Evidencia.**  
*Aplicación del Cuestionario de Enfermería Basada en la Evidencia Actitud (CAPEBE). Ruzafa-Martínez (2011).*

El cuestionario CAPEBE ha sido diseñado con la finalidad de conocer la actitud de los profesionales de enfermería ante la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia. Proporciona un perfil de la “actitud” de los profesionales de enfermería ante la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia.

Ha sido creada para su aplicación en profesionales de enfermería que trabajan en atención primaria, aunque también puede utilizarse en profesionales de otras áreas y especialidades y mide los tres componentes: creencias, preferencias e intenciones de las enfermeras ante la práctica de la EBE. Consta de 15 ítems que detectan tanto una actitud favorable como desfavorable ante la práctica basada en la evidencia (también denominada enfermería basada en la evidencia), y que

conforman 3 dimensiones. Creencias y expectativas (7 ítems), Intención de conducta (4 ítems) y Preferencias (4 ítems) ante la EBE. Los ítems se redactaron como afirmaciones respecto al objeto actitudinal “enfermería basada en la evidencia”, formulados en escala tipo Likert de 5 puntos desde 1 “muy en desacuerdo” hasta 5 “muy de acuerdo”. (Ruzafa-Martínez M. López-Iborra L, Madrigal-Torres M. (2011)

El cuestionario ha establecido su validez facial y de contenido. El alfa de Cronbach es de 0,853 para todo el cuestionario. La fiabilidad interna también fue confirmada para cada una de las subescalas con un alfa de Cronbach de 0,86 para el factor 1: creencias y expectativas; 0,63 para el factor 2: la intención de conducta y 0,70 para el factor 3: las preferencias hacia la EBE. Los coeficientes de correlación se encontraron alrededor de 0,255 ( $p < 0,001$ ), lo que sugiere una relación positiva pero moderada.

La Escala se compone de tres factores o dimensiones que explican un 54,7% de la varianza total del constructo Actitud ante la Prácticas de la EBE. El porcentaje de varianza explicada por el factor o dimensión 1, “Creencias y expectativas ante la práctica basada en la evidencia” es del 35,05%; el segundo factor, 2 “Intención de conducta” tiene un valor de 11,62% y, el tercer factor 3 “Preferencias” supone un 8%.

**- Cuestionario de Clima organizacional.** *Aplicación del Cuestionario de clima organizacional, Koys & Decottis (1991) para medir el clima organizacional en la unidad de trabajo.*

Este cuestionario, previamente adaptado y validado (Chiang, Salazar, Huerta & Núñez, 2008), consiste en 42 ítems y mide las dimensiones de clima organizacional: Autonomía, Cohesión, Confianza, Apoyo, Reconocimiento, Equidad e Innovación y Presión. Entendiendo por cada una de ellas:



*Autonomía:* Percepción del trabajador acerca de la autodeterminación y responsabilidad necesaria en la toma de decisiones con respecto a procedimientos del trabajo, metas y prioridades.

*Cohesión:* Percepción de las relaciones entre los trabajadores dentro de la organización, la existencia de una atmósfera amigable y de confianza y proporción de ayuda material para la realización de tareas.

*Confianza:* la percepción de la libertad para comunicarse abiertamente con los superiores, para tratar temas sensibles o personales con la confianza suficiente de que esa comunicación no será violada o usada en contra de los miembros.

*Presión:* La percepción que existe con respecto a los estándares de desempeño, funcionamiento y finalización de la tarea.

*Apoyo:* La percepción que tienen los miembros acerca del respaldo y tolerancia en el comportamiento dentro de la institución. Esto incluye el aprendizaje de los errores por parte del trabajador, sin miedo a represalias de sus superiores o compañeros de trabajo.

*Reconocimiento:* La percepción que tiene los miembros de la organización, con respecto a la recompensa que reciben, por su contribución a la empresa.

*Equidad:* la percepción que los empleados tienen, acerca de si existen políticas y reglamentos equitativos y claros dentro de la institución.

*Innovación:* La percepción que se tiene acerca del ánimo que se tiene para asumir riesgos, ser creativo y asumir nuevas áreas de trabajo, donde se tenga poco o nada de experiencia.

Los trabajadores responden a cada elemento utilizando un formato de respuesta de Likert de cinco puntos (de “*Muy de acuerdo* = 5” a “*Totalmente en desacuerdo* = 1”).

Las valoraciones de las escalas se obtienen mediante la suma total de los valores de los cinco elementos de cada escala.

Los coeficientes de fiabilidad del clima organizacional muestran coeficientes altos, la única excepción está en la subescala presión donde se ve la menor fiabilidad. El instrumento para medir el clima organizacional de Koys & Decottis, (1991) tiene un coeficiente de fiabilidad con un alfa de Cronbach 0,929. Los factores extraídos son 2 que explican en total un 53,8% de la varianza total (Chiang, Salazar, Huerta & Núñez, 2008).

**- Cuestionario de Satisfacción de los Profesionales de Enfermería y Percepción de la Calidad de los Cuidados y de la Seguridad del Paciente:**

En el marco del proyecto RN4CAST, y fruto de estudios previos acerca de los factores que tienen más influencia en la satisfacción laboral, se elaboraron una serie de preguntas acerca de la satisfacción percibida en relación a: flexibilidad en el horario, oportunidades de promoción profesional, autonomía en el trabajo, estatus profesional, salario, oportunidades de formación, vacaciones, derecho a bajas por enfermedad y permisos por estudios. Estas preguntas se midieron en una escala de Likert, con valores comprendidos entre 1 “muy insatisfecho” y 4 “muy satisfecho”.

Además, y en relación al nivel de satisfacción laboral con el puesto actual, se introdujeron preguntas acerca del grado de recomendación del hospital a otros profesionales y pacientes.(Carmen Fuentelsaz-Gallego et al., 2012). También, en base a los trabajos de Aiken (L H. Aiken et al., 2001) (Linda H. Aiken, Sloane, et al., 2011) se añadió una pregunta única acerca del grado de satisfacción laboral en el trabajo actual (coeficiente de fiabilidad 0,7 (Wanous, Reichers, & Hudy, 1997)

Para la recogida de información acerca de la percepción de calidad de cuidados y la seguridad del paciente se crearon las siguientes medidas de calidad de la atención de enfermería a partir de la literatura existente (Linda H. Aiken et al., 2002):

informes de enfermería sobre la calidad de la atención domiciliaria en su unidad, sobre su último turno y cambios en la calidad de la atención de enfermería el año pasado; disposición de los pacientes para el alta. La respuesta se midió en escalas tipo Likert que variaban entre 3 opciones y 5 opciones de respuesta según el tipo de pregunta.

Además, se incluyeron 7 preguntas derivadas del cuestionario de cultura de seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.) y de la Safety Organizing Scale (Vogus & Sutcliffe, 2007) para medir la cultura de seguridad en las unidades de enfermería y hospitales seleccionados (rangos de puntuación entre 1 "Muy en desacuerdo" y 5 "Muy de acuerdo").

#### **4.7 Proceso de recogida de datos**

Previo a la recolección de los datos, se solicitó permiso a la Gerencia y al Comité de Investigación del Área, para obtener los datos requeridos de la organización específicamente datos de la Unidad de Calidad e Investigación y del Área de Recursos Humanos, así como para acceder a los profesionales (Anexo 2).

Los datos de los profesionales de enfermería se recogieron en dos momentos durante el estudio. El momento inicial (M0), entre enero-abril de 2012 y el segundo momento de evaluación (M1) entre noviembre de 2016 y febrero de 2017. En 2012 se obtuvo la candidatura a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. Durante el periodo comprendido entre 2012-2015 se puso en marcha el proyecto de implantación de las guías de práctica clínica de la RNAO y se obtuvo la acreditación como CCEC® en marzo de 2015. Posteriormente se implantó otra GBP sobre la prevención de caídas y continúa el trabajo de sostenibilidad de las primeras guías implantadas y la implantación de las guías siguientes.

Para la obtención de los datos del estudio se desarrolló un cuestionario específico autocumplimentado el cual fue entregado a los profesionales directamente, la participación fue voluntaria y anónima. La aplicación del cuestionario fue en forma

personal, autoaplicado y sin control de tiempo. En el mismo se hacía constar, además de solicitarles el consentimiento que responder el cuestionario suponía otorgar el consentimiento informado, explicando en la página principal el fin del estudio y que se adaptaba a las normativas éticas, deontológicas y legales establecidas. También se explicitaba que había obtenido todos los permisos de los comités y la autorización firmada por la gerencia.

#### **4.8 Análisis de datos**

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo, aportando las medias y desviaciones estándar (DE), para las variables continuas más relevantes y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Las pruebas estadísticas que se utilizaron para comparar las variables sociolaborales y de la organización en los profesionales encuestados en 2012 (M0) y en 2016-17 (M1) fueron la prueba de Ji-cuadrado ( $\chi^2$ ) para comparar proporciones (variables cualitativas), y cuando se trataban de variables cuantitativas la prueba de la t de Student para la comparación de medias independientes y la prueba de ANOVA de un factor para la comparación de más de dos medias. Cuando los datos o variables no cumplían los criterios de aplicación de la pruebas paramétricas se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis respectivamente.

Para hacer los análisis multivariantes se ha empleado la regresión logística. Para una primera exploración de los datos se utilizó el método introducción, y para obtener el modelo más ajustado se ha empleado el método hacia atrás. Para llevar acabo estos análisis las variables consideradas dependientes se han categorizado en 2 grupos. Los resultados se muestran como Odds Ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Todos los resultados se consideraron significativos estadísticamente para  $p < 0,05$ . Los datos se introdujeron en una base de datos y el análisis se efectuó con el paquete estadístico SSPS para Windows versión 21.0.

#### **4.9 Cumplimiento de normas éticas y legales**

Para la realización de la tesis se respetaron los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, de forma que no se provoquen riesgos innecesarios, ni invasión de la intimidad de los sujetos participantes.

Se obtuvo la autorización de la Gerencia y el Comité de Investigación del Área aprobó el proyecto. Para llevar a cabo el estudio se solicitó el consentimiento verbal de los participantes. Además se atendió a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE 298, 14 de diciembre de 1999, pags. 43088-43099).



# 5. Resultados







## 5. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se presentan en siete apartados: Características sociodemográficos, Características laborales, Compromiso con la formación y desarrollo disciplinar, Actitud ante la Práctica basada en la Evidencia, Clima organizacional, Satisfacción laboral, Percepción de la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes.

En primer lugar, respecto a los datos obtenidos de los profesionales se realizó un análisis descriptivo, aportando las medias y desviaciones estándar, para las variables continuas más relevantes y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Las pruebas estadísticas que se utilizaron para comparar las variables sociolaborales y de la organización en los profesionales encuestados en 2012 (M0) y en 2016-17 (M1) fueron la prueba de Ji-cuadrado ( $\chi^2$ ) para comparar proporciones (variables cualitativas), y cuando se trataban de variables cuantitativas la prueba de la t de Student para la comparación de medias independientes y la prueba de ANOVA de un factor para la comparación de más de dos medias. Cuando los datos o variables no cumplían los criterios de aplicación de las pruebas paramétricas se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis respectivamente.

Posteriormente, para hacer los análisis multivariantes se ha empleado la regresión logística. Para ello, las variables consideradas dependientes se han categorizado en 2 grupos. Para hacer los análisis multivariantes se ha empleado la regresión logística. Para ello, las variables consideradas dependientes se han categorizado en 2 grupos. En el caso de las dimensiones de la escala de actitud ante la PBE, se ha utilizado como punto de corte la mediana de cada dimensión. En el caso de la satisfacción con el trabajo actual, se ha segmentado agrupando las categoría muy insatisfecho y algo insatisfecho y por otra parte, agrupando las categoría moderadamente satisfecho y muy satisfecho.

La variable calidad de los cuidados de enfermería, se han agrupado las categorías mala y aceptable, y por otra parte buena y excelente, y finalmente la variable seguridad del paciente se ha segmentado agrupando las categorías deficiente, mala y aceptable, y por otra parte las categorías muy buena y excelente.

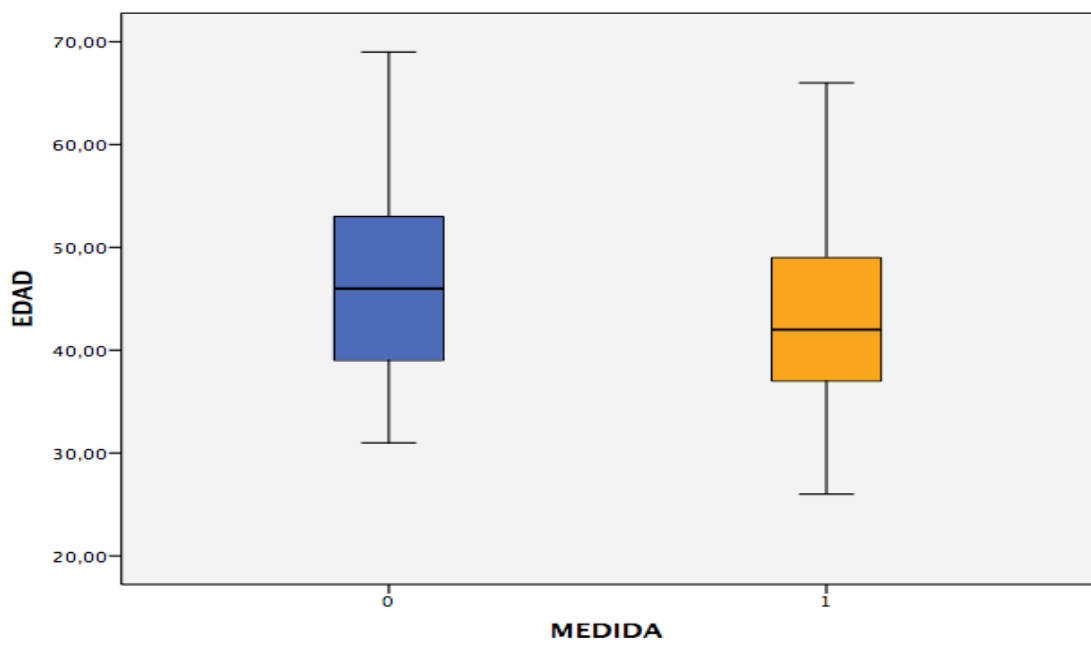
En todos los análisis se han incluido las variables de control edad (menor de 35 años o mayor de 35 años), nivel de atención (hospitalaria y primaria) y tipo de contrato, opción a) plantilla frente interino y sustituto y opción b) interino frente plantilla y sustituto). Todos los resultados se consideraron significativos estadísticamente para  $p < 0,05$ .

### **5.1. Características sociodemográficas**

En el estudio han participado en total 451 profesionales, 219 en la primera medida (M0) de un total de 363 profesionales de enfermería de atención directa a pacientes, lo que supone una tasa de respuesta del 60,33% y 232 en la segunda medida (M1), de un total de 368 profesionales, tasa de respuesta del 63,04%.

En la primera medida el 75% (159) de los profesionales fueron mujeres y en la segunda el 74,2% (170), diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 0,034;  $p = 0,854$ ). La edad de los profesionales en la primera medida es de 46,70 (DE 9,24) años y en la segunda de 43,23 (DE 8,71) años, las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney 17999,0;  $p < 0,0001$ ).

En el gráfico 24 se observa que la distribución del grupo de profesionales que han participado en la segunda medida es algo más joven. Se observan los siguientes percentiles en la primera medida  $P_{25} = 39$ ,  $P_{50} = 46$ ,  $P_{75} = 53$  y en la segunda medida  $P_{25} = 37$ ,  $P_{50} = 42$ ,  $P_{75} = 49$ .



**Gráfico 10** Bisagras de Tukey de la distribución de la edad de los profesionales de enfermería según el momento de la medida

Como se muestran en la tabla 27 el porcentaje más alto de profesionales en M0 y M1 señala que viven en pareja con hijos. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 5,60;  $p = 0,230$ ).

**Tabla 27. Distribución de las responsabilidades familiares de los profesionales según el momento de la medida**

Responsabilidades familiares	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Solo	13 (6,2)	16 (6,9)	29 (6,6)
En pareja con hijos	124 (59,3)	148 (64,1)	272 (61,8)
En pareja sin hijos	38 (18,2)	46 (19,9)	84 (19,1)
Con su familia	27 (12,9)	15 (6,5)	42 (9,5)
Con otras personas	7 (3,3)	6 (2,6)	13 (3,0)
Total	209 (100)	231 (100)	440 (100)

## 5.2. Características Laborales

En cuanto al nivel de atención un 65,8% (144) de los profesionales de M0 trabajaban en atención hospitalaria y mientras que en M1 lo hacía un 79,8% (185), diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 11,17;  $p = 0,001$ ).

Más de la mitad de los profesionales son plantilla fija del Servicio Murciano de Salud (SMS) y alrededor del 20% son interinos. La proporción de fijos es algo mayor en la primera medida, mientras que en la segunda medida es algo mayor la de sustitutos temporales (tabla 28). Las diferencias no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 7,62;  $p = 0,054$ ).

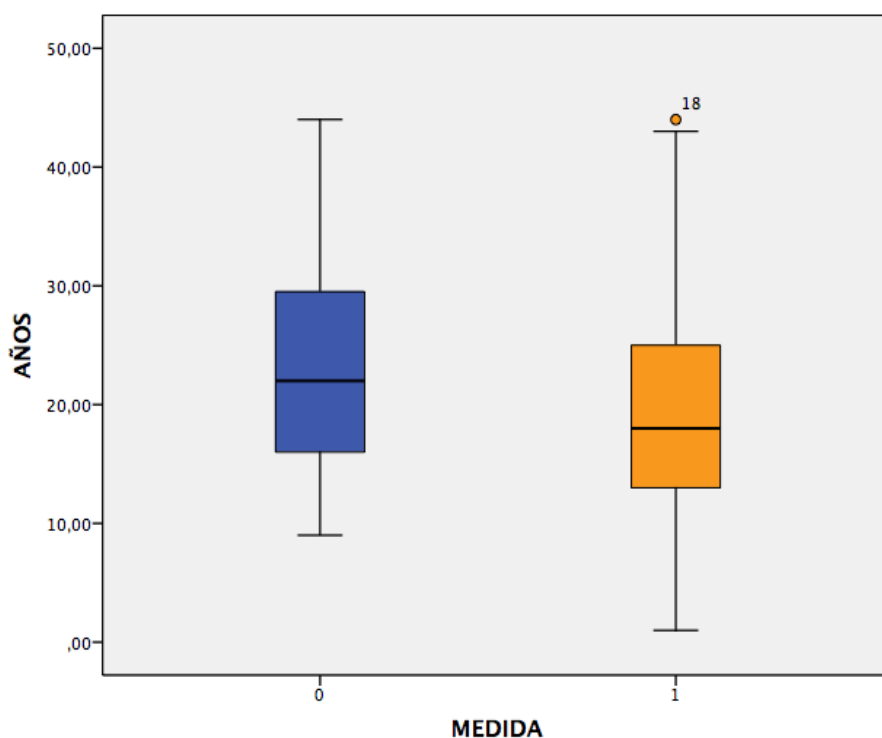
**Tabla 28. Distribución de la vinculación laboral con el SMS de los profesionales según el momento de la medida**

Vinculación laboral con el SMS	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Plantilla	136 (63,6)	120 (52,2)	256 (57,7)
Interina/o	45 (21,0)	54 (23,5)	99 (22,3)
Sustituto temporal	30 (14,0)	43 (23,0)	83 (18,7)
Acumulación de tareas	3 (1,4)	3 (1,3)	6 (1,4)
Total	214 (100)	230 (100)	444 (100)

Asimismo los profesionales trabajan mayoritariamente a jornada completa en ambos momentos con un 94,4% (203) en M0 y un 90,5% (209) en M1. Diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 2,45;  $p = 0,117$ ).

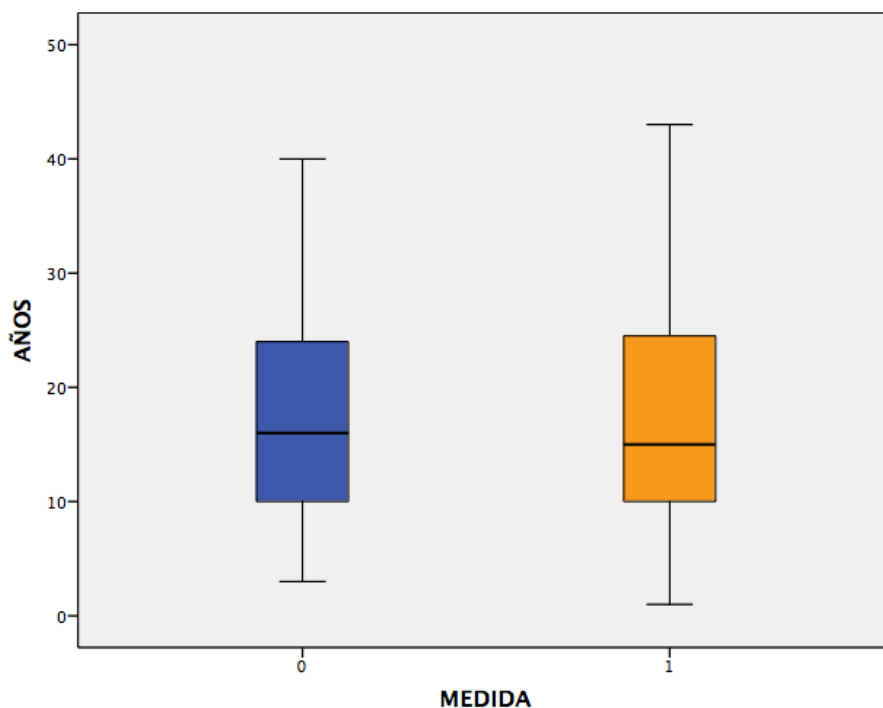
La media de años desde que los profesionales firmaron su primer contrato es de 23,57 (IC 95% 22,36 – 24,78) años en el grupo M0 y de 19,58 (IC 95% 18,37 – 20,79) años en M1. Las diferencias son estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney 17699,5;  $p < 0,001$ ). En el gráfico 11 se observa que la distribución del grupo de profesionales que han participado en la segunda medida tiene menos

años desde que firmaron su primer contrato. Se observan los siguientes percentiles en M0  $P_{25} = 16$ ,  $P_{50} = 22$ ,  $P_{75} = 29,5$  y en M1  $P_{25} = 13$ ,  $P_{50} = 18$ ,  $P_{75} = 25$ .



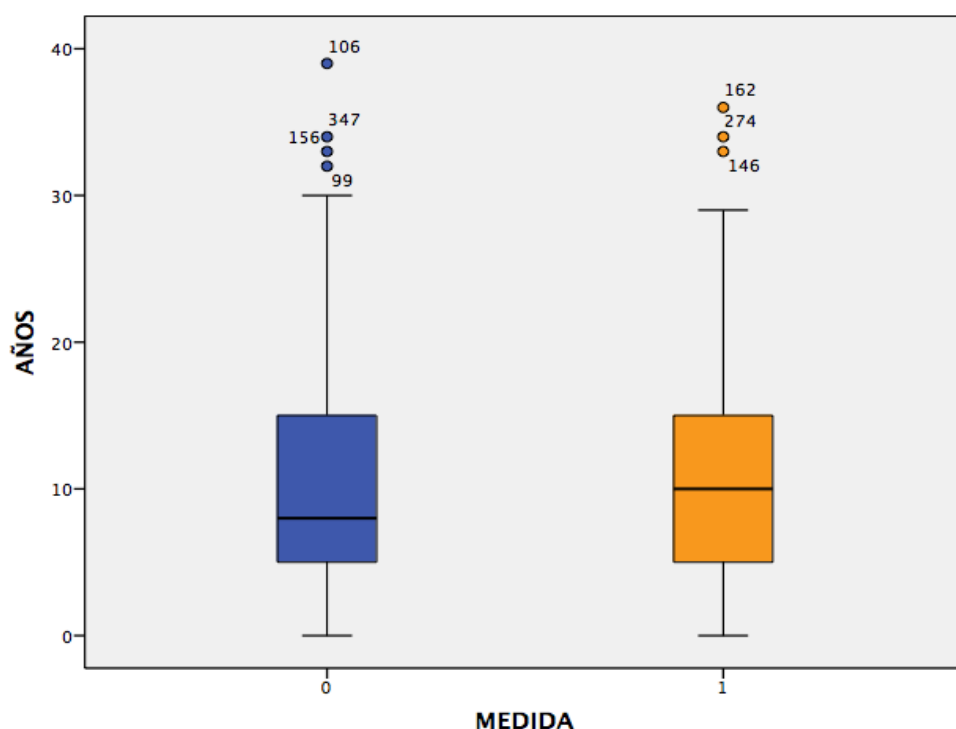
**Gráfico 11** Bisagras de Tukey de la distribución de los años de experiencia laboral de los profesionales de enfermería desde que firmaron el primer contrato según el momento de la medida

La experiencia laboral como profesionales de enfermería en total es de 17,84 (IC 95% 16,57 – 19,10) años de media en el grupo M0 y 16,92 (IC 95% 15,68 – 18,16) años en el grupo M1. Las diferencias son estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney 9483,5;  $p < 0,001$ ). En el gráfico 12 se observa que la distribución del grupo de profesionales que han participado en la segunda medida tiene menos experiencia laboral. Las distribuciones observadas presentan los siguientes percentiles en la primera medida  $P_{25} = 10$ ,  $P_{50} = 16$ ,  $P_{75} = 24$  y en la segunda medida  $P_{25} = 10$ ,  $P_{50} = 15$ ,  $P_{75} = 24,5$ .



**Gráfico 12** Bisagras de Tukey de la distribución de los años de experiencia laboral de los profesionales de enfermería según el momento de la medida

La experiencia laboral como profesionales de enfermería en el hospital/centro de salud es de 10,89 (IC 95% 9,53 – 12,25) años de media en el grupo M0 y 11,06 (IC 95% 9,79 – 12,33) años en el M1. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney 11630,5;  $p = 0,600$ ). En el gráfico 25 se observa que la distribución del grupo de profesionales que han participado en la segunda medida tiene más experiencia laboral en el hospital/centro de salud y presentan los siguientes percentiles, en la primera medida  $P_{25} = 5$ ,  $P_{50} = 8$ ,  $P_{75} = 15$  y en la segunda medida  $P_{25} = 5$ ,  $P_{50} = 10$ ,  $P_{75} = 15$ .



**Gráfico 13** Bisagras de Tukey de la distribución de los años de experiencia laboral en el área 3 de los profesionales de enfermería según el momento de la medida

El turno de trabajo mayoritario en M0 y M1 es fijo de mañanas con un 42,7% y 39% respectivamente. Destacan especialmente por las diferencias entre ambos momentos, el porcentaje del turno de fijo de tardes, que casi no presenta casos en M1 y el turno rotatorio que es algo más elevado en M1. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ( $J_i$  cuadrado 17,40;  $p = 0,015$ ).

**Tabla 29. Distribución de los turnos de los profesionales según el momento de la medida**

Turnos laborales	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Fijo mañanas	91 (42,7)	90 (39,0)	181 (40,8)
Fijo tardes	15 (7,0)	2 (0,9)	17 (3,8)
Rotatorio	36 (16,9)	51 (22,1)	87 (19,6)
Fijo 12 horas	4 (1,9)	6 (2,6)	10 (2,3)

Fijo 24 horas	14 (6,6)	10 (4,3)	24 (5,4)
Turno 17 horas	37 (17,4)	46 (19,9)	83 (18,7)
Deslizante	14 (6,6)	19 (8,2)	33 (7,4)
Parcial	2 (0,9)	7 (3,0)	9 (2,0)
Total	213 (100)	231 (100)	444 (100)

La mayoría de profesionales en ambos grupos refieren que no han estado de baja ningún día en el último año. Aunque como se muestra en la tabla 30 el porcentaje de sujetos que han estado de baja entre 3 y 14 días es algo mayor en el M0 (7,9%) frente a M1 (2,6%), las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 9,41;  $p = 0,094$ ).

**Tabla 30. Distribución de las bajas laborales en el último año de los profesionales según el momento del estudio**

Baja laboral en el último año	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
No he estado de baja	166 (77,6)	191 (82,3)	357 (80,0)
Menos de 3 días	11 (5,1)	13 (5,6)	24 (5,4)
Entre 3 y 14 días	17 (7,9)	6 (2,6)	23 (5,2)
Entre 15 días y 1 mes	11 (5,1)	15 (6,5)	26 (5,8)
Entre 2 y 6 meses	8 (3,7)	4 (1,7)	12 (2,7)
Más de 6 meses	1 (0,5)	3 (1,3)	4 (0,9)
Total	214 (100)	232 (100)	446 (100)

Como se observa en la tabla 31, son pocos los profesionales que participan en comisiones clínicas con un 12,7% en los consultados en la primera medida y un 11,7% de la segunda, sin mostrar diferencias significativas (Ji cuadrado 2,59;  $p = 0,273$ ).



**Tabla 31. Distribución de las comisiones clínicas en las que participan los profesionales según el momento de la medida**

Comisiones clínicas	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Si	27 (12,7)	27 (11,7)	54 (12,2)
No, pero me gustaría	42 (24,4)	43 (18,6)	95 (21,4)
No	134 (62,9)	161 (69,7)	295 (66,4)
Total	213 (100)	231 (100)	444 (100)

Por otra parte un 60% (138) de los profesionales de la segunda medida indica que es tutor de prácticas frente a un 46,3% (99) de los profesionales de la primera medida, diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 8,40;  $p = 0,004$ ). Asimismo, la proporción de profesionales colegiados en la primera y segunda medida no difiere significativamente (Ji cuadrado 0,69;  $p = 0,404$ ) con un 81,1% (176) y un 77,9% (180) de profesionales respectivamente. Tampoco hay diferencias significativas en cuanto a pertenencia a algún sindicato profesional (Ji cuadrado 1,10;  $p = 0,557$ ), con un 53% (115) de profesionales de la primera medida y un 52,4% (121) de profesionales de la segunda.

### **5.3. Compromiso con la formación y desarrollo disciplinar**

Con relación a la formación académica el 78,5% (172) de los profesionales de la primera medida refieren no tener otra titulación, mientras que en el grupo de profesionales de la segunda medida es un 73,7% (171), las diferencias no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 1,44;  $p = 0,229$ ).

La participación en actividades científicas muestra que un elevado porcentaje de profesionales del grupo M1 (35,8%) ha presentado entre 1 y 15 póster en los últimos 2 años, frente al 17,8% de los profesionales de M0 (tabla 32), diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 25,75;  $p < 0,001$ ).

**Tabla 32. Distribución del número de comunicaciones póster en los últimos 2 años según el momento de la medida**

Póster científicos en los últimos 2 años	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Ninguno	180 (82,2)	143 (61,6)	323 (71,6)
Entre 1 y 15	39 (17,8)	83 (35,8)	122 (27,1)
Entre 16 y 30	0 (0,0)	6 (2,6)	6 (1,3)
Total	219 (100)	232 (100)	451 (100)

Con proporciones menores se observan resultados similares en las comunicaciones orales, con un 19,2% de profesionales de la segunda medida que señalan haber presentando entre 1 y 10 comunicaciones orales frente al 11% de los profesionales de la primera medida (tabla 33), diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 6,19;  $p = 0,045$ ).

**Tabla 33. Distribución del número de comunicaciones orales en los últimos 2 años según el momento de la medida**

Comunicaciones orales en los últimos 2 años	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Ninguno	194 (88,6)	186 (80,2)	380 (84,3)
Entre 1 y 10	24 (11,0)	45 (19,4)	69 (15,3)
Entre 11 y 20	1 (0,5)	1 (0,4)	2 (0,4)
Total	219 (100)	232 (100)	451 (100)

También un 10,8% (25) de profesionales de la segunda medida señala que ha presentado al menos una ponencia frente a un 8,2% (18) de la primera medida, sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 0,85;  $p = 0,423$ ). También se observa una mayor proporción de profesionales en la segunda medida que al menos han publicado un artículo científico, 16,4% (38) frente a un 4,6% (10) en la primera medida, diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 16,53;  $p < 0,0001$ ). Resultados similares se obtienen al preguntar sobre la publicación en capítulos de libro con un 12,9% (30) de los

profesionales en M1 que indican que han publicado al menos un capítulo de libro, frente a un 3,2% (7) de los profesionales en M0, diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 14,17;  $p < 0,001$ ).

Por otra parte, un 6,8% (15) en la primera medida frente a un 3,9% (9) en la segunda medida señalan haber participado en al menos un proyecto de investigación, diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 1,97;  $p = 0,160$ ). Igualmente hay un 9,5% (22) de profesionales del grupo M1 frente a un 5,9% (13) de M0 que han organizado jornadas o reuniones científicas, no mostrando diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 1,98;  $p = 0,159$ ).

En cuanto a las horas de formación continuada en los últimos 2 años (tabla 34) la proporción más alta se observa en los profesionales que señala que han realizado menos de 50 horas, con un 44% en el primer grupo y un 37,1% en el segundo grupo. Se observa una proporción más alta en el grupo M1 en la categoría entre 121 y 300 horas con un 15,5% frente al 9,3% del grupo preintervención, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 6,09;  $p = 0,192$ ).

**Tabla 34. Distribución de las horas de formación continuada en los últimos 2 años según el momento de la medida**

Formación continuada	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Ninguna	28 (13,0)	24 (10,3)	52 (11,6)
Menos de 50 horas	95 (44,2)	86 (37,1)	181 (40,5)
Entre 51 y 120 horas	54 (25,1)	62 (26,7)	116 (26,0)
Entre 121 y 300 horas	20 (9,3)	36 (15,5)	56 (12,5)
Más de 300 horas	18 (8,4)	24 (10,3)	42 (9,4)
Total	215 (100)	232 (100)	447 (100)

La formación en PBE presenta una distribución más concentrada en las opciones ninguna, con aproximadamente la mitad de los sujetos en ambas medidas y alrededor del 35% que refieren haber realizado menos de 50 horas de formación

(tabla 35). Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 1,50;  $p = 0,826$ ).

**Tabla 35. Distribución de las horas de formación en PBE en los últimos 2 años de los profesionales según el momento del estudio**

Formación continuada	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Ninguna	112 (53,3)	123 (53,2)	253 (53,3)
Menos de 50 horas	76 (36,2)	78 (33,8)	154 (34,9)
Entre 51 y 120 horas	16 (7,6)	21 (9,1)	37 (8,4)
Entre 121 y 300 horas	4 (1,9)	4 (1,7)	8 (1,8)
Más de 300 horas	2 (1,0)	5 (2,2)	7 (1,6)
Total	210 (100)	231 (100)	441 (100)

El número de revistas científicas leídas al mes presenta un patrón bastante similar a la formación en PBE. Observamos en la tabla 36 que algo más de la mitad refieren no leer ninguna revista científica en ambos grupos, y alrededor de un 30% refiere que lee una revista al mes, diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 1,73;  $p = 0,630$ ).

**Tabla 36. Distribución del número de revistas científicas leídas al mes por los profesionales según el momento de la medida**

Revistas científicas leídas al mes	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Tres o más	12 (5,6)	8 (3,4)	20 (4,5)
Dos	12 (5,6)	17 (7,3)	29 (6,5)
Una	67 (31,5)	71 (30,6)	138 (31,0)
Ninguna	122 (57,3)	136 (58,6)	258 (58,0)
Total	213 (100)	232 (100)	445 (100)

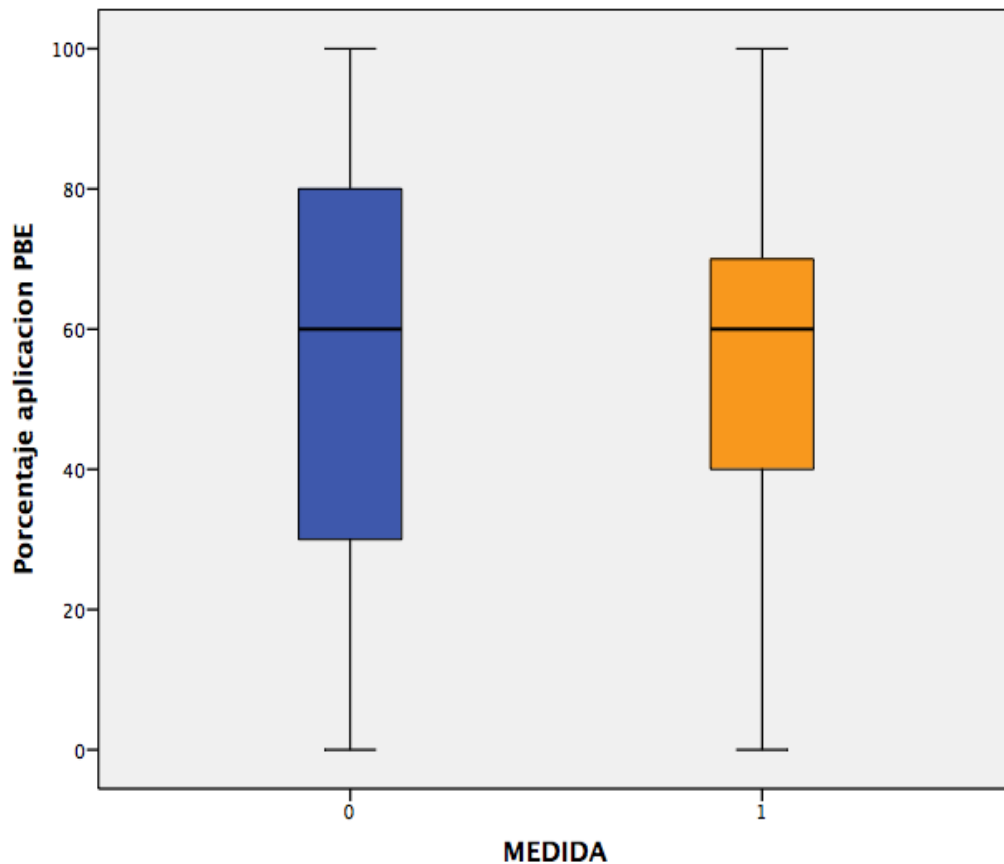
Alrededor de 1 de cada 3 profesionales indican que no recuerdan el tiempo transcurrido desde la lectura de la última revista (tabla 37), mientras que la proporción de quienes refieren que ha sido en la última semana y en el último mes es algo mayor en el grupo M0, diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 9,06;  $p = 0,060$ ).

**Tabla 37. Distribución del tiempo transcurrido desde la lectura de la última revista científica por los profesionales según el momento de la medida**

Tiempo desde la lectura de última revista	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
En la última semana	31 (15,1)	19 (8,3)	50 (11,5)
En el último mes	41 (20,0)	43 (18,8)	84 (19,4)
Entre un mes y un año	44 (21,5)	66 (28,8)	110 (25,3)
Más de un año	26 (12,7)	20 (8,7)	46 (10,6)
No recuerdo	63 (30,7)	81 (35,4)	144 (32,2)
Total	205 (100)	229 (100)	434 (100)

#### 5.4. Actitud ante la Práctica basada en la Evidencia

La percepción de los profesionales de enfermería sobre el porcentaje de aplicación de la PBE en su entorno clínico es de un 55,11% (IC 95% 51,2 – 58,9) de media en el grupo de participantes en 2012 y 55,41% (IC 95% 52,2 – 58,5) en el grupo de profesionales de 2016. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney 24810,0;  $p = 0,723$ ). En el gráfico 14 se observa que la distribución del grupo de profesionales que han participado en la segunda medida está menos dispersa y presentan los siguientes percentiles, en la primera medida  $P_{25} = 30$ ,  $P_{50} = 60$ ,  $P_{75} = 80$  y en la segunda medida  $P_{25} = 40$ ,  $P_{50} = 60$ ,  $P_{75} = 70$ .



**Gráfico 14** Bisagras de Tukey del porcentaje de aplicación de la PBE en la primera y segunda medida

La puntuación media obtenida en las tres dimensiones de la actitud ante la PBE medidas con el cuestionario CAPEBE se muestra en la tabla 38. Se observa que todas las puntuaciones alcanzan valores medios altos (rango de la escala de 1 a 5), mostrando una actitud positiva ante la PBE en ambas medidas.

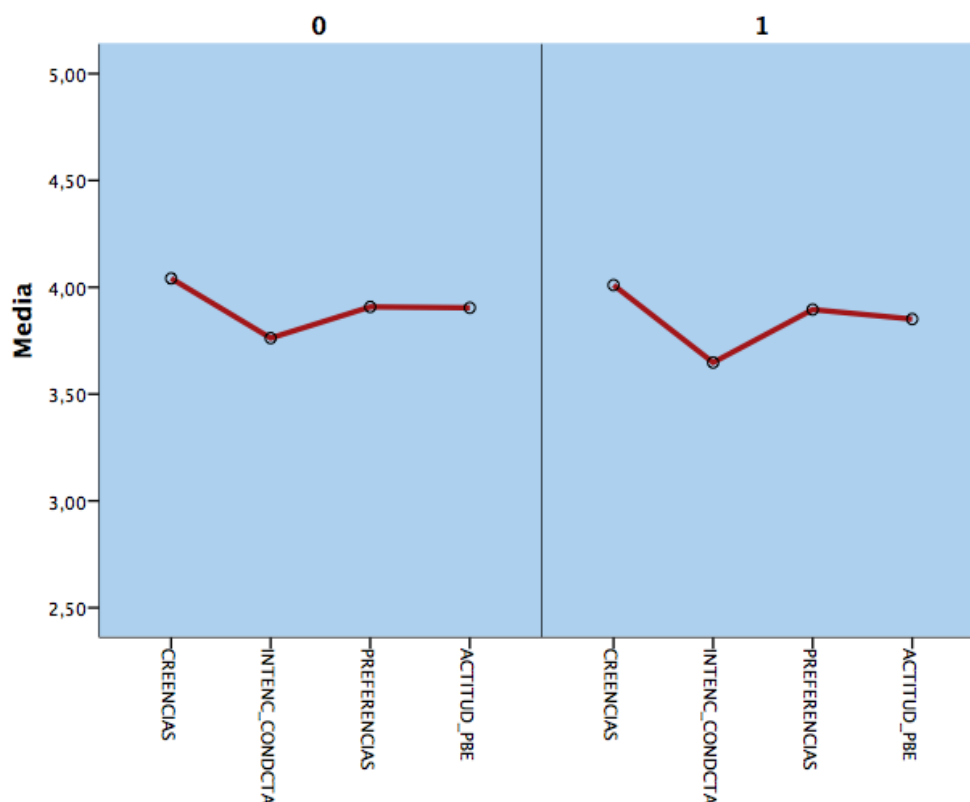
También en ambos casos la dimensión con una puntuación más baja es la intención de conducta, donde el grupo de la segunda medida puntúa 0,12 décimas menos. Todas las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

**Tabla 38. Puntuación media de la actitud de los profesionales ante la PBE según el momento de la medida**

Actitud ante la PBE	Momento		p*
	M0 media (IC 95%)	M1 media (IC 95%)	
Creencias y expectativas	4,02 (3,95-4,10)	4,00 (3,93-4,08)	0,705
Intención de conducta	3,75 (3,67-3,83)	3,63 (3,55-3,72)	0,054
Preferencias	3,90 (3,81-3,99)	3,88 (3,80-3,97)	0,646
Actitud global	3,90 (3,82-3,97)	3,85 (3,77-3,92)	0,324

\* Prueba T de Student

En el gráfico 15 se aprecian claramente que las puntuaciones medias de M0 y M1 a penas se han modificado, teniendo un comportamiento muy similar en ambos momentos.



**Gráfico 15** Puntuaciones medias de la escala CAPEBE en la primera y segunda medida

La distribución de las puntuaciones medias por ítems de la escala CAPEBE de actitud ante la PBE se muestra en la tabla 39 para la primera medida y en la tabla 38 para la segunda medida ordenados de menor a mayor puntuación. Las puntuaciones más bajas en la primera medida se encuentran entre 3,5 y 3,7, observándose en ítems relativos a la implicación del profesional en el aprendizaje y desarrollo de la PBE así como la incorporación de la PBE en el trabajo.

**Tabla 39. Puntuación media de los ítems de la escala de actitud ante la PBE de los profesionales de la primera medida**

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>Soy contraria/o a emplear mi tiempo libre para aprender la práctica de la EBE</b>	219	3,57	1,108
<b>Me disgusta tener que incorporar la práctica de la EBE a mi forma de trabajo</b>	219	3,67	1,067
<b>La lectura de artículos científicos me aburre</b>	218	3,73	0,866
<b>Aplicar cuidados basados en la evidencia entorpece el ritmo de trabajo cotidiano.</b>	216	3,75	0,921
<b>NO está entre mis prioridades profesionales practicar la EBE.</b>	218	3,77	0,991
<b>Estoy dispuesto a colaborar en la elaboración de guías de práctica clínica</b>	219	3,77	0,831
<b>NO tomo en consideración la información que recibo sobre los resultados de la investigación en enfermería</b>	217	3,94	0,888
<b>Me gusta o me gustaría utilizar la PBE en mi trabajo</b>	219	3,96	0,759
<b>Estoy dispuesta a realizar un esfuerzo por aplicar la PBE</b>	219	3,98	0,732
<b>Me agrada la importancia que está tomando la PBE</b>	218	3,99	0,668
<b>La aplicación de la PBE mejora los resultados de salud</b>	218	4,07	0,792
<b>La PBE debe jugar un papel importante en la práctica clínica</b>	217	4,08	0,722
<b>La práctica de la PBE ayuda a unificar criterios en la aplicación de cuidados</b>	218	4,1	0,743
<b>La investigación en ciencias de la salud NO es importante para la práctica clínica enfermera</b>	217	4,24	0,87
<b>Me alegra encontrar evidencias científicas serias que apoyen los cuidados que practico</b>	219	4,24	0,648

Se observa un patrón muy parecido en la segunda medida (tabla 40), donde las puntuaciones más bajas se encuentran entre 3,4 y 3,7, observándose en ítems



relativos a la implicación del profesional en el aprendizaje y desarrollo de la PBE así como la incorporación de la PBE en el trabajo.

**Tabla 40. Puntuación media de los ítems de la escala de actitud ante la PBE de los profesionales de la segunda medida**

	N	Media	Desv. típ.
Soy contraria/o a emplear mi tiempo libre para aprender la práctica de la EBE	232	3,44	1,059
La lectura de artículos científicos me aburre	231	3,54	0,907
Aplicar cuidados basados en la evidencia entorpece el ritmo de trabajo cotidiano	231	3,64	0,963
Me disgusta tener que incorporar la práctica de la EBE a mi forma de trabajo	232	3,67	1,013
Estoy dispuesto a colaborar en la elaboración de guías de práctica clínica	231	3,68	0,825
NO está entre mis prioridades profesionales practicar la PBE	228	3,79	0,859
NO tomo en consideración la información que recibo sobre los resultados de la investigación en enfermería	232	3,86	0,912
Me agrada la importancia que está tomando la PBE	231	3,94	0,778
Estoy dispuesta a realizar un esfuerzo por aplicar la PBE	232	3,94	0,685
Me gusta o me gustaría utilizar la PBE en mi trabajo	231	3,98	0,71
La PBE debe jugar un papel importante en la práctica clínica	231	4,04	0,7
La aplicación de la PBE mejora los resultados de salud	232	4,05	0,716
La práctica de la PBE ayuda a unificar criterios en la aplicación de cuidados	231	4,13	0,675
La investigación en ciencias de la salud NO es importante para la práctica clínica enfermera	231	4,17	0,926
Me alegra encontrar evidencias científicas serias que apoyen los cuidados que practico	232	4,2	0,688

En cuanto a las dimensiones de la escala de actitud ante la PBE, en la tabla 41 se observa que en la primera medida se relacionan con la dimensión creencias sobre la PBE trabajar en atención hospitalaria, tener formación en PBE y los profesionales con una percepción más alta sobre la aplicación de la PBE en su entorno laboral. Mientras que en la segunda medida se asocia con los profesionales que tienen formación en PBE.

**Tabla 41. Variables relacionadas con las Creencias sobre la PBE**

Variables	M0				M1			
	B	OR	IC95%	Sig	B	OR	IC95%	Sig
Nivel de atención (hospitalaria)	0,817	2,263	1,155-4,431	0,017	0,202	1,224	0,594-2,521	0,584
Formación en PBE	0,767	2,154	1,167-3,974	0,014	0,983	2,560	1,446-4,531	0,001
Aplicación PBE	0,762	2,142	1,140-4,027	0,018	0,424	1,528	0,864-2,703	0,145

En la tabla 42 se muestran los resultados de las variables asociadas a la preferencias sobre la PBE. En la primera medida se asocia de manera positiva con la formación en PBE y en la segunda medida también se asocia con los profesionales que perciben la aplicación de la PBE en mayor porcentaje.

**Tabla 42. Variables relacionadas con las Preferencias sobre la PBE**

Variables	M0				M1			
	B	OR	IC95%	Sig	B	OR	IC95%	Sig
Formación en PBE	0,688	1,989	1,062-3,583	0,031	0,722	2,058	1,127-3,760	0,019
Aplicación PBE	0,502	1,652	0,882-3,096	0,117	0,920	2,509	1,354-4,649	0,003

En la tabla 43 observamos que de nuevo en la primera medida tener formación en PBE se asocia significativamente con un mayor nivel en la dimensión intención de conducta ante la PBE. En la segunda medida además se asocia con los profesionales que perciben que se aplica la PBE en su entorno en mayor porcentaje.

**Tabla 43. Variables relacionadas con la Intención de conducta ante la PBE**

Variables	M0				M1			
	B	OR	IC95%	Sig	B	OR	IC95%	Sig
Formación en PBE	0,653	1,922	1,071-3,449	0,029	0,983	2,673	1,469-4,862	0,001
Aplicación PBE	0,498	1,646	0,911-2,972	0,099	1,080	2,944	1,598-5,424	0,001

Finalmente, respecto a la actitud global ante la PBE se observa asociación significativa en las variables tener formación en PBE y percibir en mayor proporción que se está aplicando la PBE en el entorno de trabajo.

**Tabla 44. Variables relacionadas con la Actitud global ante la PBE**

Variables	M0				M1			
	B	OR	IC95%	Sig	B	OR	IC95%	Sig
Formación en PBE	1,029	2,799	1,509-5,191	0,001	1,224	3,402	1,875-6,175	<0,001
Aplicación PBE	0,730	2,075	1,118-3,850	0,021	1,227	3,412	1,883-6,180	<0,001

### 5.5. Clima organizacional

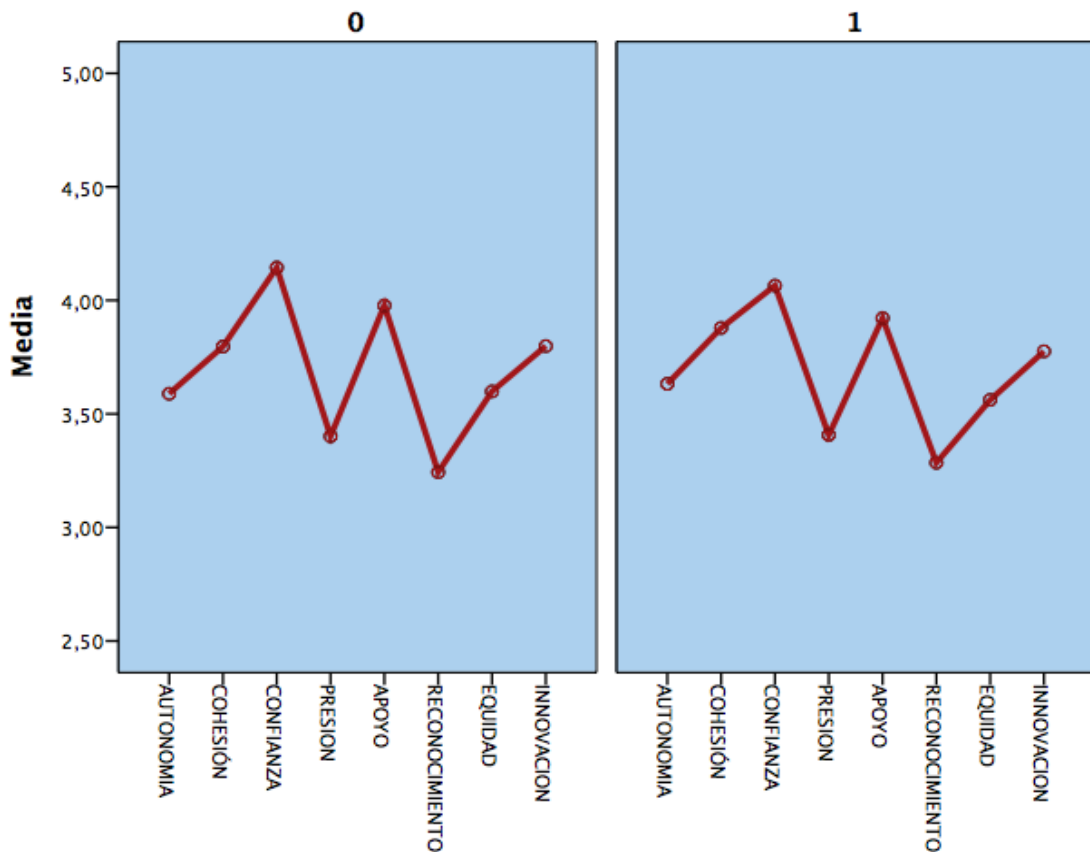
Como se puede observar en la tabla 45 tanto en M0 como en M1 se obtienen puntuaciones altas en las 8 dimensiones del clima organizacional (rango de 1 a 5 puntos). Las diferencias encontradas entre ambos momentos son muy similares, como confirma la ausencia de significación estadística.

**Tabla 45. Puntuación media de la escala de Clima Organizacional según el momento del estudio**

Clima organizacional	Momento		p*
	M0 media (IC 95%)	M1 media (IC 95%)	
Autonomía	3,58 (3,49-3,67)	3,63 (3,55-3,70)	0,454
Cohesión	3,81 (3,72-3,91)	3,86 (3,79-3,94)	0,437
Confianza	4,14 (4,05-4,23)	4,09 (4,02-4,16)	0,366
Presión	3,39 (3,31-3,48)	3,41 (3,34-3,48)	0,682
Apoyo	3,97 (3,87-4,06)	3,94 (3,86-4,02)	0,582

Reconocimiento	3,23 (3,15-3,30)	3,29 (3,23-3,35)	0,189
Equidad	3,59 (3,51-3,66)	3,57 (3,50-3,63)	0,715
Innovación	3,81 (3,72-3,91)	3,80 (3,71-3,88)	0,798

\* Prueba T de Student



**Gráfico 16 Puntuación media de la escala de Clima organizacional en la primera y segunda medida**

El gráfico 16 ilustra de manera clara las puntuaciones medias obtenidas en la escala de clima organizacional, mostrando patrones muy similares en el M0 y M1. Las puntuaciones más bajas en el clima organizacional se observan en las dimensiones “Reconocimiento” y “Presión”. Por otra parte, las puntuaciones más altas se observan en las dimensiones “Confianza” y “Apoyo” en ambos momentos.

## 5.6. Satisfacción laboral

Como se puede observar en la tabla 46 tanto en M0 como M1 la percepción mayoritaria de las enfermeras es que están muy satisfechas con la elección de enfermería como profesión. Los resultados también muestran que el porcentaje de enfermeras muy satisfechas es algo superior en la segunda medida aunque las diferencias no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 4,71;  $p = 0,194$ ).

**Tabla 46. Distribución de la satisfacción con la elección de enfermería como profesión de los profesionales según el momento de la medida**

Satisfacción elección enfermería	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Muy insatisfecha/o	51 (23,7)	47 (20,3)	98 (22,0)
Insatisfecha/o	7 (3,3)	8 (3,5)	15 (3,4)
Satisfecha/o	48 (22,3)	37 (16,0)	85 (19,1)
Muy satisfecha/o	109 (50,7)	139 (60,2)	248 (55,6)
Total	215 (100)	231 (100)	446 (100)

Aproximadamente un 76% de profesionales de la primera medida y un 82% de la segunda medida señalan que están moderadamente o muy satisfechas con el trabajo actual. No se observan diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 4,24;  $p = 0,237$ ).

**Tabla 47. Distribución de la satisfacción con el trabajo actual de los profesionales según el momento de la medida**

Satisfacción con su trabajo actual	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Muy insatisfecha/o	22 (11,1)	15 (6,6)	37 (8,7)
Algo insatisfecha/o	24 (12,1)	24 (10,6)	48 (11,3)
Moderadamente satisfecha/o	103 (51,8)	116 (51,1)	219 (51,4)
Muy satisfecha/o	50 (25,1)	72 (31,7)	122 (28,6)
Total	199 (100)	227 (100)	426 (100)

En relación con el entorno laboral los “recursos humanos” son el aspecto peor valorado, con un 18,6% de profesionales de la primera medida y un 13,4 % de la segunda medida que lo evalúan como malo. El aspecto mejor evaluado es la “relación con los compañeros” con un 83,3% de los profesionales de M0 y un 84% de M1 que lo valoran como bueno / excelente. Puntúan también de manera muy similar los “recursos materiales” y algo menos el “apoyo del supervisor/coordinador”. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas en ninguno de los aspectos valorados (tabla 48).

**Tabla 48. Distribución de la evaluación del entorno laboral de los profesionales según el momento de la medida**

		Malo N (%)	Aceptable N (%)	Bueno N (%)	Excelente N (%)	p
<b>Recursos humanos</b>						
	<b>M0</b>	40 (18,6)	102 (47,4)	62 (28,8)	11 (5,1)	0,079
	<b>M1</b>	31 (13,4)	125 (54,1)	71 (30,7)	4 (1,7)	
<b>Recursos materiales</b>						
	<b>M0</b>	2 (0,9)	25 (11,6)	120 (55,6)	69 (31,9)	0,521
	<b>M1</b>	0 (0,0)	27 (11,6)	127 (54,7)	78 (33,6)	
<b>Relación con compañeros</b>						
	<b>M0</b>	4 (1,9)	32 (14,8)	105 (48,6)	75 (34,7)	0,256
	<b>M1</b>	9 (3,9)	28 (12,1)	127 (54,7)	68 (29,3)	
<b>Apoyo supervisor/coordinad</b>						
	<b>M0</b>	16 (7,5)	27 (12,6)	124 (57,9)	47 (22,0)	0,298
	<b>M1</b>	8 (3,4)	33 (14,2)	137 (59,1)	54 (23,3)	

En la tabla 49 se muestran el grado de satisfacción con 9 aspectos relacionados con las condiciones laborales. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre la primera y segunda medida en el “salario” con un 25% de M0 frente a un 9,2% de M1 que se muestran muy insatisfechos, las “vacaciones” con un 10,2% en M0 frente a un 4,8% en M1 muy insatisfechos y en el “derecho a bajas

por enfermedad” con un 36,1% en M0 frente a un 15% en M1 que señalan que están muy insatisfechos.

**Tabla 49. Distribución de la satisfacción con el entorno laboral de los profesionales según el momento de la medida**

		Muy insatisfecho N (%)	Algo satisfecho N (%)	Moderadamente satisfecho N (%)	Muy satisfecho N (%)	p
<b>Flexibilidad horarios</b>						
	<b>M0</b>	16 (7,5)	27 (12,6)	124 (57,9)	47 (22,0)	0,298
	<b>M1</b>	8 (3,4)	33 (14,2)	127 (59,1)	54 (23,3)	
<b>Desarrollo profesional</b>						
	<b>M0</b>	20 (9,3)	57 (26,6)	107 (50,0)	30 (14,0)	0,084
	<b>M1</b>	8 (3,5)	69 (29,9)	121 (52,4)	33 (14,3)	
<b>Autonomía trabajo</b>						
	<b>M0</b>	5 (2,3)	34 (15,8)	139 (64,7)	37 (17,2)	0,437
	<b>M1</b>	7 (3,0)	27 (11,6)	148 (63,8)	50 (21,6)	
<b>Estatus profesional</b>						
	<b>M0</b>	12 (5,6)	32 (15,0)	140 (65,4)	30 (14,0)	0,251
	<b>M1</b>	6 (2,6)	31 (13,4)	151 (65,4)	43 (18,6)	
<b>Salario</b>						
	<b>M0</b>	55 (25,2)	73 (33,5)	78 (35,8)	12 (5,5)	<0,001
	<b>M1</b>	21 (9,1)	63 (27,2)	127 (54,7)	21 (9,1)	
<b>Oportunidad formación</b>						
	<b>M0</b>	23 (10,6)	59 (27,1)	109 (50,0)	27 (12,2)	0,547
	<b>M1</b>	17 (7,4)	73 (31,7)	112 (48,7)	28 (12,4)	
<b>Vacaciones</b>						
	<b>M0</b>	22 (10,2)	54 (25,0)	108 (50,0)	32 (14,8)	0,040
	<b>M1</b>	11 (4,8)	44 (19,0)	134 (58,0)	42 (18,2)	
<b>Derecho bajas enferm.</b>						
	<b>M0</b>	78 (36,1)	57 (26,4)	59 (27,3)	22 (10,2)	<0,001
	<b>M1</b>	35 (15,1)	59 (25,4)	112 (48,3)	26 (11,2)	
<b>Permiso estudios</b>						
	<b>M0</b>	54 (26,2)	55 (26,7)	78 (37,9)	19 (9,2)	0,059
	<b>M1</b>	38 (16,7)	70 (30,7)	104 (45,6)	16 (7,0)	

Ante la pregunta sobre si dejarían el hospital o centro de salud por su insatisfacción laboral refieren que no abandonarían un 91,7% (199) de los profesionales de la

primera medida frente a un 86,6% (201) profesionales de la segunda, diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 2,96;  $p = 0,085$ ).

En la tabla 50 se muestra la percepción de la facilidad para encontrar trabajo de enfermería, destaca que un 43% de los profesionales de la primera medida considera que es muy difícil frente a un 30,4% de la segunda medida, las diferencias son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 12,69,  $p = 0,013$ ).

**Tabla 50. Distribución sobre la percepción de la facilidad para encontrar trabajo de enfermería en los profesionales según el momento de la medida**

Facilidad encontrar trabajo enfermería	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Muy difícil	86 (43,4)	69 (30,4)	155 (36,5)
Bastante difícil	92 (46,5)	125 (55,1)	217 (51,1)
Bastante fácil	12 (6,1)	28 (12,3)	40 (9,4)
Muy fácil	7 (3,5)	5 (2,2)	12 (2,8)
Total	198 (100)	227 (100)	425 (100)

Más de la mitad de profesionales tanto en M0 como en M1 consideran que probablemente recomendarían su hospital o centro de salud como buen sitio para trabajar, se observa una ligera diferencia en la categoría definitivamente sí (tabla 51), aunque no es estadísticamente significativa (Ji cuadrado 2,84;  $p = 0,417$ ).

**Tabla 51. Distribución sobre si recomendarían su hospital o centro de salud como buen sitio para trabajar según el momento de la medida**

Recomendación de su hospital o centro salud	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Definitivamente no	3 (1,4)	7 (3,0)	10 (2,2)
Probablemente no	18 (8,4)	23 (9,9)	41 (9,2)
Probablemente si	120 (56,1)	136 (58,6)	256 (57,4)
Definitivamente si	73 (34,1)	66 (28,4)	139 (31,2)
Total	214 (100)	232 (100)	446 (100)



En cuanto a la satisfacción laboral con el trabajo actual, evaluamos si muestra alguna relación con las variables relacionadas con el entorno laboral y distintos aspectos de la satisfacción laboral. En la primera medida no se han observado asociaciones significativas. En la segunda medida, como muestra la tabla 52 el modelo de regresión muestra una relación positiva en las variables relaciones con los compañeros y vacaciones, y con tendencia a la significación trabajar en atención primaria. Por otra parte, se observa una relación en sentido contrario, es decir menos satisfacción con el trabajo actual en los profesionales interinos.

**Tabla 52. Variables del Entorno y satisfacción laboral relacionadas con la Satisfacción con el trabajo actual en la segunda medida**

Variables	B	OR	IC95%	Sig
Nivel de atención (primaria)	1,308	3,698	0,798-17,138	0,095
Tipo contrato plantilla	-0,882	0,414	0,126-1,354	0,145
Tipo contrato interino	-1,900	0,150	0,045-0,501	0,002
Relaciones compañeros	1,402	4,065	1,463-11,294	0,007
Vacaciones	0,958	2,607	1,006-6,752	0,048
Permiso por estudios	-0,878	0,416	0,166-1,043	0,061

En cuanto a la relación entre clima organizacional y la satisfacción con el trabajo actual, en la primera medida solo la variable confianza muestra una relación estadísticamente significativa, con una OR=3,785 (IC95% 1,075-11,330) y un valor de  $p = 0,038$ .

En la segunda medida se observa asociación significativa y en sentido contrario con las variables ser un profesional con un contrato de interinidad (OR=0,144 IC95% 0,039-0,531;  $p=0,004$ ) y la variable presión (OR=0,197 IC95% 0,197-0,047-0,823;  $p=0,026$ ).

## 5.7. Percepción de la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes

Aproximadamente un 61% de los profesionales en M0 y un 67% en M1 consideran que la calidad de los cuidados de su hospital o centro de salud es buena (tabla 53), sin observarse diferencias estadísticamente significativas (Ji cuadrado 6,41;  $p = 0,093$ ).

**Tabla 53. Distribución sobre la percepción de la calidad de los cuidados en el hospital o centro de salud según el momento de la medida**

Calidad de los cuidados de salud	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Mala	1 (0,5)	5 (2,2)	6 (1,3)
Aceptable	47 (21,8)	47 (20,3)	94 (21,0)
Buena	132 (61,1)	155 (67,1)	287 (64,2)
Excelente	36 (16,4)	24 (10,4)	60 (13,4)
Total	216 (100)	231 (100)	447 (100)

Casi el 50% de los profesionales en la primera y segunda medida están algo seguros de que sus pacientes podrán manejar su autocuidado en su proceso salud/enfermedad tras el alta, y aproximadamente un 40% de los profesionales en ambas medidas manifiestan estar seguros (tabla 54), diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 7,27;  $p = 0,064$ ).

**Tabla 54. Distribución sobre la percepción de los profesionales acerca de la seguridad de que sus pacientes puedan manejar su autocuidado en su proceso salud/enfermedad después del alta/o según el momento de la medida**

Seguridad manejo autocuidado tras el alta	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Nada segura/o	8 (3,8)	17 (7,4)	6 (5,7)
Algo segura/o	100 (47,8)	110 (47,6)	210 (47,7)
Segura/o	86 (41,1)	98 (42,4)	184 (41,8)
Muy segura/o	15 (7,2)	6 (2,6)	21 (4,8)
Total	209 (100)	231 (100)	440 (100)

Se observa un patrón de respuesta similar al anterior respecto a percepción de los profesionales acerca de la seguridad de que la estructura organizativa del hospital/centro de salud actuará para resolver los problemas que se han notificado (tabla 55). Así los porcentajes de respuesta más altos se aglutinan en las opciones algo seguro y seguro, con casi un 80% de las respuestas, y las diferencias encontradas entre la primera y segunda medida no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 1,36;  $p = 0,714$ ).

**Tabla 55. Distribución sobre la percepción de los profesionales acerca de la seguridad de que la estructura organizativa del hospital/centro de salud actuará para resolver los problemas que se han notificado según el momento de la medida**

Seguridad actuación resolver problemas notificados	Momento		Total N (%)
	M0 N (%)	M1 N (%)	
Nada segura/o	32 (14,9)	40 (17,5)	72 (16,2)
Algo segura/o	100 (46,5)	109 (47,6)	209 (47,1)
Segura/o	73 (34,0)	73 (31,9)	146 (32,9)
Muy segura/o	10 (4,7)	7 (3,1)	17 (3,8)
Total	215 (100)	229 (100)	444 (100)

Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas entre la primera y segunda medida (Ji cuadrado 1,37;  $p = 0,848$ ) con relación a la valoración que hacen los profesionales de su unidad/centro de salud en la seguridad de los profesionales de que la estructura organizativa del hospital/centro de salud actuará para resolver los problemas que han notificado sobre el cuidado/atención de los pacientes. Alrededor de un 90% de los profesionales en M0 y M1 consideran que es entre aceptable y muy buena (tabla 56).

**Tabla 56. Distribución sobre la valoración de la unidad/centro de salud en la seguridad del paciente según el momento de la medida**

Seguridad actuación resolver problemas notificados	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Deficiente	1 (0,5)	2 (0,9)	3 (0,7)
Mala	6 (2,8)	6 (2,6)	12 (2,7)
Aceptable	107 (49,8)	121 (52,4)	228 (51,1)
Muy buena	86 (40,0)	91 (39,4)	177 (39,7)
Excelente	15 (7,0)	11 (4,8)	26 (5,8)
Total	215 (100)	231 (100)	446 (100)

Como se muestra en la tabla 57, aproximadamente la mitad de los profesionales en ambas medidas considera que la calidad de los cuidados se ha mantenido en el último año, y algo más del 25% considera que ha mejorado, diferencias que no son estadísticamente significativas (Ji cuadrado 0,228;  $p = 0,892$ ).

**Tabla 57. Distribución de la evaluación de los profesionales de la calidad de los cuidados en el último año según el momento de la medida**

Seguridad actuación res	Momento		
	M0 N (%)	M1 N (%)	Total N (%)
Se ha deteriorado	52 (24,3)	52 (22,4)	72 (23,3)
Se ha mantenido	106 (49,5)	117 (50,4)	223 (50,0)
Ha mejorado	56 (26,2)	63 (27,2)	146 (26,7)
Total	214 (100)	232 (100)	446 (100)

Respecto a la percepción de los profesionales de la calidad de los cuidados que prestan, en la tabla 58 se muestra el modelo de regresión obtenido con los datos de la primera medida. Se puede observar que trabajar en atención primaria, percibir que los recursos humanos son adecuados, y que se tienen oportunidades de desarrollo profesional se asocia de manera positiva con la percepción de la calidad de los cuidados.

**Tabla 58. Variables Entorno y Satisfacción laboral relacionadas con la Calidad de los Cuidados en la primera medida**

Variables	B	OR	IC95%	Sig
Nivel de atención (primaria)	1,120	3,065	1,159-8,106	0,024
Adecuación de los recursos humanos	1,054	2,870	1,109-7,428	0,030
Oportunidades desarrollo profesional	1,685	5,391	1,127-25,795	0,035
Autonomía en el trabajo	1,533	4,633	0,515-41,680	0,171
Estatus profesional	-1,578	0,206	0,041-1,048	0,057
Derecho a bajas por enfermedad	0,734	20,84	0,786-5,525	0,140

En la segunda medida solo se ha relacionado con la calidad de los cuidados la variable adecuación de los recursos humanos, obteniendo una OR=3,241 (IC95%: 1,243-8,450) y un valor de  $p = 0,016$ .

También se observan relaciones significativas entre las variables del clima organizacional y la percepción de la calidad de los cuidados prestados. Como se muestra en la tabla 59, el modelo de regresión logística muestra que en la primera medida la percepción de la calidad de los cuidados se asocia en sentido positivo con los profesionales que trabajan en atención primaria, y con quienes perciben mayor cohesión, reconocimiento e innovación. Sin embargo, se asocia en sentido contrario con la variable equidad.

**Tabla 59. Variables del Clima Organizacional relacionadas con la Calidad de los cuidados en la primera medida**

Variables	B	OR	IC95%	Sig
Nivel de atención (AP)	1,348	3,848	1,421-10,425	0,008
Cohesión	1,864	6,449	2,110-19,713	0,001
Apoyo	-0,982	0,374	0,088-1,602	0,185
Reconocimiento	1,241	3,458	1,104-10,831	0,033
Equidad	-1,403	0,246	0,069-0,878	0,031
Innovación	1,873	6,509	1,664-25,461	0,007

En la segunda medida solo se ha relacionado con la percepción de los profesionales de la calidad de los cuidados las variables apoyo (OR=4,534 IC95%: 1,500-13,704; p=0,007) y en sentido contrario la variable presión (OR=0,222 IC95%: 0,067-0,731; p = 0,013). En la tabla 60 se muestra la opinión de los profesionales sobre 7 aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el lugar del trabajo. Solo hay diferencias significativas en el ítem “sensación de que los errores se utilizan en tu contra”, destacando en la medida M0 un 13,2% de profesionales frente a un 5,2% en M1 que manifiestan estar muy en desacuerdo.

**Tabla 60. Distribución la opinión de los profesionales sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el lugar de trabajo según el momento de la medida**

		Muy en desacuerdo N (%)	En desacuerdo	Indiferente N (%)	De acuerdo N (%)	Muy de acuerdo N (%)	p
<b>Sensación errores se utilizan en contra</b>	<b>M0</b>	28 (13,2)	88 (41,5)	45 (21,2)	44 (20,8)	7 (3,3)	0,030
	<b>M1</b>	12 (5,2)	89 (38,7)	63 (21,4)	58 (25,2)	8 (3,5)	
<b>Turnos se pierde información</b>	<b>M0</b>	25 (11,9)	107 (51,0)	27 (12,9)	46 (21,9)	5 (2,4)	0,285
	<b>M1</b>	15 (6,5)	117 (50,4)	39 (16,8)	56 (24,1)	5 (2,2)	
<b>Traslado se pierde información</b>	<b>M0</b>	18 (8,5)	73 (34,3)	32 (15,0)	83 (39,0)	7 (3,3)	0,111
	<b>M1</b>	7 (3,0)	94 (40,7)	34 (14,7)	91 (39,4)	5 (2,2)	
<b>Libre cuestionar acciones de superiores</b>	<b>M0</b>	19 (9,0)	59 (27,8)	51 (24,1)	79 (37,3)	4 (1,9)	0,128
	<b>M1</b>	13 (5,6)	77 (33,3)	71 (30,7)	66 (28,6)	4 (1,7)	
<b>Planificar errores no se repitan</b>	<b>M0</b>	2 (0,9)	17 (8,1)	30 (14,2)	135 (64,0)	27 (12,8)	0,540
	<b>M1</b>	3 (1,3)	21 (9,1)	42 (18,1)	146 (62,9)	20 (8,6)	
<b>Se informa de los cambios</b>	<b>M0</b>	4 (1,9)	23 (11,0)	43 (20,6)	121 (57,9)	18 (8,6)	0,301
	<b>M1</b>	8 (3,5)	37 (16,1)	53 (23,0)	116 (50,4)	16 (7,0)	
<b>Seguridad pacientes prioridad organización</b>	<b>M0</b>	8 (3,8)	9 (4,3)	42 (19,9)	117 (55,5)	35 (16,6)	0,165
	<b>M1</b>	6 (2,6)	24 (10,3)	44 (19,0)	125 (53,9)	33 (14,2)	

El ítem “En esta unidad/centro de salud planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan” está muy bien valorado en ambos momentos, entre un 70-75% de los profesionales señalan que están de acuerdo/muy de acuerdo. En sentido contrario destaca que alrededor de un 42% de los profesionales en ambas medidas están de acuerdo/muy de acuerdo en el ítem “Durante el traslado de pacientes a otras unidades o en los pacientes derivados desde la atención hospitalaria al centro de salud o desde el centro de salud a la atención hospitalaria se pierde información”.

También se han observado relaciones estadísticamente significativas entre las variables del entorno laboral y la satisfacción laboral y la valoración que hacen los profesionales de la seguridad en la unidad o centro de salud en el que trabajan. En la tabla 61 se muestran los resultados del modelo de regresión logística en la primera medida. Se observa que los profesionales de atención primaria y aquellos que consideran que los recursos materiales son adecuados y están satisfechos con el estatus y las oportunidades de desarrollo profesional están asociados de manera significativa con la percepción positiva de la seguridad en la unidad o centro de salud. En cambio, se asocia en sentido contrario con los profesionales de plantilla.

**Tabla 61. Variables sobre Entorno y Satisfacción laboral relacionadas con la valoración global de la Seguridad en la unidad/centro en la primera medida**

Variables	B	OR	IC95%	Sig
Nivel de atención (AP)	0,929	2,532	1,100-5,828	0,029
Tipo contrato plantilla	-1,036	0,355	0,135-0,937	0,036
Adecuación recursos materiales	0,994	2,701	1,252-5,828	0,011
Estatus profesional	1,010	2,745	1,008-7,475	0,048
Oportunidad de desarrollo profesional	0,967	2,630	1,150-6,013	0,022

En la segunda medida también se observan relaciones estadísticamente significativas (tabla 62). En este caso, perciben mayor seguridad en la unidad o centro de salud los profesionales más satisfechos con el trabajo actual, quienes

perciben que los recursos humanos y materiales son adecuados, y quienes están más satisfechos con las oportunidades de desarrollo profesional y con las vacaciones.

**Tabla 62. Variables sobre Entorno y Satisfacción laboral relacionadas con la valoración global de la Seguridad en su unidad/centro en la segunda medida**

Variables	B	OR	IC95%	Sig
Satisfacción con el trabajo actual	1,353	3,869	1,432-10,450	0,008
Adecuación recursos humanos	0,980	2,663	1,153-6,153	0,022
Adecuación recursos materiales	1,090	2,975	1,379-6,417	0,005
Oportunidad de desarrollo profesional	0,742	2,100	1,013-4,354	0,046
Vacaciones	0,874	2,397	1,020-5,630	0,045

En cuanto a la relación con el clima organizacional, en la primera medida las variables autonomía y cohesión se asocian en sentido positivo con la percepción global de la seguridad en la unidad o centro de salud, OR=2,790 (IC95% 1,479-5,264; p=0,002) y OR=2,096 (IC95% 1,034-4,250; p=0,040) respectivamente.

La variable cohesión de nuevo se asocia con la percepción de la seguridad en la unidad en la segunda medida, junto con el apoyo y la variable sociodemográfica edad. En sentido contrario se asocia la variable presión, resultados mostrados en la tabla 63.

**Tabla 63. Variables sobre Clima Organizacional relacionadas con la valoración global de la seguridad en su unidad/centro en la segunda medida**

Variables	B	OR	IC95%	Sig
Edad	0,943	2,568	1,073-6,148	0,034
Cohesión	1,520	4,574	2,119-9,870	<0,0001
Apoyo	0,891	2,437	1,128-5,265	0,023
Reconocimiento	-0,653	0,520	0,247-1,095	0,085
Presión	-1,708	0,230	0,118-0,448	<0,0001



También se analizó la relación de la percepción global de la seguridad en la unidad y centro de salud con diversos aspectos sobre la seguridad del paciente. En la primera medida se ha observado una relación significativa y en sentido positivo con los profesionales que manifiestan “Las acciones de la organización hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades” (OR=5,694 IC95% 2,716-11,938;  $p<0,0001$ ) y en sentido negativo con quienes señalan “Durante los traslados de los pacientes se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente” (OR=0,518 IC95% 0,278-0,964;  $p=0,038$ ).

En la segunda medida (tabla 64) también muestran asociación positiva los profesionales que manifiesta “Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos”. Por otra parte, se observa asociación en sentido contrario entre los profesionales que opinan que los errores se utilizan en su contra y que se pierde información durante los cambios de turnos.

**Tabla 64. Variables sobre Seguridad del paciente relacionadas con la valoración global de la Seguridad en la unidad/centro en la segunda medida**

Variables	B	OR	IC95%	Sig
El personal tiene la sensación de que los errores se utilizan en su contra	-0,689	0,502	0,254-0,991	0,047
Durante los cambios de turno se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente	-0,814	0,443	0,217-0,904	0,025
Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos	0,693	2,001	1,001-4,000	0,050
Las acciones de la organización hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades	0,908	2,479	1,161-5,297	0,019



## 6. Discusión





## 6. DISCUSIÓN

La calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes se ven afectadas por el entorno de trabajo de la enfermera (Aiken et al., 2008; Manojlovich y DeCicco 2007), quedando establecido que cuando las enfermeras perciben que su ambiente de trabajo es de apoyo, se mejoran los resultados de seguridad del paciente (Aiken et al., 2011, Friese et al., 2008). Sin embargo, a pesar de que existe evidencia consistente sobre la relación entre el ambiente de trabajo de las enfermeras y los resultados en los pacientes, el ambiente de trabajo de la enfermera no se considera en la mejora de la calidad y la investigación de la seguridad del paciente lo suficiente (Mainz, Baernholdt, Ramlau-Hansen y Brink, 2015).

Con nuestro estudio hemos pretendido aportar algo de conocimiento a cuestiones como la mencionada más arriba, que consideramos de vital importancia para la gestión de las organizaciones de salud. Por tanto, la finalidad última de ésta investigación, ha sido evaluar diversos aspectos relacionados con el entorno laboral de las enfermeras del ámbito clínico tanto de atención primaria como de atención hospitalaria tras la implantación del Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, entendiendo entre estos aspectos: Actitud hacia la practica basada en la evidencia, clima laboral, percepción de la calidad del cuidado y seguridad del paciente y la satisfacción laboral. La magnitud del programa requería realizar una evaluación del entorno laboral de las enfermeras como un punto de partida para la reflexión sobre las estrategias de actuación que contribuyeran el éxito del mismo.

Esta evaluación se realizó en dos mediciones realizadas en 2012 (M0) y en 2016-17 (M1). Se ha encontrado una tasa de respuesta de 60,33% y 63,04% en M0 y M1 respectivamente. La tasa de respuesta obtenida en nuestro estudio es ligeramente superior a la del estudio de González-Torrente (2012) y claramente mayor que la obtenida en otros estudios, con porcentajes del 40% (Koehn, 2008) o incluso menor (Gerrish, 2011).

## 6.1. Características sociodemográficas y laborales

El perfil de profesional de enfermería estudiado en ambos momentos es el de una mujer de 46 años en la primera medición y 43 años en la segunda, con diferencias estadísticamente significativas, muy similar a otros estudios en cuanto a género (1 hombre por cada 7.5 mujeres) y la edad media de las enfermeras encuestadas (más de 40 años) (González-Torrente, 2012). Trabaja en atención hospitalaria, aunque hay diferencias significativas entre ambas mediciones y vive en pareja con hijos.

Fundamentalmente trabajan en jornada completa en ambas mediciones, siendo la proporción de enfermeras en plantilla fija mayor en M0 con respecto a M1, lo que supone en la segunda medida un aumento de profesionales interinos y sustitutos, las diferencias no se significativas por muy poco ( $p=0.054$ ). Relacionado con este aspecto y con la menor edad observada en los profesionales de la segunda medida, también estos tienen menos experiencia como profesionales (media = 23,57 y 19,58). Los años de experiencia profesional de nuestro estudio son similares a los obtenidos por Gerrish et al. (2011) en Inglaterra, Gonzalez-Torrente (2012) y De Pedro-Gómez (2012) en España, pero, en conjunto, son superiores a los de otros estudios similares realizados en los Estados Unidos, donde el número medio de años de trabajo es de 10 años (Koehn, 2012; Meraviglia, 2009).

Esta diferencia entre la media de edad en la segunda medición, podría explicarse por un proceso de traslados externos ocurrido en el Servicio Murciano de Salud (BORM, 07/04/14) y los altos niveles de rotación que presenta el personal de enfermería entre los años 2012 al 2016 (media de: 105%) lo cual muestra que está por encima de los índices aceptables de rotación indicando que no se cuenta con una plantilla estable en la organización.

También se ha encontrado, que un poco más de la mitad de los profesionales son plantilla fija del Servicio Murciano de Salud (SMS) y un 20% son interinos. La proporción de fijos es algo mayor en la primera medida, mientras que en la segunda

medida aumenta la plantilla de sustitutos temporales. Se aprecia el crecimiento durante los años del estudio, de profesionales que no tienen estabilidad laboral y por tanto los altos niveles de rotación que existen en la organización.

Esta situación, podría estar generando, pérdida del tiempo invertido en la formación y adiestramiento que realiza la organización dirigida a los profesionales, lo cual señala un baja eficiencia; pudiendo generar un bajo sentido de pertenencia, difícil coordinación de los empleados que están en constante cambio; resquebrajamiento de la imagen de la empresa, que será percibida como un lugar en el que los empleados no se encuentran a gusto; y posible fuga de valiosa información corporativa (Hernández, Hernández, Chávez, y Mendieta, 2014). En estas diferencias encontradas en la población en ambas mediciones, también se observa que la distribución del grupo de profesionales que han participado en la segunda medida tiene menos años desde que firmaron su primer contrato y menos experiencia laboral, confirmando estos datos la posible pérdida de profesionales con experiencia de la organización.

Otro aspecto interesante en cuanto a las características laborales de las enfermeras es el relativo a la pregunta sobre los días de baja en el último año. La respuesta de la mayoría de profesionales en ambas medias es que no han estado de baja ningún día en el último año. Sin embargo, estos datos no coinciden con los datos que se tienen de Recursos Humanos del Área III. El absentismo del personal de enfermería ha sido mayor en el año 2016 (7,73%) que en el 2012 (4,48%). Sin embargo, debemos ser precavidos con la comparación de estos datos ya que en el estudio no respondió la totalidad de la plantilla. Aunque sí puede darnos una idea de que si consideramos ciertas las respuestas de los profesionales del estudio, han participado aquellos que presentan menor absentismo laboral.

## **6.2 Compromiso con la formación y desarrollo disciplinar**

El conocimiento proporciona la base de la práctica profesional y es un pilar fundamental de la profesionalidad. Incluye contar con un conjunto de conocimientos teóricos, prácticos y clínicos; ser capaz de aplicar dichos conocimientos; Emplear una base teórica o basada en la evidencia para la práctica; Sintetizar información de un gran número de fuentes; Emplear la información o la evidencia de la enfermería y de otras disciplinas para orientar la práctica y compartir o comunicar los conocimientos con colegas, pacientes, familiares y otras personas para seguir mejorando la atención sanitaria y la evolución de los pacientes. Es decir, la profesionalidad, la formación y el desarrollo de conocimientos están estrechamente relacionados (RNAO, 2007).

Por otra parte, la investigación y la práctica basada en la evidencia es una actividad con múltiples facetas que incluye realizar observaciones, formular preguntas y examinar numerosas fuentes de información con el fin de entender los conocimientos existentes, revisar dichos conocimientos de acuerdo con las propias experiencias, emplear herramientas para reunir e interpretar datos, proponer respuestas y explicaciones y comunicar este proceso (Fitzgerald, y Byers, 2002; Melnyk y Fineout-Overholt, 2005; RNAO, 2007). El espíritu de investigación, es un aspecto de la profesionalidad que va muy ligado a la formación, ya que la misma se requiere para poder desarrollarlo. Está basado en la curiosidad acerca de la propia práctica (Melnyk y Fineout-Overholt, 2005) e incluye tener la mente abierta y el deseo de explorar nuevos conocimientos; Hacer preguntas que generen nuevos conocimientos y el perfeccionamiento de los conocimientos existentes y estar comprometido con la formación continuada (RNAO, 2007).

En este estudio, se ha evaluado la formación que manifiestan los profesionales haber recibido, y la producción científica realizada, considerándola espíritu de investigación. Encontrándose, en relación a la formación académica, que en los profesionales que tienen otra titulación no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sin embargo, con respecto a la participación en



actividades científicas, específicamente en la presentación de póster, los profesionales del grupo M1 presentan diferencias significativas con respecto a los profesionales de M0. Con proporciones menores se observan resultados similares en las comunicaciones orales, que también tienen diferencias significativas y en la presentación de ponencias que aunque no tiene diferencias significativas es mayor en el M1 con respecto al M0, igual ocurre con la organización de jornadas o reuniones científicas. También es mayor en la segunda medida la publicación de artículos científicos y publicación de capítulos de libros.

Estos datos coinciden con los presentados por la Unidad de Investigación del Área, y puede deberse a dos circunstancias, por una parte la inclusión en el plan de formación del área de un importante número de actividades formativas relacionadas con este aspecto, realizadas desde el año 2012 en la organización de forma acreditada, y por otra parte, esta producción cada vez es mas considerada en los baremos de méritos tanto de las bolsas de trabajo como de oposiciones. Así mismo, la organización paga la inscripción a uno de los autores de las comunicaciones para asistir a eventos científicos como una forma de incentivación. A esto hay que añadir que en el Área III de Salud desde el año 2013 se organizan unas jornadas de enfermería que sirven de foro a los profesionales para presentar sus trabajos de investigación, cercano, gratuito y acreditado, que ya ha tenido su quinta edición en el año 2017, lo cual puede estar facilitando la producción científica de enfermería en la organización y por tanto, promueve el defender y difundir lo aprendido, tal como recomienda la Guía de Profesionalidad en Enfermería de la RNAO (2007).

En cuanto a los órganos de asesoramiento y representación en los que participa la división de enfermería, destaca la poca participación de profesionales en comisiones clínicas en ambas mediciones, siendo bajo también el porcentaje de los enfermeros que les gustaría participar. Teniendo en cuenta, que las comisiones y los grupos de trabajo, son los órganos de carácter consultivo en los que participan los profesionales, con el fin de asesorar a los órganos de dirección en la toma de decisiones, necesarios para el buen funcionamiento del área de salud, destaca, que la participación en comisiones y grupos de trabajo debe hacerse en el tiempo

libre de los profesionales y no esta reconocido, ni compensado el tiempo dedicado a estas actividades, además de no tenerse en cuenta en los méritos de los profesionales. Consideramos importante que se busquen estrategias que aumenten el interés y la implicación los profesionales en estas actividades debido a la importancia que esta implicación tiene para la organización y especialmente para los pacientes.

Cabe destacar que ha aumentado el número de profesionales que es tutor de prácticas en el grupo de M1 con respecto a los profesionales de la primera medida, con diferencias estadísticamente significativas. Esto puede deberse seguramente a la implantación del Grado de Enfermería en la Facultad de Ciencias Sociosanitarias del Campus de Lorca de la Universidad de Murcia, a partir del curso escolar 2011-2012, que ha generado la presencia de una media de 70 alumnos por curso en prácticas de segundo, tercero y los practicum de cuarto año de la carrera del Grado de enfermería.

Asimismo, la proporción de profesionales colegiados en la primera y segunda media es bastante alta (alrededor del 80%) y no difiere significativamente. Tampoco hay diferencias significativas en cuanto a pertenencia a algún sindicato profesional, aunque solo se refiere a un poco más de la mitad de los profesionales. El compromiso de las enfermeras hacia los pacientes debe hacerse extensivo a su compromiso interno con la profesión. La colegialidad, como por ejemplo participar en organizaciones profesionales, las tutorías, ejercer como modelo de conducta y participar en la investigación, es un atributo profesional importante (RNAO, 2007). Por tanto, se debe reforzar que la colaboración entre enfermeras y profesionales sanitarios es un componente importante de la práctica profesional de la enfermera que puede dar lugar a resultados positivos en la satisfacción de las enfermeras y los pacientes (Pearson, 2005).

En cuanto a las horas de formación continuada en los últimos años aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, la proporción más alta se observa en los profesionales que señalan que han realizado menos de 50 horas.

Así mismo, se observa una mayor diferencia del grupo M1 con respecto al M0 en la formación de 121 y 300 horas pero sin alcanzar diferencias significativas. Específicamente con respecto a la formación en PBE, más de la mitad de las enfermeras, manifiestan no haber realizado ninguna formación, a pesar de que en el Área III de Salud desde el año 2012, ha aumentado considerablemente la oferta de formación continua en general, pero específicamente la relacionada con PBE, estando incluida en el plan de formación y además está acreditada. Sin embargo esta es de carácter voluntario y debe realizarse fuera del horario laboral, por lo que el tiempo invertido, no es compensado a los profesionales que la realizan, dificultando la conciliación de la vida profesional y laboral (Baumann y et al., 2001), esto puede ser un obstáculo para que el personal la realice.

Sin embargo, según datos del Área III de Salud el número de profesionales de enfermería formado en aspectos relacionados con PBE ha pasado de 36 profesionales en el 2012, a 252 en el año 2016. Este dato tampoco coincide con los resultados de esta investigación, donde 98 manifiestan haber recibido alguna formación en PBE 98 profesionales en la primera medida y 108 profesionales en la segunda. Esto también podría justificarse por una parte con el alto nivel de rotación de los profesionales en esta área, o con el hecho de no tener las respuestas del 100% de la población, por lo que estos datos deben analizarse con precaución y realizar una reflexión sobre si los esfuerzos y la inversión que se realiza en tiempo y dinero en formación, realmente está dirigida a conseguir los resultados que se esperan en la organización, en los profesionales y en los pacientes.

En cualquier caso, nuestros hallazgos destacan por el bajo porcentaje de enfermeras con formación de postgrado (menos del 20%) o formación continuada en PBE (menos del 50%), así como de aquellas que poseen otra titulación académica distinta a la de Enfermería, que incluye en sus planes de estudio contenidos avanzados en metodología de la investigación. Respecto a esto, esta situación puede estar relacionada, con tres factores primordiales: la falta de motivación de las enfermeras para formarse en un tema que puede ser considerado arduo y novedoso, la escasa oferta formativa postgrado en el entorno próximo y las

dificultades de acceso de la enfermera clínica a este tipo de cursos (Martinez-Diaz, 2014).

De igual forma, el número de revistas científicas leídas al mes presenta un patrón bastante similar a la formación en PBE. Algo más de la mitad refieren no leer ninguna revista científica en ambos grupos, y alrededor de un 30% refiere que lee una revista al mes, con diferencias que no son estadísticamente significativas. Alrededor de un tercio de los profesionales estudiados indican que no recuerdan el tiempo transcurrido desde la lectura de la última revista, mientras que la proporción de quienes refieren que ha sido en la última semana y en el último mes es incluso algo mayor en el grupo M0, aunque con diferencias que no son estadísticamente significativas.

A partir de los resultados obtenidos, se sugiere, establecer medidas de apoyo y formación que los mejoren, identificando aquellas prácticas reconocidas por la literatura que sirven para promover un mejor conocimiento de la enfermera como: Promover y garantizar el acceso a los recursos de formación (es decir, conferencias, talleres, instructores clínicos, bibliotecas, bases de datos electrónicas, revistas y acceso electrónico); Utilizar los marcos teóricos y modelos prácticos para guiar la práctica; Llevar a cabo investigaciones que se ocupe de los problemas de la enfermería; Abogar y garantizar el acceso a la evidencia para apoyar la práctica; Leer la literatura utilizando técnicas de evaluación crítica; Asistir a conferencias, congresos o mesas redondas sobre cuidados al paciente; Defender y difundir lo aprendido (por ejemplo, presentarlo en talleres y jornadas); Desarrollar asociaciones y acuerdos de afiliación con instituciones de formación (RNAO, 2007).

Finalmente, debemos intentar que las organizaciones sanitarias fomenten la formación y la investigación, además de evaluar su impacto, no solo en el nivel de conocimientos de los profesionales, si no en los resultados en salud de los pacientes, pero también, ésta formación debe formar parte de toda una política de mejora de los recursos humanos de la organización, dirigida ciertamente a mejorar el entorno laboral y la satisfacción.

### **6.3. Actitud ante la Práctica basada en la Evidencia**

Para alcanzar un enfoque de investigación en el cuidado al paciente o la práctica reflexiva es esencial tener en cuenta, formularse preguntas sobre las prácticas actuales y las posibles alternativas a la gestión del cuidado al paciente, además de las reacciones de los pacientes a sus intervenciones (Melnik y Fineout-Overholt, 2005). Por ello, se ha pretendido aportar información sobre cuáles son las actitudes hacia la Práctica Basada en la Evidencia de las enfermeras que trabajan en el Área III de Salud de Lorca en las dos mediciones. Los resultados muestran que la percepción de los profesionales de enfermería sobre el porcentaje de aplicación de la PBE en su entorno clínico es de un 55,11% de media en el grupo M0 y 55,41% en el grupo M1, siendo las diferencias encontradas no significativas estadísticamente. Aún cuando no ha habido diferencias entre ambas mediciones, estos resultados son más altos que los encontrados por Melnyk (2004), donde sólo el 46% de los profesionales considera que la práctica clínica de su entorno está basada en la evidencia y Wangensteen et al. (2011) en Europa que muestra datos aún menores, con un 24% de enfermeras que señalan que utilizan los resultados procedentes de la investigación en su práctica clínica diaria. Sin embargo, son consistentes con los de Molina Mula et al (2015), en Ecuador, donde más de la mitad de las enfermeras consideran que integran de forma mas o menos frecuente la evidencia científica en su trabajo diario; también similar al estudio realizado por Melnik et al, (2012) en Estados Unidos que revela que el 53.6% de sus encuestados están de acuerdo en que la PCBE se aplica en su organización.

En el momento actual no se puede dejar de reconocer la importancia de la investigación como base esencial para el desarrollo de un cuerpo de conocimiento propio de Enfermería. Sin embargo, a pesar de haberse demostrado que la práctica de la enfermería basada en la investigación, ofrece mejores resultados que la práctica de cuidados basada en la rutina (experiencia, intuición), sólo una pequeña parte de la práctica enfermera se basa en la investigación (Bostrum y Suter, 1993) y como puede observarse, esta percepción no ha mejorado como esperábamos con

los años ni tras la implantación de un programa que estimula la utilización de la PBE a través de la implantación de GPC.

Con respecto a la puntuación media obtenida en las tres dimensiones de la actitud ante la PBE medidas con el cuestionario CAPEBE se observa que todas las puntuaciones alcanzan valores medios altos, mostrando una actitud positiva ante la PBE en ambas medidas. También en ambos casos, la dimensión con una puntuación más baja es la intención de conducta, aunque todas las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas. La dimensión con mayor puntuación en ambas medidas es la de creencias y expectativas.

Estos resultados son similares a otros relacionados con la actitud hacia el uso de la PCBE por parte del personal de enfermería, indicando que las enfermeras reportan constantemente actitudes y creencias favorables hacia la misma. Sin embargo, como hemos visto en nuestros hallazgos, y de manera similar a otros estudios (Melnik, et al., 2004; Saunders, et al., 2016; Brown, Wickline, Ecoff, Glaser, 2008) a pesar de que existe una fuerte creencia de que la PBE mejora los cuidados clínicos y sus resultados en los pacientes, piensan que la PBE se aplica de forma moderada a la práctica enfermera en general. Posiblemente esto se relacione con la puntuación más baja en la dimensión intención de conducta, y explicaría que a pesar de tener creencias y una disposición favorable hacia la PBE el resultado final no sea la aplicación de la PBE de manera mayoritaria.

Redundando en esta idea, la distribución de las puntuaciones medias por ítems de la escala CAPEBE de actitud ante la PBE más bajas, tanto en la primera medida como en la segunda, se encuentra en aquellos aspectos relativos a la implicación del profesional en el aprendizaje y desarrollo de la PBE así como la incorporación de la PBE en el trabajo. En estos resultados, no se aprecian cambios significativos entre las dos mediciones realizadas, y además difieren de los obtenidos por Sherrif, Wallis, Chaboyer (2007) quienes encontraron, que la percepción de las enfermeras mejoró ampliamente, sobre el apoyo de las organizaciones y en la confianza en su capacidad para localizar y evaluar evidencia, después de participar en un programa

formativo sobre PBE. Resultados similares encontraron Varnell et al., 2008; White-Williams, Patrician, Fazeli, et al., 2013.

Se encontraron también diversas publicaciones en las que se ha evaluado la actitud usando otros instrumentos de medida, con resultados similares a los de este estudio y que confirman que las enfermeras mantienen una actitud positiva hacia al uso de la evidencia como instrumento para guiar su práctica (McSherry et al, 2006; Melnyk, 2004; González-Torrente, 2013). En otros estudios como el de Brown y el de Martinez Diaz (2014) la actitud obtiene puntuaciones altas similares a las de nuestro estudio, Heydari y Mehrdad en Irán obtienen al evaluar la actitud hacia PCBE resultados positivos y Molina Mula también concluye que las enfermeras muestran actitudes positivas hacia la PCBE. Sin embargo, poseer conocimientos y habilidades no implica lograr cambios de conducta (Prochaska, 1995).

De un modo más específico, en relación a las dimensiones de la escala de actitud ante la PBE, se observa que en la primera medida se relacionan de manera positiva con la dimensión creencias sobre la PBE trabajar en atención hospitalaria, tener formación en PBE y los profesionales con una percepción más alta sobre la aplicación de la PBE en su entorno laboral. Mientras, que en la segunda medida, se asocia con los profesionales que tienen formación en PBE. En referencia a los resultados de las variables asociadas a la preferencias sobre la PBE, tanto en la primera como en la segunda medida, se asocia de manera positiva con la formación en PBE y en la segunda medida también se asocia con los profesionales que perciben la aplicación de la PBE en mayor porcentaje.

Igualmente, tener formación en PBE se asocia con un mayor nivel en la dimensión intención de conducta ante la PBE. En la segunda medida se asocia también con los profesionales que perciben que se aplica la PBE en su entorno en mayor porcentaje. Finalmente, respecto a la actitud global ante la PBE se observa asociación significativa en las variables tener formación en PBE y percibir en mayor proporción que se está aplicando la PBE en el entorno de trabajo. Esta relación entre tener formación en PBE y presentar mejor actitud ante la PBE también se ha

observado en otros estudios (Ruzafa-Martínez et al. 2011; Martínez Díaz et al. 2014).

En cuanto a las características sociolaborales que intervienen en la PBE solo se ha observado de manera creemos que excepcional una relación positiva entre trabajar en atención hospitalaria y la dimensión creencias en la primera medida. Estos resultados difieren de los encontrados por De Pedro Gomez et al (2011) donde obtienen una mayor puntuación en la actitud ante la PBE en los profesionales de atención primaria frente a los de hospitalaria. Se necesitan más estudios para poder ser más concluyentes al respecto.

Por otra parte, la relación entre una mejor percepción de la utilización de la PBE en el entorno y la actitud ante la PBE tanto en la primera como en la segunda medida puede explicarse porque quienes presenta mejora actitud también tienen una percepción más optimista de la aplicación de la PBE en su entorno. Este aspecto, asociado a la relación encontrada con la formación en PBE, nos hace plantearnos la necesidad de continuar formando a los profesionales en PBE. Además, teniendo en cuenta los bajos resultados obtenidos en el porcentaje de profesionales con formación en PBE, a pesar del aumento de la oferta docente en esta materia hace que nos planteemos la necesidad de realizar propuestas educativas más innovadoras y que faciliten el acceso a la formación a los profesionales para lograr tasas más altas de participación. Un ejemplo de ello es la formación online, que ya ha dado buenos resultados en otros estudios (Ramos-Morcillo et al. 2015).

Consideramos que los resultados del estudio, no han respondido a la hipótesis de cambio que planteábamos al principio, ya que no se muestran cambios significativos estadísticamente entre ambas medidas en la actitud ante la PBE. Por una lado hemos de tener en cuenta que el margen de mejora era pequeño, ya que las puntuaciones obtenidas han sido muy altas desde la primera medida. Sin embargo no nos conformamos con ello y estos resultados nos brindan la oportunidad de actuar en profesionales y gestores sobre las carencias detectadas. En base a esto, las estrategias de formación deben priorizarse de acuerdo a los



elementos de cada una de las dimensiones que presentan puntuaciones medias más bajas y desarrollar programas formativos liderados por expertos, lo que ha sido demostrado, en el ámbito clínico, que pueden ser efectivos para mejorar el conocimiento y habilidades asociadas con la implementación de la evidencia (RNAO, 2007). También en la organización, se debe emprender una seria reflexión sobre la falta de habilidades de las enfermeras sobre la PBE, incluso en las que tienen más experiencia profesional, considerando el liderazgo un papel clave en la transferencia de conocimiento a la práctica clínica (González-Torrente, et al., De Pedro-Gómez, 2012).

Por otra parte, debemos ser condescendientes y reflexionar en positivo, se está haciendo un gran esfuerzo en la implantación de evidencias en el Área III de Salud, a través del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, y puede que se requiera de más tiempo para valorar el impacto de los resultados. Se presume que dicho impacto proporcionará más información sobre lo que realmente aporta la EBE y será entonces cuando la Enfermería estará en una situación favorable para proporcionar los mejores cuidados a los pacientes, garantizando unos cuidados de máxima calidad a partir de la experiencia personal y dentro del contexto de la práctica diaria (Romero, 2003).

Aunque la implementación sistemática de la PBE es esencial para mejorar efectivamente los resultados de los pacientes, la calidad y el valor de la atención, las enfermeras no utilizan de manera consistente la evidencia en la práctica. La absorción se ve obstaculizada por la falta de preparación de las enfermeras para la EBE, incluyendo las creencias de las enfermeras. Las creencias favorables de la EBE son fundamentales para el uso y la integración de la mejor evidencia en la toma de decisiones clínicas por parte de las enfermeras. Saunders y Vehviläinen-Julkunen (2016), también establecen que los mentores de la EBE desempeñan un papel clave para fortalecer las creencias de las enfermeras en el valor de la EBE y la confianza en su capacidad para implementar EBE, por lo que quizás, formar y fomentar a líderes de la organización e impulsores como agentes multiplicadores de

evidencias puede contribuir a integrarla mejor por parte de las enfermeras en su práctica habitual.

Debido a todo lo anterior, se requiere continuar esta investigación por mas tiempo, para probar y evaluar la efectividad de las intervenciones de formación y de implantación de evidencias, diseñadas para avanzar en las competencias de la PBE, ya que, con el Programa de CCEC® se pretende especialmente enseñar cómo integrar la práctica basada en la evidencia en la toma de decisiones clínicas. Todos los esfuerzos deben centrarse en la utilización sistemática de estrategias de transformación del conocimiento que hayan sido demostradas como eficaces, e introducir la EBE en forma amigable y fácil de usar, siendo así más accesibles para que las enfermeras la integren en su práctica clínica (Saunders y Vehviläinen-Julkunen, 2016).

#### **6.4. Clima organizacional**

Las condiciones en que se realiza el trabajo pueden repercutir sobre diferentes aspectos de la actividad laboral, tal como la calidad del mismo trabajo (Alcover, Martínez, Rodríguez, Domínguez, 2004; Blanch, Sahagún, Cervantes, 2010; Peiró y Prieto, 1996). A pesar de que existe evidencia consistente sobre la relación entre el ambiente de trabajo de las enfermeras y los resultados en los pacientes, el ambiente de trabajo de la enfermera no se ha considerado en la mejora de la calidad y la investigación de la seguridad del paciente lo suficiente (Mainz, Baernholdt, Ramlau-Hansen y Brink, 2015). Debido a lo anterior, en este estudio se ha pretendido estudiar las dimensiones del clima laboral que podrían repercutir directa o indirectamente en la satisfacción general y el rendimiento en el trabajo, afectando a la productividad y a los cuidados de salud (Chiang, Salazar, Núñez, 2007).

Los resultados muestran puntuaciones altas en las 8 dimensiones del clima organizacional (rango de 1 a 5 puntos). Las puntuaciones encontradas entre ambos

momentos son muy similares, como confirma la ausencia de significación estadística. Las puntuaciones más bajas en la percepción del clima organizacional se observan en las dimensiones “Reconocimiento” y “Presión”. Por otra parte, las puntuaciones más altas se observan en las dimensiones “Confianza” y “Apoyo” en ambos momentos. Las puntuaciones más bajas coinciden exactamente con los resultados de Chiang (2011) y las más altas coincide la confianza, aunque esta seguida de la autonomía y luego el apoyo.

En cuanto a la baja consideración del reconocimiento puede deberse a que no existe un sistema de recompensa a los profesionales por su contribución a la organización y en cuanto a la presión, este resultado podría estar relacionado con los altos niveles de exigencia en cuanto a los estándares de desempeño, funcionamiento y finalización de tareas. Cabe destacar, la percepción del nivel de confianza como la dimensión mejor valorada, indicando que las enfermeras tienen libertad para comunicarse abiertamente con los superiores, tratar temas sensibles o personales con la confianza suficiente de que esa comunicación no será violada o usada en su contra. Esto a su vez tiene relación con la dimensión apoyo, que ha sido la siguiente mejor valorada, indicando respaldo y tolerancia en el comportamiento dentro de la institución. Esto incluye el aprendizaje de los errores por parte del trabajador, sin miedo a represalias de sus superiores o compañeros de trabajo, lo cual es un resultado interesante que podría tener relación con el estilo de liderazgo que se ejerce en la organización.

Estos resultados coinciden con lo manifestado por Hinno (2012), quien refiere que las enfermeras suelen evaluar su entorno de trabajo como estresante y complejo, mientras que reconocen la escasez de personal, los recursos limitados y la presión como las cuestiones más importantes (Milisen et al, 2006). Es oportuno señalar que la naturaleza estresante de la enfermería a menudo conduce al agotamiento, a la baja productividad, al absentismo (Coomber y Barriball, 2007; Garrett, 2008) y, a largo plazo, contribuye a la falta de personal, agravando aún más el problema (Shirey, 2006), por lo que son aspectos a considerar por los gestores.

En este sentido, se debe considerar que los esfuerzos para proporcionar un buen ambiente de trabajo para las enfermeras conducen a una mayor satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería, así como a la satisfacción del trabajo de las enfermeras. Por tanto, el entorno de trabajo constituye un factor determinante para la mejora de la calidad de la atención sanitaria proporcionada y, al mismo tiempo, se relaciona con mejores resultados para las enfermeras. Un ambiente de apoyo para las enfermeras, la motivación de la dirección, las oportunidades de desarrollo profesional, la educación sobre las habilidades de comunicación y las formas de mejorar las relaciones profesionales y la resolución de conflictos, así como tamaños de unidades más pequeños son formas de mejorar el ambiente de trabajo de las enfermeras (Copanitsanou, Fotos, Brokalaki, 2017).

### **6.5. Satisfacción laboral**

La satisfacción en el trabajo de las enfermeras está relacionada con las percepciones de los factores ambientales del trabajo, que apoyan sus comportamientos de práctica profesional y el cuidado de alta calidad de los pacientes. Los directores de enfermería pueden apoyar el comportamiento de la práctica profesional de las nuevas enfermeras al proporcionar entornos de práctica profesional de apoyo. Se prevé, que centrarse en crear entornos de trabajo saludables beneficiará, no solo a las enfermeras, sino también a otros miembros del equipo asistencial (RNAO, 2008).

Por tanto, resulta de interés estudiar la opinión que tienen los trabajadores con respecto al grado de satisfacción dentro de su campo de trabajo tal como lo expresan Hernández, García, López, y Fragoso (2016) con el fin de que se tenga una repercusión positiva en aspectos tales como: la productividad, la estabilidad, el compromiso y el clima laboral, entre otros (Böckerman e Ilmakunnas, 2012).

Como se aprecia en los resultados de ambas mediciones en este estudio, la percepción mayoritaria de las enfermeras es que están muy satisfechas con la elección de enfermería como profesión (73%-76,2%). Los resultados también

muestran que el porcentaje de enfermeras muy satisfechas es algo superior en la segunda medida aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Resultados similares se encontraron en el estudio realizado por Aiken et al., (2013) a nivel Europeo, en el que menos de 1 de cada 4 enfermeras en todos los países excepto Grecia (40%) e Irlanda (28%) informaron estar descontentos con su elección de enfermería como carrera.

Aproximadamente un 76% de profesionales de la primera medida y un 82% de la segunda medida señalan que están moderadas o muy satisfechas con el trabajo actual, sin diferencias significativas. Estos datos podrían considerarse positivos y relevantes, encontrándose en un intervalo muy similar a numerosos estudios (Bustos y Carrizosa, 2010; Carrillo-García et al., 2015; Hernández et al., 2012; Ponce, Ponce y Lugo, 2009; Ponce, Reyes y Ponce, 2006; Fuentelsaz-Gallego, 2013). Este resultado es especialmente interesante y muestra que los profesionales de enfermería están mayoritariamente satisfechos con el ejercicio de su profesión. Aún así, se debe prestar atención al un grupo de casi un 20% de profesionales que manifiestan que están algo insatisfechos o muy insatisfechos, por lo que los administradores de hospitales y enfermeras y los encargados de la formulación de políticas sanitarias necesitan crear ambientes de trabajo satisfactorios que apoyen la práctica de la enfermería con el fin de aumentar la satisfacción laboral y la intención de permanecer (Al Hamdan, Manojlovich y Tanima, 2017). Por su parte, en el estudio de Ruzafa-Martínez et al. (2008) en el que encontraron un nivel medio de satisfacción laboral, sugieren que los líderes deberían incidir en mejorar su satisfacción laboral y su competencia profesional, incluyendo sistemas de incentivación y promoción profesional y prestar especial atención a las necesidades del personal.

En relación con el entorno laboral, en nuestro estudio la percepción de la adecuación de los “recursos humanos” son el aspecto peor valorado, estos resultados pueden compararse con los de Abad-Corpa et al., (2013) Fuentelsaz-Gallego (2012), con la importancia que esto supone en términos de cargas de trabajo, la calidad de la atención y los cuidados que prestan las enfermeras a sus

pacientes. El mejor evaluado es la “relación con los compañeros”, también de manera muy similar los “recursos materiales” y algo menos el “apoyo del supervisor/coordinador”. Las diferencias encontradas en las dos mediciones realizadas no son estadísticamente significativas en ninguno de los aspectos valorados.

Estos resultados datos coinciden con los de Molina et al., (2009) y Carillo-Garcia (2015) Fuentelsaz-Gallego (2013), en la que también reportaron que la dimensión mejor valorada fue la relación interpersonal con los compañeros, aunque no es igual con respecto a la peor valorada, que en su caso fue la promoción profesional. En este sentido, se considera que las relaciones personales en el ámbito laboral pueden considerarse no solo como fuente de satisfacción, sino como un importante factor amortiguador del desgaste profesional, teniendo el apoyo grupal ciertas implicaciones de cara a la mejora de la calidad de vida laboral (Carillo-Garcia, 2015; Topa, Moriano y Morales, 2009).

Destaca entonces, que la calidad del ambiente de trabajo de la práctica de enfermería, como los niveles de personal, las relaciones enfermero/médico y el apoyo de los compañeros de trabajo y los supervisores influyen en gran medida la satisfacción de las enfermeras con su trabajo (Laschinger 2008). Por lo que se sugiere considerar, lo manifestado por Laschinger y Fida (2015), que han demostrado que los líderes eficaces crean condiciones de trabajo de empoderamiento asegurando niveles adecuados de personal en sus unidades, lo que puede aumentar la satisfacción laboral de la enfermera y la calidad de la atención.

En cuanto al grado de satisfacción con diversos aspectos relacionados con las condiciones laborales, como: Flexibilidad de los horarios, Desarrollo profesional, Autonomía en el trabajo, Estatus profesional, Salario, Oportunidad formación, Vacaciones, Derecho bajas por enfermedad y Permiso por estudios, se observan diferencias estadísticamente significativas entre la primera y segunda medida reduciéndose el porcentaje de profesionales que se muestran muy insatisfechos en

cuanto al “salario”, (M0=25%-M1=9,2%), las “vacaciones” (M0=10,2%-M1=4,8%) y el “derecho a bajas por enfermedad” (M0=36,1%-M1=15%).

Esto podría explicarse debido a que en el año 2012 se realizaron los recortes en prestaciones de los trabajadores generados por la crisis económica, que sufrió el sistema sanitario de la Región de Murcia; entre los que destacaron el aumento de las horas de trabajo de 35h a 37,5h semanales, disminución de días por asuntos propios (lo que significa entre 18 a 20 días más de trabajo al año), disminución de plantillas, reducción en las percepciones económicas por baja laboral por incapacidad temporal, disminución y suspensión de conceptos retributivos como la carrera profesional, la acción social, la paga extra, el pago de horas extras; todo lo cual, puede haber generado insatisfacción en los profesionales que se observan en la primera medición. En el momento de realizar la segunda medición, ya se han recuperado algunos de estos beneficios como la paga extra, los días de antigüedad y la reducción económica por incapacidad temporal se ha aligerado. De igual modo, esta diferencia entre ambas mediciones, también podría deberse a los presumibles cambios de la plantilla, demostrada por la disminución de la edad media, la menor experiencia profesional, y la disminución de la plantilla fija, que puede haber generado que se incorporen profesionales que provenían de condiciones laborales menos favorables que las que tienen actualmente.

Los aspectos con los que alrededor del 80% de las enfermeras manifiestan mayor satisfacción en ambas medidas son: Autonomía en el trabajo, Estatus profesional, y la Flexibilidad de horarios. Los aspectos peor valorados son: el permiso de estudios, derecho a bajas por enfermedad, salario y oportunidades de formación, seguido del desarrollo profesional y las vacaciones. Estos resultados pueden compararse con los de Abad-Corpa (2013) y Fuentelsaz-Gallego (2013) Aiken (2012) y de Molina, Martínez, Valderrama y Uribe (2009), estos últimos establecieron que la dimensión mejor valorada fue la relación interpersonal con los compañeros y la peor valorada fue la promoción profesional, además de que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas en relación con la satisfacción total.

Estos resultados son similares a los observados en el estudio de Fernández y Paravic (2003) en el que diversos factores relacionados con las condiciones físicas del trabajo como remuneraciones, promociones y/o ascensos, fueron en los que se presentó mayor insatisfacción en las enfermeras. Por el contrario, la interacción con sus pares, su supervisor y las actividades que realizan son aquellos factores con los cuales están más satisfechas. Asimismo, en el estudio de Alba, Salcedo, Zárate e Higuera (2008) reportaron que las situaciones que les produjeron mayor satisfacción fueron: cuidar y apoyar a los pacientes, reconocimiento de su trabajo por sus superiores, ingresar y pertenecer a ese hospital. Los factores de ambiente de trabajo y capacitación fueron satisfactorios; respecto a las condiciones que provocan insatisfacción fueron: la falta de recursos materiales y de personal, así como la falta de apoyo y reconocimientos. En los aspectos extrínsecos la mayoría del personal consideró que su sueldo es insuficiente; igual que ocurre en el de Ponce-Gómez y Lugo-Chávez (2009) quienes indicaron que en la comunicación, la salud y las condiciones laborales, existió mayor satisfacción; mientras que en desarrollo, capacitación y actualización, se tuvo un índice menor de satisfacción; asimismo, en factores como la remuneración económica, se presentaron altos niveles de insatisfacción.

Sobre este aspecto, los resultados de Tapia, Ramírez e Islas, 2009 muestran, que el personal de enfermería presenta insatisfacción del personal en los factores: condiciones físicas del trabajo, el salario, la atención a las sugerencias que hacen, posibilidades de ascenso, modo de supervisión, la dimensión de desarrollo, capacitación y actualización. Contrarios fueron los resultados de Gómez, Becerra, Beltrán, García y Gómez (2012) que determinaron el personal de enfermería refiere estar muy satisfecho, identificando que las variables con mayor satisfacción fueron: el trabajo, el salario, los compañeros, el servicio y el turno. Asimismo, las variables con menor satisfacción fueron: relación con jefes y superiores, posibilidades de ascenso, incentivos y organización en el trabajo.

Al preguntarles a las enfermeras sobre si dejarían el hospital o centro de salud por su insatisfacción laboral, en ambas medidas sin diferencias estadísticamente



significativas, la gran mayoría, refieren que no abandonarían, en porcentajes inferiores a los encontrados en los estudios de Abad-Corpa (2013), Fuentelsaz-Gallego, (2013) y Aiken (2013). De igual modo, se muestra la percepción sobre la facilidad para encontrar trabajo de enfermería, destacando que casi la mitad de los profesionales de la primera medida considera que es muy difícil frente a un tercio de la segunda medida, con diferencias estadísticamente significativas. Resulta también interesante que más de la mitad de profesionales en ambas mediciones, consideran que probablemente recomendarían su hospital o centro de salud como buen sitio para trabajar, observándose una ligera diferencia en la proporción de profesionales que definitivamente recomendaría su hospital o centro de salud, aunque no es estadísticamente significativa.

En este sentido, destacan los resultados del estudio de Aiken (2013), donde el porcentaje de enfermeras que informaron de insatisfacción con su trabajo varió sustancialmente entre países, desde un 11% de las enfermeras insatisfechas en los Países Bajos hasta un 56% en Grecia. Una proporción importante de enfermeras de cada país tenía intención de dejar su trabajo en un año, 49% en Grecia y Finlandia, 44% en Irlanda y Polonia, 43% en Inglaterra, 36% y 30% en Alemania y Bélgica, ocupando España, Noruega y Holanda los últimos lugares con 27%, 25% y 19% respectivamente. Entre un 20 y 40%, buscaría trabajo fuera de la enfermería.

Hay que señalar, que las condiciones económicas actuales, sin duda, tienen un impacto favorable en la retención de enfermeras hospitalarias debido a la escasez de oportunidades de empleo atractivo fuera de los hospitales y fuera de la enfermería. Cabe destacar que debido a las características de contratación del Sistema de Salud en España, no es fácil el libre movimiento de las enfermeras entre sus instituciones (Fuentelsaz-Gallego, 2013).

Friese et al (2005) evaluaron las relaciones entre el ambiente de trabajo de enfermería, la rotación de la enfermera y la intención de dejar el trabajo. Las enfermeras que percibían que su ambiente de trabajo era negativo tenían una mayor intención de dejar sus trabajos. Además, se encontraron correlaciones

significativas entre el ambiente de trabajo de enfermería, la intención de abandonar y la rotación de la enfermera.

En nuestro estudio hemos evaluado si la satisfacción laboral con el trabajo actual se asocia con las variables relacionadas con el entorno laboral y distintos aspectos de la satisfacción laboral. En la primera medida no se han observado asociaciones significativas. En la segunda medida, se muestra una relación positiva en las variables relaciones con los compañeros y vacaciones, y con tendencia a la significación trabajar en atención primaria. Por otra parte, muestra una relación en sentido contrario, es decir menos satisfacción con el trabajo actual los profesionales interinos.

En cuanto a la relación entre clima organizacional y la satisfacción con el trabajo actual, en la primera medida solo la variable confianza muestra una relación estadísticamente significativa. En la segunda medida se observa asociación significativa y en sentido contrario con las variables ser un profesional con un contrato de interinidad y la variable presión.

Los resultados obtenidos, pueden significar una oportunidad para la gestión sanitaria, con el fin de evaluar y mejorar las condiciones de trabajo y así crear las condiciones para una mano de obra enfermera estable (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Sermeus, 2013) y con mayor satisfacción laboral, teniendo en cuenta a que se ha asociado con la rotación del personal, la calidad y la eficiencia del servicio, y la satisfacción del paciente (Brewer et al., 2011, Laschinger & Fida 2015).

Estos hallazgos sobre la insatisfacción de las enfermeras permiten sugerir, otras áreas de mejora, incluso dentro de los limitados presupuestos sanitarios actuales, como lo relacionado con la falta de oportunidades de ascenso en la enfermería. Se ha demostrado que los programas de escalas clínicas que proporcionan oportunidades para el progreso en los roles de atención clínica son eficaces para mejorar la satisfacción y la retención del trabajo de la enfermera (Bjork et al., 2007;

McClure y Hinshaw, 2002). Los empleados más satisfechos, son aquellos que se desenvuelven en puestos que les ofrecen libertad, independencia y discreción para programar el trabajo y decidir los procedimientos; autonomía para la toma de decisiones y oportunidades de emplear y desarrollar habilidades y competencias personales (Paris, 2011).

El conocimiento de los factores que influyen en la calidad de vida laboral de los trabajadores, es un aspecto importante para cualquier institución, porque permitirá generar información que sirva para la definición de estrategias, ya que el trabajo es una actividad humana individual y colectiva que requiere de una serie de contribuciones, esfuerzo, tiempo, aptitudes, habilidades, entre otras; que los individuos desempeñan esperando a cambio compensaciones económicas y materiales; además, de las psicológicas y sociales, que contribuyen a satisfacer sus necesidades (Gómez-Cardona, et al., 2012).

Por otra parte, al examinar el ambiente de trabajo de enfermería y su asociación con los resultados de las enfermeras como la satisfacción laboral y la percepción de la enfermera sobre la calidad de la atención prestada, se encuentra que el clima laboral tiene un fuerte efecto sobre los resultados y se recomienda para mejorarlos, llevar a cabo, una evaluación más frecuente y sistemática del ambiente de trabajo de enfermería. Estos hallazgos sugieren que las condiciones en el ambiente de trabajo pueden cambiar con el tiempo y son susceptibles de intervención para mejorar (Rochefort y Clarke, 2010).

En el personal de enfermería estos factores, interfieren en la ejecución del cuidado, es por eso que los programas de acreditación para las instituciones sanitarias suponen una garantía de excelencia tanto en la satisfacción profesional como en la calidad de los cuidados; esto ha motivado el interés por estudios en que se asocian alta tasa de absentismo y síndrome del quemado o burnout entre el profesional de enfermería con la insatisfacción laboral, siendo el hospital el entorno predominante. (Nava-Galán, et al., 2013).

## **6.6. Percepción de la calidad del cuidados y seguridad de los pacientes**

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales y profesiones de salud. Para enfermería, la calidad del cuidado ha sido desde siempre una preocupación constante (Cometto, Gómez, Dal Sasso, Grajales, Cassiani y Morales, 2011). Un cuidado de enfermería de calidad, implica diversos componentes como la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios. Por ello, proveer cuidados de enfermería que sean de calidad no es algo sencillo ni exento de dificultades y limitaciones (Gaviria, 2009). Las enfermeras/os son el mayor colectivo de profesionales de la salud y la mejora de la calidad del cuidado que prestan, tendría un importante impacto para las instituciones de salud (CIE, 2016).

En este estudio, el mayor porcentaje de enfermeras consideran en ambas medidas que la calidad de los cuidados de su hospital o centro de salud es aceptable, buena y excelente, sin observarse diferencias estadísticamente significativas en ambos momentos. Estos resultados son en general, mejores que los obtenidos por Aiken, Sermeus, Van den Heede, et al. (2012), donde informaron la calidad del cuidado de los pacientes mala o regular y varió considerablemente según el país, entre el 11% (Irlanda) y el 47% (Grecia); pero se presentan similares a los de Abad-Corpa, et al. (2013) en la Región de Murcia.

Por otra parte, casi la mitad de los profesionales en las dos mediciones están algo seguros de que sus pacientes podrán manejar su autocuidado en su proceso salud/enfermedad tras el alta, y más del 40% manifiestan estar seguros y muy seguros, sin diferencias significativas en ambas medidas. Estos resultados difieren de los obtenidos por Fuentelsaz-Gallego et al. (2013), en un estudio realizado en 7.539 enfermeras de 59 hospitales Españoles con más de 150 camas pertenecientes al SNS, en el que más de la mitad (57%) de las enfermeras no tienen seguridad de que sus pacientes puedan autocuidarse tras el alta.

Respecto a la percepción de los profesionales de la calidad de los cuidados que prestan, se puede observar que trabajar en atención primaria, percibir que los recursos humanos son adecuados, y que se tienen oportunidades de desarrollo profesional se asocia de manera positiva con la percepción de la calidad de los cuidados. En la segunda medida solo se ha relacionado con la calidad de los cuidados la variable adecuación de los recursos humanos.

También se observan relaciones significativas entre las variables del clima organizacional y la percepción de la calidad de los cuidados prestados, el análisis multivariante muestra que en la primera medida la percepción de la calidad de los cuidados se asocia en sentido positivo con los profesionales que trabajan en atención primaria, y con quienes perciben mayor cohesión, reconocimiento e innovación. Sin embargo, se asocia en sentido contrario con la variable equidad. En la segunda medida solo se ha relacionado con la percepción de los profesionales de la calidad de los cuidados las variables apoyo y en sentido contrario la variable presión.

Todos estos resultados podrían indicar, cómo están siendo atendidos los pacientes en la organización, teniendo en cuenta, que diversos autores acuerdan que la situación de las enfermeras en sus puestos de trabajo podría ser una medida de la calidad de los cuidados prestados a los pacientes (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, López-Zorraquino, Gómez-García, González-María, 2013). Por ello, se hace necesario, controlar el entorno laboral, ya que cuando es desfavorable podría derivar en un riesgo para el paciente y para la prestación de cuidados de calidad (Aiken, Sermeus, van den Heede, Sloane, Busse, McKee, et al., 2012; Sermeus, Aiken, van den Heede, Rafferty, Griffiths, Moreno-Casbas, et al, 2011).

Sobre este mismo aspecto, aproximadamente la mitad de los profesionales en ambas medidas considera que la calidad de los cuidados se ha mantenido en el último año, y algo más del 25% considera incluso que que ha mejorado, diferencias entre medidas que no son estadísticamente significativas.

En este sentido, puede decirse que la percepción de la calidad del cuidado de enfermería está en rangos adecuados. Esto, en base a los resultados obtenidos en el clima laboral, podría estar relacionado con las condiciones ambientales y psicosociales del trabajo. Diversos autores destacan, que la creación de un ambiente de trabajo favorable a la producción de salud, con condiciones adecuadas, que posibiliten al trabajador una relación interpersonal saludable y un menor desgaste físico y emocional, favorece la organización del proceso de trabajo de forma eficiente, lo que potencialmente mejora la calidad del cuidado de enfermería (Luengo, Paravic, Burgos, 2016).

Las percepciones de las enfermeras sobre la calidad de la atención al paciente se desarrollan con el tiempo durante su atención diaria y han demostrado ser un indicador confiable de calidad basado en su experiencia profesional. McHugh y Stimpfel (2012) encontraron que la calidad de la atención de enfermería se asoció significativamente con indicadores objetivos de calidad hospitalaria, como la tasa de mortalidad, la falta de rescate y la satisfacción del paciente. Las investigaciones han demostrado que las percepciones de las enfermeras sobre la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención afecta su trabajo y su satisfacción profesional y sus intenciones de rotación (Laschinger 2012, Zhu y otros, 2014, Laschinger y Fida 2015). Es lógico esperar que los comportamientos de los profesionales en la práctica influyan en la calidad de la atención que las enfermeras son capaces de proporcionar y que trabajar en entornos de práctica donde son apoyados es probable que facilite estos comportamientos, lo que lleva a mayores niveles de satisfacción en el trabajo, considerando en esta investigación el apoyo y la confianza, las dimensiones del clima laboral mejor percibidos por las enfermeras del Área III de Salud.

Estos resultados referidos a la percepción de las enfermeras, coinciden con los resultados de varios indicadores específicos relacionados con la calidad de cuidados, los cuales, se han mantenido o incluso mejorado durante el periodo de tiempo estudiado, refiriéndose a: Plan de Acogida, Valoración al ingreso, Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) al Alta y Recomendaciones de Enfermería,

Valoración del riesgo de UPP y Prevención de Ulceras por presión, Cuidados del Paciente portador de catéter venoso Central y Periférico, Valoración del riesgo de caídas y Prevención de Caídas, Sonda Vesical, UPP desarrolladas durante la estancia hospitalaria. Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en el Hospital. Prevalencia de UPP en pacientes ingresados en UCI, Incidencias de Flebitis, Extravasación, Tasa de Caídas, Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad.

Por otra parte, la seguridad del paciente es la piedra angular de la atención sanitaria de alta calidad. Gran parte del trabajo que define la seguridad del paciente y las prácticas que previenen el daño se han centrado en los resultados negativos de la atención, como la mortalidad y la morbilidad. Las enfermeras son fundamentales para la vigilancia y la coordinación que reducen tales resultados adversos. Los comportamientos organizacionales son importantes para promover la seguridad del paciente conclusión alcanzada por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (World Health Organization, 2009).

Por otra parte, respecto a percepción de los profesionales acerca de la seguridad de que la estructura organizativa del hospital/centro de salud actuará para resolver los problemas que se han notificado, se observa un patrón de respuesta similar al anterior. Siendo los porcentajes de respuesta algo seguro y seguro, casi un 80% de las respuestas, sin diferencias estadísticamente significativas encontradas entre las dos mediciones. Resultados contrarios, se han presentado en todos los países, salvo Suiza, donde un poco menos de un cuarto y algo más de un tercio de las enfermeras responden que la seguridad del paciente no es una prioridad de gestión (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Sermeus, 2013).

Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas entre la primera y segunda medida con relación a la valoración que hacen los profesionales de su unidad/centro de salud en la seguridad del paciente. Considerando que alrededor de un 90% de los profesionales la consideran entre aceptable y muy buena. Estos resultados pueden compararse con otros estudios realizados sobre el tema. Como

el de Alken (2012), que muestra que en 9 de los 12 países europeos evaluados, menos del 10% de los enfermeros clasifican sus hospitales como pobres o que no cumplen con la seguridad del paciente, aunque este porcentaje aumenta hasta el 11% en Suecia, el 17% en Grecia y el 18% en Polonia y Abad-Corpa (2013) que muestra que solo el 2,6% de las enfermeras de la Región de Murcia opina que su unidad es «deficiente/mala».

En cuanto a la opinión de los profesionales sobre diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el lugar del trabajo como, en los turnos se pierde información, en los traslados se pierde información, se siente libre de cuestionar acciones de superiores, planificar errores no se repitan, se les informa de los cambios, la seguridad del paciente es una prioridad organización, tienen sensación de que los errores se utilizan en contra. Solo se han encontrado que hay diferencias significativas en el ítem “sensación de que los errores se utilizan en tu contra”, destacando en la medida M0 un 13,2% de profesionales frente a un 5,2% en M1 que manifiestan estar muy en desacuerdo.

Las enfermeras estudiadas perciben en su mayoría que se planifica para que los errores no se repitan y que la seguridad de los pacientes es una prioridad para la organización en alrededor del 70%, seguido de que se informa de los cambios. Casi la mitad está en desacuerdo con que los errores se utilizan en su contra y que en los cambios de turno se pierde información.

Destaca en cuanto a la pregunta “En esta unidad/centro de salud planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan” está muy bien valorado en ambos momentos, entre un 70-75% de los profesionales señalan que están de acuerdo/muy de acuerdo. En sentido contrario destaca que alrededor de un 42% de los profesionales en ambas medidas están de acuerdo/muy de acuerdo en el ítem “Durante el traslado de pacientes a otras unidades o en los pacientes derivados desde la atención hospitalaria al centro de salud o desde el centro de salud a la atención hospitalaria se pierde información”.



No obstante, en el estudio de Aiken (2013) en la mitad de los países, un tercio o más de las enfermeras están de acuerdo en que se pierde información durante los traslados de pacientes y en más de la mitad de los países más de un tercio de las enfermeras (y en Polonia casi dos) indican que el personal no siempre se siente libre de cuestionar las acciones de quienes ejercen la autoridad, lo que constituye un peligro para la seguridad (Institute of Medicine, 1999; Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Sermeus, 2013) por lo que las enfermeras del área III de Salud de Lorca tienen mejor percepción.

Esta diferencia en esa sensación puede deberse a la implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), desde el año 2013 que ha requerido formar a los profesionales en general incluido enfermería. Debido a que el objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes y su énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora; por lo que se insiste en que la notificación es voluntaria, no tiene carácter punitivo y se anima encarecidamente a los profesionales a utilizar el sistema, para colaborar así en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente, pero en ningún momento las notificaciones se utilizan para buscar culpables de los eventos adversos que se suceden.

También se han observado relaciones estadísticamente significativas entre las variables del entorno laboral y la satisfacción laboral y la valoración que hacen los profesionales de la seguridad en la unidad o centro de salud en el que trabajan. Se observa que los profesionales de atención primaria y aquellos que consideran que los recursos materiales son adecuados y están satisfechos con el estatus y las oportunidades de desarrollo profesional están asociados de manera significativa con la percepción positiva de la seguridad en la unidad o centro de salud. En cambio, se asocia en sentido contrario con los profesionales de plantilla.

En la segunda medida también se observan relaciones estadísticamente significativas. En este caso, perciben mayor seguridad en la unidad o centro de

salud los profesionales más satisfechos con el trabajo actual, quienes perciben que los recursos humanos y materiales son adecuados, y quienes están más satisfechos con las oportunidades de desarrollo profesional y con las vacaciones.

En cuanto a la relación con el clima organizacional, en la primera medida las variables autonomía y cohesión se asocian en sentido positivo con la percepción global de la seguridad en la unidad o centro de salud. La variable cohesión de nuevo se asocia con la percepción de la seguridad en la unidad en la segunda medida, junto con el apoyo y la variable sociodemográfica edad. En sentido contrario se asocia la variable presión.

También se analizó la relación de la percepción global de la seguridad en la unidad y centro de salud con diversos aspectos sobre la seguridad del paciente. En la primera medida se ha observado una relación significativa y en sentido positivo con los profesionales que manifiestan “Las acciones de la organización hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades y en sentido negativo con quienes señalan “Durante los traslados de los pacientes se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente”.

En la segunda medida también muestran asociación positiva los profesionales que manifiesta “Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos”. Por otra parte, se observa asociación en sentido contrario entre los profesionales que opinan que los errores se utilizan en su contra y que se pierde información durante los cambios de turnos.

La evidencia sugiere que las enfermeras son muy conscientes del impacto de sus comportamientos de práctica profesional sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención y se destaca la importancia de entornos de trabajo de apoyo para facilitar estas prácticas (Maben et al., 2006; Francis 2013; Zhu et al., 2015).

Estos resultados pueden proporcionar respaldo para el modelo de trabajo de enfermería y la importancia de potenciar entornos de práctica de apoyo a la

capacidad de las enfermeras para involucrarse en comportamientos de práctica profesional que influyen en la calidad del cuidado del paciente y la seguridad del paciente. Los resultados apoyan la idea de que el compromiso en los comportamientos de la práctica profesional es un mecanismo a través del cual los entornos de trabajo de enfermería influyen en los resultados de la enfermera y del paciente, según lo expresan Spence Laschinger, Zhu y Read (2016).

Hay que considerar, que todavía queda mucho trabajo por hacer para evaluar el impacto de la atención de enfermería en los indicadores de calidad positiva, como el autocuidado apropiado y otras medidas de mejora del estado de salud.

### **6.7. Limitaciones del estudio**

Entre las limitaciones del estudio, pueden hallarse errores susceptibles de cometerse en una investigación mediante encuestas y que se tuvieron en cuenta en el momento del desarrollo metodológico del cuestionario: sesgo debido al diseño del cuestionario, sesgo debido al método de administración, sesgo de no respuesta, sesgos producidos por los entrevistados.

Por otra parte, la no respuesta de los sujetos suele ser habitual en estos estudios, con lo que supone de pérdida de potencia estadística (al rebajar el tamaño de la muestra) y de alteración en la validez interna. También se han podido producir errores derivados de la evolución del grupo de estudio y de la falta de enmascaramiento: fenómenos de maduración, de habituación y de regresión a la media, que pueden motivar que se crea que la intervención tiene un efecto cuando en realidad no lo tiene o es mucho menor de lo que se esperaba. También hay que tener presente el *Efecto Hawthorne* (respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando). Todos estos efectos se intentaron corregir mediante el análisis e interpretación de los datos.

Además se encuentran las limitaciones derivadas del mismo Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados en Centros Comprometidos con la

Excelencia en Cuidados® (CCEC®): Dificultades con la informatización de los indicadores en el aplicativo informático SELENE; se ha requerido la elaboración de formularios específicos que permitiesen los registros de la información de las actividades realizadas, esto ha conllevado invertir mucho tiempo y recursos humanos destinados a esto. Hasta la fecha, la evaluación de los indicadores se está realizando de forma manual lo que enlentece y dificulta la recogida y análisis de datos y realizar los feedback necesarios para que los profesionales conozcan la situación de la calidad de los cuidados que realizan. Esta limitación se ha intentado subsanar con la participación de un profesional informático que colabora en la explotación de los datos, pero su dedicación es parcial.

Por otra parte, se ha requerido organizar y realizar diversas actividades de formación para poder llevar a cabo las recomendaciones de las guías, realizando una importante inversión de tiempo y recursos, teniendo que repetirla constantemente debido a la alta rotación y cambios constantes del personal; sin embargo, se ha contado con el apoyo constante de la unidad de formación para determinar y organizar la formación que se ha requerido, incluyéndola en el Plan de Formación continuada del Área, para darle así carácter oficial.

También hay que tener en cuenta el escaso tiempo de los profesionales implicados para elaborar protocolos y circuitos necesarios para aplicar las recomendaciones que ofrecen las GPC debido a las cargas de trabajo asistenciales, aunque se ha recibido apoyo de la dirección, liberando a algunos participantes, no ha sido suficiente.

Entre otras limitaciones importantes, se encuentran las variables de resultados, que se derivaron de autoinformes de las enfermeras, por tanto, es posible que los resultados reflejados en este estudio pueden sufrir un sesgo del observado. Podría ocurrir que hayan participado las enfermeras menos satisfechas y que probablemente tienen más probabilidades de tener una opinión menos favorable sobre la calidad de la atención de enfermería en sus unidades. Aunque esta limitación podría haber sido minimizada mediante el uso de medidas objetivas y

validadas. No obstante, la inclusión de indicadores de resultados de pacientes, medidos de forma objetiva puede ser una dirección interesante para investigaciones futuras en esta área.

Destacar que los datos transversales no permiten la evaluación directa de las relaciones causales, por lo que no puede establecerse que la implantación del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, tiene relación con la situación del entorno laboral de las enfermeras; debido a ello, los resultados aquí presentados deben interpretarse con precaución y replicarse en otros estudios y contextos. Para explorar la causalidad, se requerirán estudios longitudinales o experimentales. A pesar de estas limitaciones, nuestros resultados son consistentes con tendencias más amplias en los estudios realizados en diferentes contextos clínicos, culturales y sociales en todo el mundo, lo que otorga considerable credibilidad a estos hallazgos.

Asimismo, la comparación de los resultados obtenidos con los hallados en otros estudios realizados, a veces resulta difícil, ya que los instrumentos de medición utilizados han sido diferentes o difiere el sistema de puntuación.



# 7. Conclusiones







## 7. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio nos permiten conocer la situación local, en términos de los perfiles profesionales y las características laborales de las enfermeras, comparandonos con los contextos regionales, nacionales e internacionales. Así, seremos capaces de gestionar con la mejor información disponible los recursos humanos enfermeros.

En este sentido, nuestros resultados mostraron una población de más edad y mayor experiencia que la media regional y nacional, con similar perfil universitario y similares horas de formación continuada. Destaca la poca participación de profesionales en comisiones clínicas, siendo bajo también el porcentaje de los enfermeros que les gustaría participar. La mayoría de los profesionales están colegiadas y un poco mas de la mitad sindicalizados.

Con respecto a la formación en PBE, más de la mitad de las enfermeras, no han realizado ninguna formación sobre este aspecto, según lo manifiestan. Algo más de la mitad no leen revistas científicas y solo un bajo porcentaje de enfermeros consultan revistas científicas de forma continua y constante. Las actividades científicas más realizadas son pósters y comunicaciones orales para congresos, aunque estas en menor medida.

Los resultados muestran que mas de la mitad de las enfermeras del Área III de Salud, perciben que se aplica la PBE en su entorno clínico, y muestran una actitud positiva ante la PBE, con altas puntuaciones en las dimensiones creencias y expectativas, siendo mas baja la intención de conducta. De forma mas específica, las puntuaciones más bajas, se encuentran en aquellos aspectos relativos a la implicación del profesional en el aprendizaje y desarrollo de la PBE, así como la incorporación de la PBE en el trabajo, por tanto, poseer conocimientos y habilidades no implica lograr cambios de conducta. La actitud global ante la PBE está asociada con tener formación en PBE y percibir en mayor proporción que se está aplicando la PBE en el entorno de trabajo. En cuanto a las características sociolaborales que

intervienen en la PCBE podemos destacar que la actitud de los enfermeros hacia la PCBE de atención hospitalaria tienen mejor puntuación.

En cuanto al clima organizacional los resultados muestran puntuaciones altas en el antes y tras la implantación del programa, siendo la confianza y el apoyo las mejor valoradas. Por el contrario, el reconocimiento y la presión son los aspectos que peor se valoran, percibiendo su entorno de trabajo estresante, y reconocen la escasez de personal, los recursos limitados y la presión como cuestiones importantes.

Sobre la satisfacción laboral de las enfermeras, se aprecia en los resultados que las mayoritariamente están muy satisfechas con la elección de enfermería como profesión y su trabajo actual, siendo algo superior tras la implantación del programa. En relación con el entorno laboral, la percepción de la adecuación de los recursos humanos son el aspecto peor valorado y los mejor evaluados la relación con los compañeros, los recursos materiales y el apoyo del supervisor/coordinador.

Sobre las condiciones laborales, los aspectos con los que las enfermeras manifiestan mayor satisfacción son autonomía en el trabajo, estatus profesional, y flexibilidad de horarios. Los aspectos peor valorados son el permiso de estudios, derecho a bajas por enfermedad, salario y oportunidades de formación, seguido del desarrollo profesional y vacaciones. La gran mayoría de las enfermeras refieren que no abandonarían ni el hospital ni el centro por insatisfacción laboral, y más de la mitad consideran que probablemente recomendarían su hospital o centro de salud como buen sitio para trabajar.

Tras la implantación del programa, se muestra una relación positiva en las variables relaciones con los compañeros y vacaciones, y con tendencia a la significación trabajar en atención primaria. Muestra una relación en sentido contrario, es decir menos satisfacción con el trabajo actual los profesionales interinos. En cuanto a la relación entre clima organizacional y la satisfacción con el trabajo actual, solo la variable confianza muestra relación estadísticamente significativa. Tras la

implantación del programa se observa asociación significativa y en sentido contrario entre las variables ser interino y la variable presión.

El mayor porcentaje de enfermeras consideran que la calidad de los cuidados de su hospital o centro de salud es aceptable, buena y excelente, aunque no se aprecian mayores cambios en esta percepción tras la implantación del programa CCEC®. La mayoría de las enfermeras están algo seguras, seguras y muy seguras de que sus pacientes podrán manejar su autocuidado en su proceso salud/enfermedad tras el alta. Respecto a la percepción de de las enfermeras sobre la calidad de los cuidados que prestan, trabajar en atención primaria, percibir que los recursos humanos son adecuados, y que se tienen oportunidades de desarrollo profesional se asocia de manera positiva con la percepción de la calidad de los cuidados. Tras la implantación del programa, solo se ha relacionado con la calidad de los cuidados la variable adecuación de los recursos humanos.

También se identificaron relaciones significativas entre las variables del clima organizacional y la percepción de la calidad de los cuidados prestados, mostrando que la percepción de la calidad de los cuidados se asocia en sentido positivo con los profesionales que trabajan en atención primaria, y con quienes perciben mayor cohesión, reconocimiento e innovación. Sin embargo, se asocia en sentido contrario con la variable equidad. Tras el programa CCEC® solo se ha relacionado con la percepción de los profesionales de la calidad de los cuidados las variables apoyo y en sentido contrario la variable presión. La mitad de las enfermeras considera que la calidad de los cuidados se ha mantenido en el último año, mas de una cuarta parte considera que ha mejorado.

Respecto a percepción de los profesionales acerca de la seguridad de que la estructura organizativa del hospital/centro de salud actuará para resolver los problemas que se han notificado, se observa que la mayoría de las enfermeras están algo seguras y seguras. Sobre la valoración que hacen los profesionales de su unidad/centro de salud en la seguridad del paciente, 9 de cada 10 profesionales la considera aceptable y muy buena.

En cuanto a la opinión de los profesionales sobre diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el lugar del trabajo solo se ha encontrado que tras la implantación del programa disminuye la sensación de que los errores se utilizan en su contra.

Las enfermeras perciben en su mayoría que se planifica para que los errores no se repitan y que la seguridad de los pacientes es una prioridad para la organización, y se informa de los cambios. Casi la mitad está en desacuerdo con que los errores se utilizan en su contra y que en los cambios de turno se pierde información.

Sobre si “En esta unidad/centro de salud planteamos la manera de prevenir que los errores se repitan” está muy bien valorado; por el contrario, casi la mitad de los profesionales están de acuerdo/muy de acuerdo en que “Durante el traslado de pacientes a otras unidades o en los pacientes derivados desde la atención hospitalaria al centro de salud o desde el centro de salud a la atención hospitalaria se pierde información”.

También se encontró entre el entorno y la satisfacción laboral y la valoración que hacen los profesionales de la seguridad en la unidad o centro de salud en el que trabajan, que los profesionales de atención primaria y aquellos que consideran que los recursos materiales son adecuados y están satisfechos con el estatus y las oportunidades de desarrollo profesional están asociados de manera significativa con la percepción positiva de la seguridad en la unidad o centro de salud. En cambio, se asocia en sentido contrario con los profesionales de plantilla.

Tras la implantación del programa, se observa que las enfermeras perciben mayor seguridad en la unidad o centro de salud los profesionales más satisfechos con el trabajo actual, quienes perciben que los recursos humanos y materiales son adecuados, y quienes están más satisfechos con las oportunidades de desarrollo profesional y con las vacaciones.

El clima organizacional, en los aspectos autonomía y cohesión se asocian en sentido positivo con la percepción global de la seguridad en la unidad o centro de salud. La cohesión se asocia con la percepción de la seguridad en la unidad tras la implantación del programa, junto con el apoyo y la edad de las enfermeras, siendo al contrario en cuanto a la presión.

También se analizó la relación de la percepción global de la seguridad en la unidad y centro de salud con diversos aspectos sobre la seguridad del paciente observando una relación significativa y en sentido positivo con los profesionales que manifiestan “Las acciones de la organización hacen evidente que la seguridad de los pacientes es una de las principales prioridades” y al contrario con quienes señalan “Durante los traslados de los pacientes se pierde información relevante sobre el cuidado del paciente”. Tras el programa también se encontró una asociación positiva en los profesionales que manifiesta “Se nos informa de los cambios que se han implantado, basados en la notificación de efectos adversos”. Y al contrario entre los profesionales que opinan que los errores se utilizan en su contra y que se pierde información durante los cambios de turnos.

El Programa de implantación de Buenas Prácticas en cuidados Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, ha significado un revulsivo en la organización que nos ha obligado a evaluar la organización en general y en particular; el impacto de sus resultados en profesionales y pacientes requiere tiempo, pero nos ha permitido saber en que situación estamos y que podemos necesitar para mejorar la práctica profesional y los resultados en salud de los pacientes y garantizar unos cuidados de máxima calidad a partir de la experiencia personal y dentro del contexto de la práctica diaria.



# 8. Implicaciones para la práctica







## **8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Este estudio es el primero que se realiza en el contexto español, en el que se evalúa el entorno laboral de las enfermeras tras la implantación del Programa Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® y aporta datos sobre las características del ambiente organizacional en el que las enfermeras del Área III de Lorca implantan las evidencias que ofrecen las Guías de Buenas Prácticas de la RNAO®.

Este análisis ha permitido por una parte, identificar características de las enfermeras que pueden favorecer u obstaculizar la implantación de evidencias. Por otra parte, ha permitido identificar las estrategias que han sido efectivas en la implantación del programa de aquellas que no y conocer las percepciones de las enfermeras durante el proceso de implantación, en relación a la práctica profesional que realizan.

También permitirá diseñar nuevas estrategias de mejora de su entorno laboral para que influya positivamente en la calidad del cuidado y la seguridad de los pacientes y por tanto en la satisfacción de pacientes y enfermeras. Nuestros resultados proporcionan un mayor apoyo para el modelo de trabajo de enfermería y la importancia de potenciar entornos de práctica de apoyo a la capacidad percibida de las enfermeras para involucrarse en comportamientos de práctica profesional que influyen en las percepciones de la calidad del cuidado del paciente y la seguridad del paciente. Los resultados apoyan la idea de que el compromiso en los comportamientos de la práctica profesional es un mecanismo a través del cual los entornos de trabajo de enfermería, la profesionalidad y el liderazgo influyen en los resultados de los pacientes contribuyendo a mejorarlos.

En general, estos hallazgos apoyan la necesidad de que en el área III de Salud de Lorca se establezcan culturas que apoyen la PBE y se apliquen estrategias para fortalecer las creencias de los individuos sobre el valor de la misma y su habilidad

para implementarla con el propósito final de mejorar la calidad de los cuidados y mejorar la satisfacción laboral.

La evidencia de este estudio, reitera que las creencias de un individuo sobre el valor de la PBE y su habilidad para implementarla están fuertemente relacionadas con el nivel en que proporcionan cuidados basados en la evidencia, considerando que las creencias cognitivas de los individuos son susceptibles de cambiar con las intervenciones. Las creencias y la implementación de PBE pueden ser fortalecidas a través de talleres educativos y de desarrollo de habilidades, así como mediante el uso de mentores que trabajen con las enfermeras en la implementación de evidencias. Los hallazgos apoyan la necesidad de que los sistemas sanitarios establezcan culturas que faciliten la PBE y fortalezcan las creencias cognitivas de las enfermeras y los profesionales de la salud sobre el valor de la misma y su capacidad de implementarlo para mejorar la atención y los resultados en los pacientes.

La mejora del entorno de trabajo de las enfermeras puede ser una estrategia de costo relativamente bajo para mejorar la asistencia sanitaria. Sería necesario investigar en este contexto, que las inversiones en adecuado personal de enfermería mejora los resultados de los pacientes relacionandolo con el ambiente de trabajo. También es necesario investigar si mejores prácticas como la acreditación de CCEC® están asociadas con transformaciones organizacionales exitosas.

Nuestros resultados sugieren que las asociaciones entre las percepciones de las enfermeras y la calidad y seguridad de los cuidados, son notablemente similares y en algunos casos mejores que en España en general, algunos países de Europa y Estados Unidos. Por tanto, los esfuerzos para mejorar los ambientes de trabajo de las enfermeras se deben traducir en un mejor personal de enfermería, más pacientes y enfermeras satisfechos y una mejor calidad y seguridad de la atención. Mejorar los ambientes de trabajo podría ser una estrategia organizacional asequible para mejorar los resultados de los pacientes y mantener enfermeras competentes.

Para concluir, los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que el entorno organizacional, las competencias en PBE y la satisfacción de las enfermeras pueden ser un área prometedora para mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes tanto en atención hospitalaria como atención primaria.



# 9. Bibliografía





## 9. BIBLIOGRAFÍA

Abad-Corpa E, Molina-Durán F, Vivo-Molina MC, Moya-Ruiz B, Martínez-Hernández A, Romero-Pelegrín JM, Leal-Llopis J, Hernández-Méndez S, García-Arsac I, Muñoz-Sánchez M, Rodríguez-Ródenas JM. (2013) Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Revista de Calidad Asistencial*. Dec 31;28(6):345-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.05.007>

Abad-Corpa, E., Gonzalez-Maria, E., & Moreno-Casbas, T. (2014). Del fomento de la investigación en cuidados a la implantación de resultados en la práctica clínica. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 39(1), 2-4. doi:10.1016/j.sedene.2014.07.002

Abad-Corpa, E., Meseguer-Liza, C., Martínez-Corbalán, J., Zárate-Riscal, L., Caravaca-Hernández, A., & Paredes-Sidrach de Cardona, A. et al. (2010). Effectiveness of the implementation of an evidence-based nursing model using participatory action research in oncohematology: research protocol. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(8), 1845-1851. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05305.x>

Abaunza de González M, Roza Mogollón. (2010) Transactional and transformational leadership. *Avances en enfermería*.2010;XXVIII(2):62-72 . Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a06.pdf>

Abrajan Castro, M G; Contreras Padilla, J M; Montoya Ramírez, S; (2009). Grado de satisfacción laboral y condiciones de trabajo: una exploración cualitativa. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14() 105-118. Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=29214108>

Acebedo S, Aguarón MJ, Rodero V, Ricomá R. (1999) Enfermería basada en la evidencia: estándares para la práctica clínica. *Enferm Clin*; 9(4):167-73.

Acosta V., Venegas, C. (2010). Clima Organizacional en una empresa cervecera: Un estudio exploratorio. *IIPSI*, 13 (1), 163-172. Recuperado de: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rip/v13n1/a11v13n1.pdf>

Adam P, Permanyer Miralda G, Sola Morales O, Canela Soler J. (2010) Información, conocimiento y práctica sanitaria: la participación de los profesionales como pieza clave. *Med Clin (Barc)*; 134(Supl 1):10-5. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-informacion-conocimiento-practica-sanitaria-participacion-S0025775310700038>

Aignerren, Miguel. (2010). Técnicas de Medición por Medio de Escalas. Centro de estudios de opinión: Universidad de Antioquia. Medellín. Recuperado de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/6552>

Aignerren, Miguel. (2002). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Universidad de Antioquia, Centro de Estudios de Opinión (CEO),

Revista Electrónica La sociología en sus escenarios, 7. Número 20 de 2010.  
Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1611/1264>

Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott A, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W, for the RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. Epub 2014 Feb 26. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683>

Aiken L.H., Sermeus W., Van den Heede K., Sloane D.M., Busse R., McKee M., Bruyneel L., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T., Tishelman C., Scott A., Brzostek T., Kinnunen J., Schwendimann R., Heinen M., Zikos D., Sjetne I.S., Smith H.L. & Kutney-Lee A. (2012) Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012 Mar 20;344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434089>

Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. (2011) The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals with different Nurse Work Environments. *Med Care*. Dec;49(12):1047-53. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182330b6e. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18469615>

Aiken LH, Clarke SP, Sloane (2001) DM. Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *J Health Hum Serv Adm*. Spring;23(4):416-42

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. (2008) Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008; 38(5):223-9. *J Nurs Adm*. 2008 May;38(5):223-9. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. (2002a) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. (2002b) Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nurs Outlook*. Sep-Oct;50(5):187-94.

Aiken LH, Patrician PA.(2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. 49(3):146-53. *Nurs Res*. 2000 May-Jun;49(3):146-53. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10882319>

Aiken LH, Shang J, Xue Y, Sloane DM. (2013) Hospital use of agency-employed supplemental nurses and patient mortality and failure to rescue. *Health Serv Res*. 2013; 48(3):931-48. *Health Serv Res*. 2013 Jun; 48(3): 931–948. doi:



10.1111/1475-6773.12018

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W; RN4CAST Consortium. (2013) Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013 Feb;50(2):143-53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009. Epub 2012 Dec 17.

Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, Spetz J, Smith HL: (2010) Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Serv Res*, 45:904-921

Aiken, L.H., Smith, H.L. & Lake, E.T. (1994) Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32 (8), 771–787.

Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., Kolotylo, C., Lawlor, Y., Tompkins, C., & Lee, R. (2013). Perceptions of professionalism among nursing faculty and nursing students. *West J Nurs Res.* Feb;35(2):248-71. doi: 10.1177/0193945911408623. Epub 2011 May 16.

Al Hamdan, Z., Manojlovich, M., & Tanima, B. (2017). Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, and Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship*, 2017; 49:1, 103–110. doi:10.1111/jnu.12265

Alba-Leonel, A., Salcedo-Álvarez, R. A., Zárate-Grajales, R. A., Higuera-Ramírez, F. (2008). Satisfacción laboral del personal de enfermería en el Hospital General de México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 16(3), 155-160.

Albarracín, D., Johnson, B.T., Zanna, M.P. y Kumkale, G.T. (2005). Attitudes: Introduction and Scope. En D. Albarracín, B.T. Johnson, y M.P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes*(pp.3-20). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc

Alberdi Castell R. Los estudios universitarios de enfermería y sus implicaciones en la investigación en cuidados. *Enferm Clin.* 2006;16(6):332-5.

Alberdi R. La identidad profesional de la enfermera. *Rev Enferm.* 1992;170:39-44.

Alcaide Costa JR, de Andrés Gimeno B, Arias Rivera S, Díaz Caro IM, Martínez Piédrola MM, Merino Ruiz M et al. Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros. Madrid: Dirección General de Hospitales y Colegio de Enfermería de Madrid; 2013. [En línea] [Consultado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA\\_DEFINITIVA\\_PROCEDIMIENTOS\\_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352808399700&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA_DEFINITIVA_PROCEDIMIENTOS_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352808399700&ssbinary=true)

Alcolea Cosin M<sup>a</sup>T, Oter Quintana C, Martín García A. Enfermería basada en la

evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure investigación [internet]. 2011 May [citado 9 Mar 2016];25:[aprox.7p]. Disponible en:<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538>

Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C, Martín García A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure Inv. 2011;52:1-7.

Alcover C, Martínez D, Rodríguez F. Domínguez R. (2004) Introducción a la Psicología del Trabajo. 1era ed. Madrid:McGraw-Hill;2004.

Aldana S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. American Journal of Health Promotion. 15(5):296-320.

Alexander MF, Runciman PJ. Marco de competencias del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) para la enfermera generalista. [Documento en Internet] [Consultado, 29 de abril de 2013]. Disponible en: [http://www.cnde.es/documentacion/interes\\_profesional/Marco\\_competencias\\_enfermera\\_generalista\\_CIE.pdf](http://www.cnde.es/documentacion/interes_profesional/Marco_competencias_enfermera_generalista_CIE.pdf)

Allport, G.W. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Ed.), Handbook of Social Psychology (pp. 798-884). Worcester, MA: Clark University Press.

Almazán, L. (2003). El desafío de la integración escolar en la formación de actitudes y valores. Jaén: Universidad de Jaén. 311 p. ISBN 8484391752. Bib-id .b31952604

Almiron-Arévalo V, Tikhomirova A, Trejo-Toriz A, García-Ramírez J. Liderazgo transaccional vs liderazgo transformacional. ReiDoCrea [serie en internet] 2015 Feb [Fecha de acceso: 12 Feb 2015];4(4):24-27. Disponible en: [http://www.erevistas.csic.es/ficha\\_articulo.php?url=oai\\_revista1124:154&oai\\_iden=oai\\_revista1124](http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai_revista1124:154&oai_iden=oai_revista1124)

Alonso Coello P, Esquerro Rodríguez O, Fargues García I, García Alamino JM, Marzo Castillejo M, Navarra Llorenç M, Pardo Pardo J, Subirana Casacuberta M, Urrutia Cuchí G. (2004) Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid: Difusión avances de Enfermería; 2004. ISBN: 84-95626-44-6. Ediciones DAE (Grupo Paradigma)

Alonso P, Bonfill X. (2007). Guías de práctica clínica (I): elaboración, implantación y evaluación. Radiología;49(1):19-22.

Álvarez, G. (1992). El constructo clima organizacional: concepto, teorías, investigaciones y resultados relevantes. Revista Interamericana de Psicología Ocupacional, 11 (1,2), 27–30.

Álvarez-Mon M. (2011) ¿Se trasladan los conocimientos de investigación básica a la práctica clínica? Cardiocore. 2011;46(4):136-8.

Amacifuen Ingaruca Y, González Martínez M. (2012) Percepción del estilo de liderazgo del personal de enfermería del Hospital ESSALUD Vitarte, Lima-Perú. [Fecha de acceso 11 Feb 2015]:1-19. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/ate>

American Nurse Credentialing Center (2014) History of The Magnet Program (2014) <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/> History of the Magnet Program (accessed 01 October 2014).

American Nurses Credentialing Center. The magnet recognition program. Recognizing excellence in nursing service. Application manual. Maryland: Silver Spring; 2014.

Amezcu M, Germán C, Hederle C y Vílchez JL. La investigación en enfermería en España y la difusión de la información científica. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(18):718.

Amezcu M. Mitos, retos y falacias de la investigación enfermera. *Rev Enferm*

Anderson GF, Hussey PS, Frogner BK, Waters HR. Health spending in the United States and the rest of the industrialized world. *Health Affair* 2005;23:903-13.

Anderson, NH. (1971). Integration theory and attitude change. *Psychological Review*, 78, 171-206. *Psychological Review*, Vol 78(3), May, 171-206. <http://dx.doi.org/10.1037/h0030834>

Andino R. La financiación europea y la investigación en cuidados. *Enferm Clin*. 2005;15(4):189-91.

Andrews DR, Burr J, Bushy A. (2011) Nurses' self-concept and perceived quality of care: a narrative analysis. *J Nurs Care Qual*. 26(1):69-77.

Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. [En línea]. [Consultado el 28 de octubre de 2013]. Disponible en : [http://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)

Aranaz, J. y Mira, J. (1988). Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital*, 52, 63-66.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(12):1022-9.

Aranaz-Andrés JM, Limón-Ramírez R, Aibar-Remón C, Miralles-Bueno JJ, VitallerBurillo J, Terol-García E, et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;

22:198-204.

Aranaz-Andrés JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, Requena-Puche J, Agra-Varela Y, Limón-Ramírez R, et al. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles. *Cir Esp*. 2007; 82(5):268-77.

Arcas P. Educación e investigación en enfermería. *Enferm Clin*. 1997;7(2):48-9.

Arenas Díaz, CA. (2011) Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España. Sedisa Siglo XXI. Noviembre 2011. <http://www.sedisasigloxxi.com/spip....>

Armstrong K, Laschinger H, Wong C. (2009) Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *J Nurs Care Qual*. 2009 Jan-Mar;24(1):55-62. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31818f5506.

Arnau, L., & Montané, J. (2010). Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia, desde la teoría del cambio de actitudes. *Electronic Journal of Research in Educational y Psychology*, 1283-1291. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (3), 1283-1302. 2010 (nº 22). ISSN: 1696-2095. <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293122000016.pdf>.

Asiaín MC. La práctica de enfermería basada en la evidencia. *Enferm Intensiva*. 1998; 9(4):139-40.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Profesionalidad en la enfermería*. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. *Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica*. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2002

Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, et al., eds. (2004) *Patient safety: achieving a new standard for care*. Washington, DC: National Academies Press.

Asua J. Entre el consenso y la evidencia científica. *Gac Sanit*. 2005;19(1):65-70.

Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. (2014) Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 23(2):126-35.

Avilés MJ, Sánchez MM (Coordinadores). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas*. Valencia, Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat; 2012. [En línea] [Consultado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_520\\_Ulceras\\_por\\_presion\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf)

Aymerich M, Sánchez E. Del conocimiento científico de la investigación clínica a la

cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación. *Gac Sanit.* 2004; 18(4): 326-34.

Baernholdt M, Lang NM. (2007) Government chief nursing officers' perceptions of barriers to using research on staffing. *Int Nurs Rev.* Mar; 54(1):49-55. DOI:10.1111/j.1466-7657.2007.00511.x

Báez F, Nava V , Ramos L, Medina O. (2009) El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. 2009; 9 (2): 127-134.

Ballou, K. A Concept Analysis of Autonomy. *Journal Professional Nursing*; 1998 March–April 14(2); 102-110.

Bass, B. M. y Avolio, B. J. (1995). *MLQ Multifactor Leadership Questionnaire* (2nd ed.). Redwood City, CA: Mind Garden

Bass,B.,Avolio,B.Jung, D y Berson,Y.(2003).Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology.*88,207-218.

Batey M. & Lewis F. (1982) Clarifying autonomy and accountability in nursing service: part 1. *The Journal of Nursing Administration* 1998; 12(9), 13–18.

Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, et al. (2001). Commitment and care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. Recuperado de: [http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare_e.pdf)

Baumann A. & Kolotylo C. The Professionalism and Environmental Factors in the Workplace Questionnaire: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(10): 2216–2228.

Bautista-Rodríguez LM, Diosa-Rodríguez MP, Gil-Marlés J, Méndez-Hernández RE, Cruz-Suárez EL, Blanco-Grimaldo SJ. Percepción del personal de enfermería ante la rotación en los servicios de hospitalización. *Rev. cien. ciudad.* 2014; 11(2): 74-83

Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A Wren study. *Ann Fam Med*

Bemadete M, Trevisan J, Maciel A, Gamo ML. Nursing Activities Score: carga de trabajo de enfermería en unidad de terapia intensiva de quemados. *Rev Latino-AM Enfermagem.* 2014;22(2):325-31.

Bennis W.: (1999). The leadership advantage. *Leader to Leader*; N° 12. Recuperado de <http://www.pfdf.org/leaderbooks/L2L/spring99/bennis.html>

Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. (1998) Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane*

Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998;317:465-8

Best, M. F., Thurston, N. E. (2006). Canadian public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nursing*, 23, 250–255.

Bilbao, J. P., & Vega, M. F. NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España. Instituto nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp\\_394.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf)

Bissett, K. M., Cvach, M., & White, K. M. (2016). Improving Competence and Confidence With Evidence-Based Practice Among Nurses: Outcomes of a Quality Improvement Project. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(5), 248-255. September/October 2016 - Volume 32 - Issue 5 - p 248–255 doi: 10.1097/NND.0000000000000293

Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. (2010). Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 175-189. Recuperado en 10 de mayo de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1576-59622010000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622010000300002&lng=es&tlng=es).

Blegen, M., & Vaughn, T. (1998) A multi.site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nurse Economics*; 16(4): 196-203.

Blum, L. y Naylor, C. (1994). *Psicología industrial, sus fundamentos teóricos y sociales*. (3a. ed.). México: Trillas.

Boamah S.A., Read E.A. Laschinger H.K. (2016) Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/jan.13215

Bobbio, L. y Ramos, W. (2010). Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 1-6.

Böckerman, P. y Ilmakunnas, P. (2012). The job satisfaction-productivity nexus: A study using matched survey and register data. *Industrial & Labor Relations Review*, 65, 244-262.

Boletín Oficial de la Región de Murcia. (2014). Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de salud por la que se convoca un concurso de traslados para la provisión de plazas de Enfermero del Servicio Murciano de Salud. Murcia. 7 de abril de 2014 Número 80. NPE: A-070414-4719.

BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA (2008). Resolución de 12 de noviembre de 2007 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se crea la Comisión Mixta del Área de Salud III (Lorca). Martes, 22 de enero de 2008. Número 18. Página 2144.

Bonett D. (2002) Sample Size Requirements for Testing and Estimating Coefficient Alpha. *J Educ Behav Stat*; 27:335-40.

Bonfill X, Marzo M, Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Med Clin (Barc)*, 2003; 120: 496-497.

Bonner A, Sando J. (2008) Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *J Nurs Manag*. 2008; 16(3):334-43.

Borges, M., Alves, M. y Regina, P. (2011). Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(4), 1-10.

Borré Y, Lenis C, González G. (2014) Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. *Revista CES Salud Pública*. 5(2).

Boström, A.-M., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P. and Wallin, L. (2009), Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15: 1159–1163. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01316.x

Bostrum J, Suter WN (1993). Research utilization: making the link with practice. *Nurs Staff Dev*. 1993;9:28-34.

Boucourt Rivera L. (2003) Su excelencia: la medicina basada en evidencias. *ACIMED*. 2003;11(3):3-4.

Bravo R, Campos C. Medicina basada en pruebas. *JANO*. 1997;53(1218):71-2.

Bravo, M.J., Peiró, J.M. y Rodríguez, I. (1996). Satisfacción laboral. En J. Peiró y F. Prieto (Eds.). *Tratado de psicología del trabajo*, 1. La actividad laboral en su contexto. España: Ed. Síntesis S.A. 343-394.

Breslin C et al. (2006) Systematic review for risk factors for injuries among youth: summary. Institute for Work and Health Recuperado de. <http://www.iwh.on.ca/sbe/systematic-review-of-risk-factors-for-injury-among-youth-summary> accessed 24 July 2009

Brey C, Miranda FMD, Haeffner R, et al. O Absenteísmo entre os Trabalhadores de Saúde de um Hospital Público do Sul do Brasil. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7:e1135. [Access \_\_\_\_\_]; Available in: \_\_\_\_\_.DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1135>

Briñol-Turnes P, Falces-Delgado C, Becerra-Grande A. Actitudes. Capítulo 17. En: Morales JF, Gaviria E, Moya-Morales M, Cuadrado-Guirado I. (2007) *Psicología Social*. Editores: McGraw-Hill. 2007. págs. 457-490. España. ISBN: 978-84-481-5608-4

Brown, C., Wickline, M., Ecoff, L. and Glaser, D. (2009). Nursing practice,

knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), pp.371-381.

Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 100-108.

Burke JM (2007) New guideline explores professionalism in nursing. (Internet) Registered Nurses' Association of Ontario. <http://rnao.ca/news/media-releases/New-guideline-explores-professionalism-in-nursing>.

Bustos, R. y Carrizosa, M. D. (2010). Satisfacción laboral de enfermería en unidades de hospitalización médico-quirúrgica del Complejo Hospitalario de Albacete. *Revista de Administración Sanitaria*, 1(3). Recuperado de [http://www.opinionras.com/files/Originales\\_e\\_RAS\\_Articulo\\_3\\_2010 .pdf](http://www.opinionras.com/files/Originales_e_RAS_Articulo_3_2010.pdf)

Butler L. Valuing research in clinical practice: a basis for developing a strategic plan for nursing research. *Can J Nurs Res*. 1995; 27(4):33-49. Competencias en Práctica Clínica Basada en la Evidencia de las enfermeras en España 244

Cabana MD et al. (1999) Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999 Oct 20;282(15):1458-65.

Cabezas Clavijo A, Torres-Salinas D, Delgado-López-Cózar E. Ciencia 2.0: catálogo de herramientas e implicaciones para la actividad investigadora. *EPI*. 2009; 18(1):72-9.

Cabrero García J. (1999) Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Index Enferm*. 27:12-8.

Campillo-Artero, Carlos. (2005). Algunas vertientes prácticas de las guías de práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 19(5), 398-400. Recuperado en 11 de marzo de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000500009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000500009&lng=es&tlng=es).

Campo Osaba MA, Borrás Gallart E, Martín Royo J, Fraga Martínez MM, Saumell Torner M, Vázquez Cortes JR. Estrategia de integración de la investigación en la práctica enfermera. *Metas Enferm*. 2011;14(4):9-12.

Cárdena L, Arciniegas YC; Barrera M (2009). Modelo de intervención en clima organizacional. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 121-127.

Cardona, D. & Zambrano, R. (2014). Revisión de instrumentos de evaluación de clima organizacional. *Estudios Gerenciales*, 30(131), 184-189.

Carlson CL, Plonczynski DJ. Has the BARRIERS scale changed nursing practice? an integrative review. *J Adv Nurs*. 2008;63(4):322-33.

Carrillo González E, Arras Vota AM; Moriel Corral, L. (2012). La Profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. *Tecnociencia*



Chihuahua. 6 (1): 1-8.

Carrillo-García C, Martínez-Roche ME, Gómez-García CI, Meseguer-de-Pedro, M (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología*, 31(2), 645-650. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.169791>.

Carrion Camacho MR, Martinez Brocca MA, Paneque Sánchez Toscano I, Valencia Martín R, Palomino García A, Muñoz Durán C, et al. (2013) Manual para la elaboración de documentos basados en la evidencia. Herramientas derivadas del conocimiento científico. *Rev Calid Asist*.2013; 28(4):254-58.

Carrión Jiménez A. Evidencia. Azucena Santillán García. [entrevista] *ENE. Revista de Enfermería* 5(2):21-22, ago 2011. Monográfico Enf 2.0. [En línea] [Consultado el 15 de Enero de 2014]. Disponible en: <http://enfermeros.org/revista>

Castrillón MC. Teoría y práctica de la enfermería: los retos actuales. *Invest Educ Enferm* 2001; 19(1): 56.

Catalá-López F, Contreras M. Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011: una oportunidad para la investigación en cuidados de salud. *Enferm Clin*. 2008;18(3):147-55.

Cavalcante J. (2004) Satisfacción en el trabajo de los directores de escuelas secundarias públicas de la Región de Jacobina (Bahía-Brasil). Tesis. Facultad de Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona. 2004.

Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs (2017). Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. <http://www.evidenciaencuidados.es/>

Cerda J, Cifuentes L. Uso de curvas ROC en investigación clínica. Aspectos teórico prácticos. *Rev Chil Infect*. 2012; 29(2):138-41.

Chiang MM, Salazar C, Martín MJ, Nuñez A. (2011). Clima organizacional y satisfacción laboral: Una comparación entre hospitales públicos de alta y baja complejidad. *Salud de los Trabajadores*, 19(1), 05-16. Recuperado em 05 de marzo de 2017, de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01382011000100002&lng=pt&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382011000100002&lng=pt&tlng=es).

Chiang MM, Salazar C, Nuñez A. (2007) Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal: Hospital Tipo 1. *Theoria*. 2007;16(2):61-76.

Chiang Vega, María Margarita, Salazar Botello, C. Mauricio, Huerta Rivera, Patricia Carolina, & Nuñez Partido, Antonio. (2008). Clima organizacional y satisfacción laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones públicas) Desarrollo, adaptación y validación de instrumentos. *Universum (Talca)*, 23(2), 66-85. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762008000200004>

Chiang, M.M., Heredia, S.A. & Santamaría, E.J. (2017) clima organizacional y salud psicológica: una dualidad organizacional. *Dimensión Empresarial*, 15(1), 63-76 JEL: D23, D22, J17 DOI: <http://dx.doi.org/10.15665/rde.v15i1.641>

Chiavenato I. (2009) *Comportamiento Organizacional. La dinámica del éxito en las organizaciones*. México: McGraw Hill

Chitty, K. K. (2005). *Professional nursing: Concepts and challenges* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Christina V., Baldwin K., Biron A., Emed J. & Lepage K. (2016) Factors influencing the effectiveness of audit and feedback: nurses' perceptions. *Journal of Nursing Management* 24, 1080–1087. doi: 10.1111/jonm.12409. Epub 2016 Jun 16. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12409/epdf>

CIE. Consejo Internacional de Enfermería. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. Día Internacional de la Enfermera [Internet]. Ginebra Suiza. 2015. [citado 13 Abr 2016]. Recuperado de: <http://www.icn.ch/es/publications/2015nurses-a-force-for-change-care-effective-costeffective/2015-las-enfermeras-una-fuerza-para-el-cambio-eficaces-en-cuidados-eficientes-en-costos1728.html>

Ciliska D, Dicenso A, Cullum N. Centres of evidence-based nursing: directions and challenges. *Evid Based Nurs* 1999; 2:102-4.

Ciurana-Misol R. (2009) Medicina basada en la evidencia. No siempre es verdad ni siempre es posible. *FMC*;16(4):193-5.

Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BA. (2005) Patient safety in nursing practice. *J Nurs Care Qual* Jul-Sep 20(3):193-7.

Clark, L. (2008). Leading by Example. *Nursing Management* 15 (6), 12-17.

Cluzeau FA, Littlejohns P, Grimshaw JM, Feder G, Moran SE (1999) Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care*. Feb;11(1):21-8.

Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería de España. Resoluciones 32/1989 y 2/1998 que aprueban las normas deontológicas, con posterior corrección de errores. [En línea] [Consultado el 14 de enero de 2014]. Disponible en: [http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/codigo%20deontologico%20espa%C3%B1ol\\_codico%20etico.pdf](http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/codigo%20deontologico%20espa%C3%B1ol_codico%20etico.pdf)

Comet-Cortés P, Escobar-Aguilar G, González-Gil T, de Ormijana-Sáenz Hernández A, Rich-Ruiz M, Vidal-Thomas C, et al. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enferm Clin*. 2010;20(2):88-96.

Cometto MC, Gómez P, Dal Sasso G, Grajales R, Cassiani S, Morales C.(2011) Enfermería y Seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington.

Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba y modifica la plantilla de la gerencia del Área III-Lorca. 31 de enero de 2017.

Consejo Internacional de Enfermería (2007). Entornos de práctica favorables: lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. Conjunto de instrumentos para información y actuación. Ginebra. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/2007-positive-practice-environments-qualityworkplaces-quality-patient-care/> Consultado el: 10/8/2014. ISBN: 92-95040-82-1

Coomber B, Barriball KL (2007) Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud* 44(2): 297-314. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004>

Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente (2012). Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia. PAMSP 2012/16. Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. ISBN: 978-84-96994-72-0. Depósito Legal: MU-410-2012. Imprime: Artes Gráficas Mariano Bó, S.L. Impreso en España. Recuperado de <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/247037-PAMSP.pdf>

Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. (2017) Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing* 2017 Br J Nurs. 2017 Feb 9;26(3):172-176. doi: 10.12968/bjon.2017.26.3.172.

Cortés González J, Hernández Saavedra M, Marchena Rivera T, Marqueti Machado ML, Nava Galán MG. Estilo de liderazgo en jefes de Servicio de Enfermería. *Enf Neurol (Mex)*.Artículo de revisión 2010;12(2):82-94.

Cortés González J, Hernández Saavedra P, Marchena Rivera T, Marqueti Machado M, Nava Galán M. Estilos de liderazgo en jefes de Servicio de Enfermería.*Enf. Neurol*[serie en internet] 2012[ Fecha de acceso 21 Feb 2015];12(2):84-94. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132f.pdf>

Cortés JA, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez B. (2003) Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria*. 2003;32(5):28895.

Côté F, Gagnon J, Houme PK, Abdeljelil AB, Gagnon MP. Using the theory of planned behaviour to predict nurses' intention to integrate research evidence into clinical decision-making. *J Adv Nurs*. 2012 Oct; 68(10):2289-98.

Coulon L, Mok M, Krause K, Anderson M. (1996) The pursuit of excellence in nursing care: what does it mean? *J Adv Nurs*. 1996;24:817-826.

Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE: Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet* 2000, 356 (9224):156–159

Cullum N, DiCenso A, Ciliska D. Evidence-based nursing: an introduction. *Nurs Stand.* 1997;11(28):32-3.

Cummings GG, Estabrooks CA, Midodzi WK, Wallin L, Hayduk L. (2007) Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nurs Res* 2007; 56(4 Suppl):S24-39.

Cuoto R.: (1997). Social capital and Leadership. Kellogg Leadership Studies Project: Leadership Transformational, Working Papers. Academy of Leadership Press. [http://www.academy.umd.edu/scholarship/cast/klspdocs/rcout\\_p1.htm](http://www.academy.umd.edu/scholarship/cast/klspdocs/rcout_p1.htm)

Dall'Agnol C, Muller de Magalhaes A, Peres de Oliveira A et al. Motivation, contradictions and ambiguities in the leadership of nurses in management positions in a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(5):1172-8

Davey MM., Cummings G., Newburn-Cook CV, Lo E.A. (2009) Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management* 17, 312–330

Davis DA, Taylor-Vaisey A. (1997) Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J.* 1997;157:408-16.

De Pedro Gomez J, Morales Ascencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C. (2011) 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.* 25 (3): 191-7.

De Pedro Gómez J, Morales Asencio JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm.* 2004; 13(44-45):26-31.

De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Pericàs Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas Enferm.* 2009; 12(7):65-73.

De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Román MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev Esp Salud Pública.* 2009; 83:577-86.

De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Bennasar-Veny M, Artigues-Vives G, Perelló-Campaner C, Gómez-Picard P.(2012a) Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff. *J Adv Nurs.* 2012; 68(2): 452-459. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05733.x

De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Pericàs Beltrán J, Miguélez-Chamorro A. (2012b) Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *J Adv Nus.* 2012; 68(1):212-21.

Delgado R, Carrasco G. (2000) Variabilidad no deseable en la práctica clínica. *Rev Calid Asist.* 2000;15:639–40.

Deza MA.(2011) Influencia del clima organizacional en la motivación del personal asistencial de enfermería médico quirúrgica. Trabajo fin de master. Universidad de Barcelona.

Dhaini S, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, Schwendimann R. (2016) Absenteeism and Presenteeism among Care Workers in Swiss Nursing Homes and Their Association with Psychosocial Work Environment: A Multi-Site Cross-Sectional Study. *Gerontology.* 2016;62(4):386-95. doi: 10.1159/000442088. Epub 2015 Dec 1.

Díaz M, Martín C, Jiménez JM, Maya B. Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. *Enferm Clin* 2004;14:257-62.

Díaz Sánchez V, Álvaro Noguera M, Campo Cecilia E, Saavedra Sánchez F, Cabrera Artacho MD. El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. *Nure Investigación* 2007; 28. [Documento en línea] [Consultado el 17 de enero de 2014]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/PDF\\_proyecto2886200710838.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/PDF_proyecto2886200710838.pdf)

DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Evidence-Based Nursing: past, present, and future. *Evid Based Nurs.* 2000; 3:7-8.

DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs.* 1998;1:38-9.

Dijkstra, R., Wensing, M., Thomas, R., Akkermans, R., Braspenning, J., Grimshaw, J., & Grol, R. (2006). The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 6, 53. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-6-53>

Dinger M, Thatcher J, Treadway D, et al. Does professionalism matter in the IT Workforce? An empirical examination of IT professionals. *J Assoc Inf Syst.* 2015;16:281---313.

Dobbins M, Davies B, Danseco E, Edwards N, Virani T. Changing nursing practice: evaluating the usefulness of a best-practice guideline implementation toolkit. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2005; 18(1): 34-45.

Droogan J, Cullum N. Systematic reviews in nursing. *Int J Nurs Stud.* 1998;

35(12):13-22.

Dugan J, Lauer E, Bouquot Z, Dutro B, Smith M, & Widmeyer G. (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*. 10(3):46-58.

DuPree, E., Anderson, R., McEvoy, M. D., & Brodman, M. (2011). Professionalism: A necessary ingredient in a culture of safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(10), 447-455.

Eagly AH & Chaiken S. (1995), *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt, Brace, & Janovich, 1993, 794 pp. Reviewed by Christopher Leone, University of North Florida. *Psychol. Mark.*, 12: 459-466. doi:10.1002/mar.4220120509. *Psychology & Marketing*. Volume 12, Issue 5, Version of Record online: 11 SEP 2006

Easterbrook PJ, Berlin JA, Gopalan R, Matthews DR. Publication bias in clinical research. *Lancet*. 1991; 337: 867-72.

Edwards N, Davies B, Ploeg J, Dobbins M, Skelly J, Griffin P, Ralphs-Thibodeau S. *Can Nurse*. Evaluating best practice guidelines. 2005 Feb;101(2):18-23.

Eley R, Fallon T, Soar J, Buikstra E, Hegney D. The status of training and education in information and computer technology of Australian nurses: A national survey. *J Clin Nurs*. 2008; 17(20):2758-67.

Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ* 1999; 319: 358-361

Escobar-Aguilar G, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clin*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.03.005>

Escudero-Gómez C, Estrada-Lorenzo JM, Lázaro y de Mercado P. El impacto de la investigación en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 5):25-9.

Estabrooks C, Midodzi W, Cummings G, Ricker K, & Giovannetti P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*. 54(2):74-84.

Estabrooks CA, Kenny DJ, Adewale AJ, Cummings GG, Mallidou AA. A comparison of research utilization among nurses working in Canadian civilian and United States Army healthcare settings. *Res Nurs Health*. 2007, 30(3):282-96.

Estabrooks CA, Wallin L, Milner M. (2003): Measuring knowledge utilization in health care. *International Journal of Policy Analysis & Evaluation*. 1:3-36.

Estabrooks CA. (1998) Will evidence-based nursing practice make practice perfect?

Can J Nurs Res; 30(1):15-36.

Estabrooks CA. (1999) Modeling the individual determinants of research utilization. West J Nurs Res. 1999; 21(6):758-72.

Estabrooks CA. (1999) The conceptual structure of research utilization. Res Nurs Health; 22(3):203-16. 252.

Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. Journal of Advanced Nursing, 43(5), 506-520. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02748.x

Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. proyecto SENEca: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009

Estrada JM, Blanco A, Amezcua M, Moreno MT, Mariño L y Grupo BDIE. Investigación sobre enfermería financiada por el FIS, 1990-2000. Index Enferm. 2000; IX(28-29):93.

Eterovic Díaz C, Stiepovich Bertoni J. Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. Cienc enferm.2015;21(2):9-14.

Falconí Morales C, Brito Santacruz CJ, Verkovitch I (2015). Integración de la enseñanza de la práctica de enfermería basada en la evidencia científica. Aquichan; 15 (4): 541-553. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.9

Fantahun A, Demessie A, Gebrekirstos K, et al.(2014) A cross sectional study on factors influencing professionalism in nursing among nurses in Mekelle Public Hospitals, North Ethiopia. BMC Nursing. 2014;13, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-10>.

Farokhzadian J, Khajouei J, Ahmadian L (2015). Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing. J Eval Clin Pract. 2015 Dec;21(6):1107-13. doi: 10.1111/jep.12480. Epub 2015 Nov 13.

Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F, Zare MR. (2015) Nurse leaders' attitudes, self- efficacy and training needs for implementing evidence – based practice: is it time for a change toward safe care?. Br J Med Med Res.;7(8):662-671. Epub 2015 Mar 17.

Fazio RH, Blascovich J, Driscoll DM. (1992) On the Functional Value of Attitudes: The Influence of Accessible Attitudes on the Ease and Quality of Decision Making Personality and Social Psychology Bulletin. Vol 18, Issue 4, pp. 388 - 401

Fazio RH. and Olson MA. (2003) Implicit measures in social cognition research: Their Meaning and Use. Annu. Rev. Psychol. 54:297–327. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145225

Fernández E. (2000) La investigación en el currículum de enfermería. Grado de

influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clin* 2000;12(4):182-7.

Fernández, B. y Paravic, T. (2003). Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, IX(2), 57-66.

Fernández-de-Maya J. Richard-Martínez M. (2010) Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enfermería clínica*. ISSN 1130-8621. Mar-Apr. Vol: 20. Num: 2. Pag: 114-8. DOI: 10.1016/j.enfcli.2009.12.004. PMID: 20189858.

Fida R, Laschinger HK, Leiter MP. (2016) The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Health Care Manage Rev*. 2016 Oct 14. [Epub ahead of print] DOI:10.1097/HMR.000000000000126

Field MJ, Lohr KN. *Clinical Practice Guidelines: directions for a new program*. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines editors. Washington DC: National Academy Press 1990.

Field MJ, Lohr KN. *Guidelines for Clinical Practice. From development to use*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1992.

Figuereido-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P.R. y García-Juesa, J.A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24 (2), 271-276.

Fitzgerald, MA. & Byers, A. (2002), A rubric for selecting inquiry-based activities. *Science Scope*, 26(1), 22-25

Flores R, Abreu JL, Badii MH. (2008) Factores que originan la rotación de personal en las empresas mexicanas. *Daena: International Journal of Good Conscience* [Internet]. [consultado 20 de febrero de 2014]; 3(1):65-99. Disponible en: [http://www.spentamexico.org/v3-n1/3\(1\)%2065-99.pdf](http://www.spentamexico.org/v3-n1/3(1)%2065-99.pdf).

Ford, P. E. A., Rolfe, S., & Kirkpatrick, H. (2011). A journey to patient-centered care in Ontario, Canada: Implementation of a best-practice guideline. *Clinical Nurse Specialist*, 25(4), 198-206.

Forehand GA, (1964) Gimert B. Environmental variations in studies of organizational climate. *Psychol Bull*. 1964;6:361-82.

Forsman H, Gustavsson P, Ehrenberg A, et al. (2009) Research use in clinical practice-extent and patterns among nurses one and three years postgraduation. *J Adv Nurs*;65:1195-206.

Foxcroft DR, Cole N. (2008) Infraestructuras organizativas para la promoción de la práctica de enfermería basada en la evidencia (Revisión Cochrane traducida). En:



La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Foy R., Eccles M.P., Jamtvedt G., Young J., Grimshaw J.M. & Baker R. (2005) What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BioMed Central Health Services Research* 5 (1), 50.

Frasure J. (2008) Analysis of instruments measuring nurses' attitudes towards research utilization: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008; 61(1):5-18.

Freitas J, Silva A, Minamisava R, et al. (2014) Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22:454-60, <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>.

Friese C, Lake E, Aiken L, Silber J, Sochalski J. (2008) Hospital nurse practice environment and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res*. 2008;43:1145-63

Fritsche L, Greenhalgh T, Falck-Ytter Y, Neumayer HH, Kunz R. (2002) Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. *BMJ*. 2002;325:1338-41.

Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, Gonzalez-Maria E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):274-80.

Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E; consorcio RN4CAST-España. (2012) Perception of work environment of nurses in hospitals of the Spanish national health system. RN4CAST-Spain project. *Enferm Clin*. 2012 Sep-Oct;22(5):261-8. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.09.001. Epub 2012 Oct 6.

Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT. (1995) Barriers and facilitators of research utilization. An integrative review. *Nurs Clin North Am*. 1995; 30:395-407.

Gagnon MP, Legare F, Labrecque M, Fremont P, Pluye P, Gagnon J, et al. (2009) Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*;21(1):CD006093.

Galimany Masclans J, Roca Roger M, Girbau García MR. (2012) Las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas sanitarios. Un nuevo reto para la enfermera. *Metas Enferm*;15(3):6-10.

Galimany-Masclans J, Garrido-Aguilar E, Estrada-Masllorens JM, Girbau-García MR.(2013) Formación de los profesionales de la salud en un contexto asistencial con uso de las tecnologías de la información y la comunicación. *FEM (Ed. impresa)*. 2013;16(3):127-30.

Gálvez Toro A. (1999) Práctica clínica basada en la evidencia. Una aproximación Bibliográfica. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 1999; 27. [Consultado el 25 de Febrero de 2013]. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/r27\\_articulo\\_54-56.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/r27_articulo_54-56.php)

Gálvez Toro A. Enfermería Basada en la Evidencia. Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. 2ª ed. Granada: Fundación Index; 2007.

Gálvez Toro, A. (2000) Aproximación a la evidencia científica. Definición, fundamentos, orígenes e historia. Index Enferm (Gran). 30: 36-40.

García A, Uscanga MT. (2008) Desarrollo y comportamiento en la motivación en el trabajo. [Internet]. Edición electrónica. Málaga [actualizado 2008, citado 21 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008c/446/>

García AM, Cano A, Harto A, Luengo R, Medina M, Moro MN. (2011) Estudio para conocer el perfil investigador de los profesionales de enfermería asistenciales de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Rev Paraninfo Digital 2011; 11. [En línea]. [Consultado el 17 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/091d.php>

García CJ, Martínez MR. (2001) Investigar en enfermería concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Salamanca: Universidad de Alicante; 2001. p.61.

García D. Estudio de la motivación y satisfacción laboral en un colectivo de operadores de Grúa Torre en edificación a través de un método cualitativo. Taller de dirección y gestión de recursos humanos. Tesis. Universidad Politécnica de Valencia. 2011.

García JM, Rodríguez Martín JL, Subirana M. Revisiones sistemáticas de la evidencia científica: algunos apuntes prácticos. Enferm Clin. 2003; 13(3):159-63.

García-Fernández FP. La investigación en Enfermería: ¿una realidad invisible? Enferm Clin. 2012;22(6):283-5.

García-Padilla FM, Batres-Sicilia JP, Rojano-Pérez R, Frigolet-Maceras J, Martos Cerezuela I, González-de Haro MD, et al. (2011) Líneas de investigación propuestas por la Asociación de Enfermería Comunitaria de Andalucía. Enferm Clin. 2011;21(3):159-62.

García-Pozo A, Moro-Tejedor M.N. y Medina-Torres M. (2010) Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. Rev Calid Asist. 2010;25(4):207-214

García-Ramos, M., Luján-López, M. E., Martínez-Corona, M. A. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15 (2), 63-72.

Garmendia y Parra Luna, J.A. Garmendia JA, Parra Luna F. (1993) Sociología

industrial y de los recursos humanos, Taurus. Madrid Pgs.44-48

Garq A, Turtle KM. Effectiveness of training health professionals in literature search skills using electronic health databases - a critical appraisal. *Health Info Libr J.* 2003; 20(1):33-41.

Garrett C (2008) The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN J* 87(6): 1191-204. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2008.01.022>

Garzón Alarcón N. El liderazgo de enfermería para el cambio. *Avances en enfermería.* 199; IX(1):1-8

Gastaldo D, De Pedro Gómez J, Bover Bover A. El reto de investigar en Enfermería: una reflexión sobre las universidades españolas y el contexto internacional. *Enferm Clin.* 2001;11(5):220-9.

Gaviria D. (2009) La Evaluación del Cuidado de Enfermería: Un Compromiso Disciplinar. *Invest Educ Enferm.* 27(1):24-33.

Genuis SJ. (2005) The proliferation of clinical practice guidelines: professional development or medicine by numbers? *J Am Board Fam Pract;*18(5): 419-425.

Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J. (2008) Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *J Adv Nurs.* Apr;62(1):62-73. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04579.x.

Gerrish K, Guillaume L, Kirshbaum M, McDonnell A, Tod A, Nolan M. Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidencebased practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *J Adv Nurs.* 2011; 67(5):1079-90.

Gerrish K, Guillaume L, Kirshbaum M, McDonnell A, Tod A, Nolan M: Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *J Adv Nurs* 2011, 67(5):1079–1090.

Gerrish K, Nolan M, McDonnell A, Tod A, Kirshbaum M, Guillaume L. Factors influencing advanced practice nurses' ability to promote evidence-based practice among frontline nurses. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2012; 9(1):30-9.

Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS (2007) Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health* 45(5): 622-36

GestioPolis.com Experto. (2001, Agosto 8). ¿Qué es el índice de rotación de personal y cómo se calcula?. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/que-es-el-indice-de-rotacion-de-personal-y-como-se-calcula/>

Gil M. (2004) Relaciones entre formación, motivación y satisfacción laboral.

Universidad de Zaragoza.

Giménez Maroto AM. (2013) La enfermería y la práctica avanzada: su desarrollo en España. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense; 2013. [Consultado el 25 de Enero de 2014]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/21966/>

Girard, F., Linton, N., & Besner, J. (2005). "Professional practice in Nursing: A Framework." *Nursing Leadership* 18(2).

Girbau MR, Galimany J, Garrido E. (2012) Satisfacción en el trabajo y la profesión enfermera. *Nursing*. 30(2):60-2.

Gleason-Scott J, Sochalski J, Aiken LH. (1999) Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. *J Nurs Administration*. 1999;29(1):9-19.

Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. (2010) Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*.3(2):188–95. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.900597.

Godoy L, Mladinic A. (2009) Estereotipos y roles de género en la evaluación laboral y personal de hombres y mujeres en cargos de dirección. *Psykhé*[serie en internet].2009[Fecha de acceso:12 Feb 21015] ;18(2):51-64. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282009000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282009000200004&script=sci_arttext)

Godwin YK, Baek HC, Wynd CA: (2010) Factors influencing professionalism in nursing among Korean American registered nurses. *J Prof Nurs* 2010, 26:242–249.

Gol-Freixa JM, Del Llano Señaris JE. (1999) El fenómeno de la "medicina basada en la evidencia". *Med Clin (Barc)*. 1999;112 (Supl 1):3-8.

Gómez de la Cámara A, Manual de Medicina Basada en la Evidencia. Madrid: Carpio: 1998.

Gomez Urquiza JL. Difusión del observatorio de enfermería basada en la evidencia mediante los recursos de la web 2.0. *Bibl las casas*[internet].2012 Jul[citado 25 Mar];8(2):[Aprox. 7p]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0654.pdf>

Gómez-Cardona, J.P., Becerra-de Anda, M.L., Beltrán-Márquez, J.M.G., García-Luévano, B.E., y Gómez-Olmos, M.T. (2012). Satisfacción personal del personal de enfermería del área administrativa. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20, (1) 5-9.

Gong, Y., Chi Huang, J. y Li Farth, J.(2009) Employee learning orientation, tranformational leadership and employee creativity: The mediating role of employee creativity self-efficacy. *Acadamy of Management Journal*,52,765-778.

González Álvarez L, Guevara Sotomayor E, Morales Figueroa G, Segura Hernández P, Luengo Martínez C.(2013) Relación de la satisfacción laboral en

enfermeros de hospitales públicos en enfermeros de hospitales públicos, Santiago, Chile. *Ciencia y Enfermería*;XIX(1):11-21

González-Torrente et al.: (2012) Perception of evidence- based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2012 12:227.

González-Torrente S, Pericas-Beltrán J, Bennasar-Veny M, Adrover-Barceló R, Morales-Asencio JM, De Pedro-Gómez J. (2012) Perception of evidence based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*;12:227.

Goode, C. J. (2000). What constitutes the “evidence” in evidence-based practice?. *Applied Nursing Research*, 13(4), 222-225.

Gordon, S. Nursing against the odds. How Health Care Cost-Cutting, Media Stereotypes, and Medical Hubris Undermine Nursing and Patient Care. New York. Cornell University Press. 2005

Grimshaw J (1999) Getting evidence into practice. *Eff Health Care*. 5 (1): 1-16

Grimshaw J, Freemantle N, Wallance S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, et al. (1995) Developing and Implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*. 1995;4:55---64

Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342: 1317-22.

Grinspun D, Virani T, Bajnok I. Nursing best practice guidelines: the RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) project. *Hosp Q*. 2001-2002 Winter; 5(2):56-60

Grinspun D. (2007) Healthy Workplaces: The Case for Shared Clinical Decision Making and Increased Full-Time Employment. *HealthcarePapers*, 7(Sp) January 85-91. doi:10.12927/hcpap..18684.

Grispun, D.(2002) Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. Care and consequences. Halifax, NS: Fernwood Publishing. 2002 [Fecha de acceso 5 de Julio de 2012] URL disponible en: [http://www.academy.und.edu/scholarship/CASL/klspdocs/bavol\\_p1.htm](http://www.academy.und.edu/scholarship/CASL/klspdocs/bavol_p1.htm)

Grol R, (1993) Development of guidelines for general practice care. *Br J Gen Pract*. 1993 April; 43(369): 146–151

Grol R, Grimshaw J.(2003) From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003; 362 (24):1225-1230.

Grol R. (2001) Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care*. 2001 Aug;39(8 Suppl 2):I46-54. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11583121>

Gruber D, Cummings GG, LeBlanc L, Smith DL. (2009) Factors influencing outcomes of clinical information systems implementation: a systematic review. *Comput Inform Nurs.* 2009;27:151-63.

Grupo de trabajo sobre GPC. (2007) Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007 [consultada 16 de julio de 2016]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/documentos/Manual metodológico - Elaboración GPC en el SNS.pdf]

Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02 de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2.

Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados Enfermería (GREMCCE) Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería. Actualización 2013. Subdirección de Calidad Asistencial. Servicio Murciano de Salud. COnsejería de Sanidad de la Región de Murcia.

Guédez V. (1996) Gerencia, Cultura y Educación. Vol1. 2ªed. Venezuela: Fondo Editorial Tropykos.

Guiasalud (2010) Catálogo de Guías de Práctica Clínica (GPC) en el sistema nacional de salud (acceso, octubre 2016). Disponible en: <http://www.guiasalud.es>

Gunnarsdóttir S, Clark S, Rafferty AM, Nutbeam D. (2009) Front-line management, staffing and nurse-doctor relationship as predictors of nurse outcome and patient outcome. A survey of Icelandic hospital nurses. *Int J Nurs Stud*;46:920–7.

Gunter M, Alligood MR: (2001) A discipline-specific determination of high quality nursing care. *J Adv Nurs*, 38: 353–359.

Gutiérrez U, Estrada JM, Blanco A. (2003) Recursos en Internet sobre enfermería basada en la evidencia. *Enferm Clin*;13:103-11.

Guyatt GH, Rennie D. (1993) Users' Guides to the Medical Literature. *JAMA.* 1993;270:2096-7.

Haddock, G., & Maio, G. R. (Eds.). (2004). Contemporary perspectives on the psychology of attitudes. Hove: Psychology Press.

Haddock, G., & Maio, G. R. (Eds.). (2012). Psychology of attitudes (Volumes 1-5).

London: Sage.

Hakkennes S, Dodd K, (2007) Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature. *Qual Saf Health Care*; 17:296–300. doi:10.1136/qshc.2007.023804

Hall RH. (1968) Professionalization and bureaucratization. *Am Sociol Rev.* 1968;33:92---104, <http://bit.ly/2fjnUEq>.

Harteloh PPM. (2003) The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis*; 11(3):259-67.

Hatcher S, Tranmer J. (1997) A survey of variables related to research utilization in nursing practice in the acute care setting. *Can J Nurs Adm*; 10(3):31-53.

Haug G. La universidad y la construcción de la sociedad del conocimiento. En: *Gobernanza y rendición de cuentas: las universidades ante la sociedad del conocimiento. VII Foro ANECA. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación 2006*;7-9. [Documento en Internet] [Consultado el 29 de abril de 2013] Disponible en: [http://www.aneca.es/content/download/8976/108001/file/publi\\_7foro\\_marzo07.pdf](http://www.aneca.es/content/download/8976/108001/file/publi_7foro_marzo07.pdf)

Hayes P. (2010) Evidence–based practice. *Clin Nurs Res.* May;6(2):123-5. DOI: 10.1177/105477389700600201

Heater B, Becker A, Olson R. (1998) Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies. *Nurs Res.* 1998; 37: 303-307.

Hellín Gil MF, López Montesinos MJ, Seva Llor AM, Ferrer Bas MP, Maciá Soler ML. (2017) Assessing the adequacy of workload measurement tools using a quality-based methodology. *Rev Bras Enferm* [Internet].70(1):34-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0246>.

Henao DE, Jaimes FA. (2009) Medicina Basada en la Evidencia: una aproximación epistemológica. *Biomédica* 29(1):33-42. 155. Cabrero García J, Richart Martínez M, Orts Cortés MI. La promesa, la realidad y el desafío de la práctica basada en la evidencia. *Hipatia.* 2003;10:25-36.

Hermosilla-Gago T, Briones Pérez de la Blanca E. (2002) Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud: herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. [En línea] [Consultado el 15 de enero de 2014]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA\\_2004\\_4\\_ATD.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/AETSA_2004_4_ATD.pdf)

Hernández Chávez, Y., Hernández Chávez, G., Mendieta Ramírez, A. (2014). Modelo de rotación de personal y prácticas organizacionales. *Historia Y Comunicación Social*, 18, 837-863. doi:10.5209/rev\_HICS.2013.v18.44369

Hernández M, Hernández A, Nava G, Pérez MT, Hernandez MG, Matus R et al. (2012) Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enfermem univ.* 2012;9(1):7-15.

Hernández Méndez S, Gutiérrez Aranda JM Hernández Sánchez AJ Montoya Martínez G Pérez Cortijos V Salvestrini Rodríguez M, et al. (2014) Autopercepción del estilo de liderazgo de los supervisores del Hospital Rafael Méndez de Lorca. *Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras. Supervisión de Enfermería.*

Hernández Santana A, Hernández Santana N, Hernández Santana JM, Moreno Rodríguez C, Quevedo Elvira D. (2014) Influencia del liderazgo en equipos de enfermería: Confianza. *Rev Tesela [serie en internet]* 2014 [Fecha de acceso 13 Mz 2015] ;1-6. Disponible en : <http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/tesela/ts16/ts10125.php>

Hernández YG., García MD. López, MIR, Fragoso GG. (2016). Satisfacción Laboral del Personal de Enfermería en dos Instituciones De Salud Públicas: Caso Hidalgo, México. *Ciencia Administrativa*, (1), 26-42.

Hernández-Méndez, S. (2003). Planteamientos sobre enfermería desde una concepción filosófica. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*, (2), 24-7.

Herzberg, F. (1959). *The motivation to work* (2ª ed). Nueva York: John Wiley and Sons.

Herzberg, F., Mausmer, B., y Snyderman, B.B. (1959). *The motivation to work*. Nueva York: Wiley & Sons.

Heydari A, Mazlom SR, Ranjbar H, Scurlock Evans L. (2014) A study of iranian nurses' and midwives' knowledge, attitudes, and implementation of evidence-based practice: The time for change has arrived. *World-views on evidence based nursing.* 2014;11(5):325-31.

Heydari A, Mazlom SR, Ranjbar H, Scurlock-Evans L. (2014) A Study of Iranian Nurses' and Midwives' Knowledge, Attitudes, and Implementation of Evidence-Based Practice: The Time for Change Has Arrived. *Worldviews Evid Based Nurs.* 11 (5):325–31. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25100032>

Hillis, D. J., & Grigg, M. J. (2015). Professionalism and the role of medical colleges. *the surgeon*, 13(5), 292-299.

Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012) The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (1), 133–143.

Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S, Delport R, Hafferty F, Ho MJ, Holmboe E, Holtman M, Ohbu S, Rees C, Ten Cate O, Tsugawa Y, Van Mook W, Wass V, Wilkinson T, Wade W: Assessment of Professionalism:



Recommendations from the Ottawa Conference; 2010.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 324(7341):819-23.

Horsley JA, Crane J, Crabtree MK, Wood DJ. (1983) Using research to improve nursing practice: A guide. CURN [Conduct and Utilization of Research in Nursing] project. New York: Grune and Stratton.

Hwang J, Lou F, Han SS, et al. (2009) Professionalism: The major factor influencing job satisfaction among Korean and Chinese nurses. *IntNurs Rev.*;56:313--8, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00710.x>

Icart Isern MT. (1999) La evidencia científica: estrategia para la práctica enfermera. *Rev enferm*. 1999;22(3):185-90.

Institute of Medicine of the National Academies, Board on Health Care Services. Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurse. Washington, DC: National Academy Press. 2004

Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

International Council of Nurses. (2006) The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva, Switzerland. Retrieved from <http://www.icn.ch/icncode.pdf> on 20 June 2008.

International Council of Nurses. (2007) ICN Position Statement on Nursing Research. Retrieved from <http://www.icn.ch/psresearch99.htm> on 20 June 2008.

IOM (Institute of Medicine). 2011. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press, accesible en: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=13058](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13058)

Iriarte L. (2013) Factores que influyen en la Satisfacción Laboral de Enfermería en el Complejo Hospitalario de Navarra. Trabajo Fin de Master. Universidad Pública de Navarra.

Jacondino M, Martins C, Thofehrn M, García B, Nicolettiy H, Joner L. (2014) Vínculos profesionales en el trabajo de enfermería: elemento importante para el cuidado. *Enferm glob*. 2014;13(34):148-59.

Jalali-Nia SF, Salsali M, Dehghan-Nayeri N, Ebadi A. (2011) Effect of evidence-based education on Iranian nursing students' knowledge and attitude. *Nurs Health Sci*. 2011; 13(2):221-7.

Johansson B, Fogelberg-Dahm M, Wadensten B. (2010) Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of nursing Management*. 18:70. [PubMed: 20465731]

Johnston JM, Leung GM, Fielding R, Tin KYK, Ho LM. (2003) The development and validation of a knowledge, attitude and behaviour questionnaire to assess undergraduate evidence-based practice teaching and learning. *Med Educ.* 2003;37(11):992-1000.

Jones C, Fuentelsaz C, Hidalgo R, Moreno T, Hernández E. (2004) Situación actual de los recursos para la investigación en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Metas Enferm*;7:28-32.

Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, et al. (2007) Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 Mar. (Evidence Reports/Technology Assessments, No. 151.) Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38315/>

Kenny DJ. Nurses' use of research in practice at three US Army hospitals. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2005; 18(3):45-67.

Kirch DG. Culture and the courage to change. AAMC President's Address, presented at the 118th Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges, Washington, DC, Nov 4, 2010.

Kitson A. Using evidence to demonstrate the value of nursing. *Nurs Stand.* 1997;11(28):34-9.

Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. (2008) Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implement Sci.* 2008 Jan 7;3:1. doi: 10.1186/1748-5908-3-1.

Kocaman G, Seren S, Lash AA, Kurt S, Bengu N, Yurumezoglu HA. Barriers to research utilisation by staff nurses in a university hospital. *J Clin Nurs.* 2010; 19(13-14):1908-18.

Koehn ML, Lehman K: Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs* 2008, 62(2):209–215.

Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz AM, Köhler T, Pfaff H. (2010) Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *J Clin Nurs*;19(11-12):1654–63.

Koys, D.J. y Decottis, T.A. (1991). Inductive Measures of Psychological Climate. *Human Relations*, 44, 3, 265-385.

Kramer M, Hafner LP. (1989) Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Research*; 38(3):172-77.

Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004a). Essentials of a magnetic work environment. part 4. *Nursing*, 34(9), 44-48.

Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2004b). Essentials of a magnetic work environment:

Part 3. Nursing, 34(8), 44-47.

Krech D; Crutchfield RS. The measurement of beliefs and attitudes. En: Krech, D, Crutchfield, RS. (1948). *Theory and problems of social psychology* , (pp. 205-272). New York, NY, US: McGraw-Hill, xiv, 646 pp. <http://dx.doi.org/10.1037/10024-007>

Kristensen, T.S. (2013) Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker [Psychological Working Environment among Nurses]. Available at: [http://shop.dsr.dk/Resources/Files/Psykisk%20arbejdsmiljo%20blandt%20sygeplejersker\\_\\_2012.pdf](http://shop.dsr.dk/Resources/Files/Psykisk%20arbejdsmiljo%20blandt%20sygeplejersker__2012.pdf) (accessed 01 October 2014).

Kurcgant, Paulina, Passos, Andrea Rodrigues, Oliveira, Juliana Macedo Lima de, Pereira, Irene Mari, & Costa, Taiza Florêncio. (2015). Absenteeism of nursing staff: decisions and actions of nurse managers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(spe), 35-41. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800005>

La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010

Lake ET, Friese CR (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55 (1), 1 - 9.

Landy, F.J. y Conte, J.M. (2005). *Psicología industrial: Introducción a la psicología industrial y organizacional*. México: McGraw-Hill.

LaSala, K. B., & Nelson, J. (2005). What contributes to professionalism?. *Medsurg nursing*, 14(1), 63.

Laschinger H. K., Zhu J. y Read E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. *Journal of Nursing Management* 24, 656–665.

Laschinger HK, Fida R. (2015) Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: the role of authentic leadership and empowering professional practice environments. *J Nurs Adm. May;45(5):276-83*. doi: 10.1097/NNA.0000000000000198

Laschinger HK, Wong CA, Grau AL. (2013) Authentic leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses. *J Nurs Manag. Apr;21(3):541-52*. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01375.x. Epub 2012 Apr 15.

Laschinger HK. (2008) Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: further testing the Nursing Worklife Model. *J Nurs Care Qual.* 2008; 23(4):322-330.

Laschinger, H.K.S., Grau, A.L., (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: a cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud.* 49 (3), 282–291.

Lawler, E. E. (1985), Education, Management Style, and Organizational Effectiveness. *Personnel Psychology*, 38: 1–26. doi: 10.1111/j.1744-6570.1985.tb00538.x

Leddy, S., & Pepper, M.(1994) *Bases conceptuales de la enfermería profesional*.

Londres: J B Lippincott. 1984. 33-52.

Lee, M. C., Johnson, K. L., Newhouse, R. P., & Warren, J. I. (2013). Evidence-based practice process quality assessment: EPQA guidelines. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 140Y149. doi:10.1111/j.1741-6787.2012.00264.x

Leininger M. Cultural diversities of health and nursing care. *Nursing clinics of North America* 1977; 12(1):5-18.

Leiter MP, Maslach C. (2009) Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag.* 17:331–3.

Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG.(2015) Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia). 15 (3): 413-425. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.9

Letelier Valdivia, M., & Velandia Mora, A. (2010). Profesionalismo en enfermería, el hábito de la excelencia del cuidado. *Avances en Enfermería*, 28(2), 145-158. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21391/22439>

Lewin, K., Lippit, R. y White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created «social climates». *Journal of Social Psychology*, 10, 271–299.

Lewis PS, Malecha A (2011) The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *J Nurs Adm* 41(1): 41-7. <https://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182002a4c>

Li Y, Lake E, Sales A, Sharp D, Greiner G, Low E, Liu C, Mitchell P, Sochalski J. (2007) Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work index: evidence from registered nurses in the Veterans Health Administration. *Res Nurs Health.* 2007;30:31–44.

Limón Cáceres E. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. *Enferm Nefrol.* 1999; 7:35-8.

Lisbona Bañuelos A. Palací Descals F. Gómez Bernabéu A. Escala de clima para la iniciativa y para la seguridad psicológica: adaptación al castellano y su relación con el desempeño organizacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2008, Volumen 24, n.º 2 - Págs. 153-167. ISSN: 1576-5962 Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v24n2/v24n2a02.pdf>

Litwin, G.H. y Stringer, R.A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston: Harvard Business School Press.

Llor B, Saturno PJ, Gascón JJ, Saura J, López MJ, Sánchez M, et al. ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural? Resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud. *Enferm Clin.* 2002; 12:228.

Llorente Parrado C, Grande Arnesto M. *Practica basada en la evidencia: un reto en*

tiempos de crisis. *Apuntes de ciencia*.2014:1(3): 1-11

Lobach DF, Hammon E.(1997) Computerized decision support based on a clinical practice guideline improves compliance with care standards. *Am J Med*; 102:89–98  
Marzo M, Alonso P, Bonfill X. Guías de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118 (3): 30-35.

LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. 8 TH edition St. Louis (USA): Mosby; 2013.

Locke, E.A (1976). The nature and causes of job satisfaction. En M.D. dunnette (Ed) *Hand Book of Industrial and Organizational Psychology*, Chicago: rand Mc. Nally.

Logsdon C, Davis DW, Hawkins B, Parker B, Peden A. Factors related to research utilization by registered nurses in Kentucky. *Ky Nurse*. 1998; 46(1):23-6.

López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández S. Curvas ROC. *Cad Aten Prim*. 1998; 5(4):229-35. [En línea] [Consultado el 2 de febrero de 2014] Disponible en: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/curvas\\_roc/curvas\\_roc2.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/curvas_roc/curvas_roc2.pdf)

López-Medina I, Sánchez-García I,Ruiz-Pamos J, García-Fernández F, López-Barajas Fernández B, Fernández-Salazar S et al. Mesa de comunicaciones 15: PCBE. El liderazgo enfermero en la implementación de evidencias: un análisis cualitativo desde el modelo PARISH. Libro de ponencias XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Lleida, España.Investén[serie en internet]. 2013 Nov [acceso 11 Feb 2015]; [aprox. 5p.] Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/encuentros-investen.shtml>

López-Medina I, Sánchez-García I,Ruiz-Pamos J, García-Fernández F, López-Barajas Fernández B, Fernández-Salazar S et al. Mesa de comunicaciones 15: PCBE. El liderazgo enfermero en la implementación de evidencias: un análisis cualitativo desde el modelo PARISH. Libro de ponencias XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Lleida,España.Investén[serie en internet]. 2013 Nov [acceso 11 Feb 2015]; [aprox. 5p.] Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/encuentros-investen.shtml>

López-Montesinos, M<sup>a</sup> José. (2013). Estudo psicossocial das consequências do trabalho dos enfermeiros hospitalares como gestão de recursos humanos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 61-70. ISSN 1518-8345<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700009>

Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. (2000) Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:460–3.

Lowe G. (2004). Thriving on Healthy: Reaping the Benefits in our Workplaces. Keynote presentation at the Registered Nurses Association of Ontario 4th Annual

International Conference; Healthy Workplaces in Action: Thriving in Challenge. November 17, 2004, Markham, ON

Luengo González R. Herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas para Enfermería: las Guías de Práctica Clínica y otros recursos basados en la Evidencia. *Evidentia* 2010;7(32). [En línea] [Consultado el 4 de Diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n32/ev3208.php>

Luengo González R. Nuevo impulso a la investigación en enfermería en España: establecimiento del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia. *Enferm Clin*. 2005;15:121-2.

Luengo,C, Paravic, T , Burgos,M (2016) Calidad del cuidado del profesional de Enfermería y condiciones ambientales y psicosociales de trabajo. *Revista Enfermería del Trabajo* 2016; 6:4 (117-125).

Luengo-Martínez C, et al. (2017) Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*.2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.001>

Luengo-Martínez C, Paravic-Klijn T (2016). Autonomía Profesional. Factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. *Index Enferm (Gran)* 2016; 25(1-2):42-46.

Lundmark, V. (2008). Magnet environments for professional nursing practice. In *Patient safety and quality: An evidence - based handbook for nurses*. AHRQ publication no. 08 - 0043. Agency for healthcare research and quality, rockville, MD. doi: [http://www.ahrq.gov/QUAL/nurses/dbk/docs/LundmarkV\\_MEPNP.pdf](http://www.ahrq.gov/QUAL/nurses/dbk/docs/LundmarkV_MEPNP.pdf)

Lundstrom T, Pugliese G, Bartley J, Cos J, & Guither C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*. 30(2):93-106.

Lundstrom, T. Et al.(2004) Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*. 2004; 30(2), 93-106.

Ma C, Shang J, Stone PW (2014) 'Can nurse work environment influence readmission risk?' A systematic review. *Nursing: Research and Reviews* 4: 91-101. <https://dx.doi.org/10.2147/NRR.S46156>

Maas L, Raile M.(2010) Quality nursing care in the words of nurses. *J AdvNurs*. 2010;66:1689---97, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x>

Macià Soler L.(2008) Investigación en enfermería. *Enferm Clin* 2008;18(6):287-8.

Mainz H., Baernholdt M., Ramlau-Hansen C.H. & Brink O. (2015) Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *International Nursing Review* 62, 479–488

Maio, G.R., Haddock, G. (2010). The psychology of attitudes and attitude change.

London: Sage.

Mallion J, Brooke J. (2016) Community and hospital based nurses' implementation of evidence based practice: are there any difference? *Br J Community Nurs.* 21(3):148-54.

Manojlovich M, Antonakos CL, Ronis DL (2009) Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patients' outcomes. *Am J Crit Care* 18(1): 21-30. <https://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009353>

Manojlovich, M. & DeCicco, B. (2007) Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 16 (6), 536–543.

Marchionni C, Ritchie J. (2008) Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. *J Nurs Manag.* 2008 Apr;16(3):266-74. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00775.x.

Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. (1998) Variaciones en la práctica médica: importancia causas implicaciones. *Med Clin (Barc)*; 110:382–90.

Mark BA, Harless DW (2010) Nurse staffing and post-surgical complications using the present on admission indicator. *Res Nurs Health* 33(1): 35-47. <https://dx.doi.org/10.1002/nur.20361>.

Marqués-Sánchez M, Muños-Doyague M, Pérez Rivera J, Bayón-Darkistade E, Casado Verdejo I. (2014) El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales. *Redes[serie en internet]* 2014 Dic [Fecha de acceso: 12 Feb 2015];25(2):140-162. Disponible en: <http://revista-redes.rediris.es>

Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. (2005) Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria.* 1:35-42. Disponible en <[http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1\\_articulo\\_35-42.php](http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_35-42.php)>

Martínez JD, Jiménez D, Muñoz FJ, Aguilera G, López MA, Rodríguez MM. (2014) Competencia de las enfermeras de cuidados críticos para integrar y aplicar la práctica basada en la evidencia. *Metas Enferm.* 17(3): 20-26. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80568/>

Martínez M, González P. (2008) ¿Me siento bien con mi trabajo? Satisfacción laboral de a enfermera de la Xarxa Sanitaria I Social de Santa Tecla. Trabajo Fin de Máster. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la Fundación “La Caixa”.

Martínez M, Ros R. (2010). De la calidad de la vida laboral a los riesgos Psicosociales: Evaluación de la calidad de vida laboral. *Acc Invs Soc.* 28(1):5-55.

Martínez Ques AA, Lóis Fernández AM. (2007) Aspectos jurídicos de una práctica

basada en evidencias. *Metas Enferm* 2007; 10(6):62-66.

Martínez Riera JR. (2003) Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería clínica*, ISSN 1130-8621, Vol. 13, N°. 5, 2003, págs. 303-308 Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=747532>

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto,

Mazurek B, Ineout Overholt E, Stillwell S, Williamson K. (2010) The Seven Steps of Evidence-Based Practice *AJN* .2010; 110 (1):51-53.

McCaughan D, Thompson C, Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. (2002) Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *J Adv Nurs*. 2002; 39(1):46-60.

McCleary L, Brown GT.(2003) Association between nurses' education about research and their reseach use. *Nurse Educ Today*. 2003; 23(8):556-65.

McCloskey DJ. Nurses' perceptions of research utilization in a corporate health care system. *J Nurs Scholarsh*. 2008; 40(1):39-45.

McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, M.D. & Wandelt, M.A. (1983) Magnet hospitals. Attraction and retention of professional nurses. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. American Academy of Nursing. American Nurses Association Publications, G-160, 1-135.

McHugh MD, Stimpfel AW. (2012) Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality. *Res Nurs Health*, 6:566e575.

McSherry R, Artley A, Holloran J.(2006) Research awareness: An important factor for evidence-based practice? *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2006; 3(3):103-115.

Mead P. (2000) Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional minefield. *J Adv Nurs*. 2000 Jan;31(1):110-6.

Mehrdad N, Joolaee S, Joolaee A, Bahrani N (2012). Nursing faculties' knowledge and attitude on evidence-based practice. *Iran j Nurs Midwifery Rev*;17(7):506-11. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730454/>

Meliá, J.L., y Peiró, J. M. (1989). El Cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez [The S10/12 Job Satisfaction Questionnaire: Factorial structure, reliability and validity]. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4 (11), 179-187.

Melnyk BM, Fineout Overholt E, Fishbeck Feinstein N, Li H, Small L, Wilcox L, et al (2004). Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills and needs regarding evidence-based practice: implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews evid*



based Nurs. 1(3):185-93.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L. (2012) The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *The Journal of nursing administration*. ISSN 0002-0443. Sep. Vol: 42. Num: 9. Pag: 410-7. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3182664e0a. PMID: 22922750.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stone P. (2000) Evidence-based practice: the past, the present, and recommendations for the millennium. *Pediatr Nurs*. 2000; 26:77--80.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to bestpractice (3rd ed., pp. 6Y7)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Melnyk, BM. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based Practice in Nursing and Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meraviglia M, Grobe SJ, Tabone S, et al. (2008) Nurse-Friendly Hospital Project: enhancing nurse retention and quality of care. *J Nurs Care Qual*;23(4):305-313; quiz 314-315.

Mesa F, Kaempffer A. (2004) Work absenteeism in Chile according to the type of work place. *Rev Med Chile*;132:1100-8.

Mesa L, Romero M. (2010) Profesionales de Enfermería y Cuidado en las Condiciones laborales actuales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 12(2).

Milisen K, Abraham I, Siebens K, Darras E, Dierckx de Casterlé B for the BELIMAGE group (2006) Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud* 43(6): 745-54. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.10.008>.

Miller BK, Adams D, Beck L. (1993) A behavioral inventory for professionalism in nursing. *J Nurs Prof*. 1993;9:290---5, [http://dx.doi.org/10.1016/8755-7223\(93\)90055-H](http://dx.doi.org/10.1016/8755-7223(93)90055-H)

Miller M, Kearney N. (2004) Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 41:813-21.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Plan General de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Secretaria General de Sanidad. <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>.

Ministerio de Sanidad y Política Social (España) (2010a). La seguridad en los

cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto Séneca. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. NIPO: 840-10-038-5. 2010 [visitado 2015 noviembre 4]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010b) Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2010. [Consultado 7 Jul 2012]. Disponible en <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 Región de Murcia. Estrategias y medidas llevadas a cabo por la comunidad autónoma en 2013 para la mejora de la calidad, la efectividad, la eficiencia y en términos globales la sostenibilidad del sistema sanitario. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN . [https://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe anual2013/Murcia.pdf](https://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe%20anual2013/Murcia.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2011. [En línea] [Consultado el 20 de Enero de 2014]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnualSNS2011/Informe\\_anual\\_SNS\\_2011.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnualSNS2011/Informe_anual_SNS_2011.pdf)

Miquel-Collell C. (2011) Institutos de Investigación Sanitaria. *Enferm Clin.* 2011;21(2):678.

Mitchell PH. (2008) Defining Patient Safety and Quality Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

Molero Alonso F, Recio Saboya P, Cuadrado Guirado I. (2010) Liderazgo transformacional y liderazgo transaccional: un análisis de la estructura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) en una muestra española. *Psicothema* 2010; 22(3) 495-501.

Molina JM, Martínez F, Valderrama LJ, Uribe AF. (2009) Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Rev Inv y Ed Enfer.* 27(2):218-25.

Molina Linde, J.M., Avalos Martínez, F., Valderrama Orbegozo, L.J., Uribe Rodríguez, A. F. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de la enfermería de un hospital médico-quirúrgico. *Invest Educ Enferm*, 27(2), 218-225.

Molina Mula, J.; Vaca Auz, J.; Muñoz Navarro, P.; Cabascango Cabascango, K.; Cabascango Cabascango, C. (2016) Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital); 25(3). Disponible en <<http://www.indexf.com/index->

enfermeria/v25n3/10273.php>

Montané Capdevila, J; Arnau Sabatés, L; (2010). Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia, desde la teoría del cambio de actitudes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8() 1283-1302. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000016>

Montané, J., Jariot, M., & Rodríguez Parrón, M. (2007). *Actitudes, Cambio de Actitudes y Conducción segura: Un enfoque crítico aplicado a la reducción de accidentes*. Barcelona: Laertes.

Montesinos, M.J.L. Psychosocial study about the consequences of work in hospital nurses as human resource management. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2013, 21, 61–70

Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. (2007) Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones? *Index Enferm.* 16(56):9-11.

Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Torres Pérez LF, Porcel Gálvez AM, Canca Sánchez JC.(2012) Investigación en resultados y clasificación de resultados de Enfermería. Claves para la investigación. *Metas Enferm.* 2012/2013;15(10):20-4.

Morales Asencio JM. (2012) Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas Enferm.* 2012; 15(6): 26-32.

Morales JM, Gonzalo E, Martín F, Morilla JC, Terol J, Ruiz C. (2003) Guías de práctica clínica: ¿Mejoran la efectividad de los cuidados? *Enf Clin.* 2003;13:41–7.

Morales P.(2000). *Medición de actitudes en psicología y educación*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Morales Vallejo P. (2013) *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2013. [Documento en línea] [Consultado el 13 de Febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>

Morales, F., Moya, M. (2007). *Psicología Social*. Madrid: Mc Craw Hill.

Moreno casbas T, Fuentelsaz Gallego C, de Miguel AC, González María E, Clarke SP. (2011) Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilization: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *J Clin Nurs.*2011;20(13);1936-47.

Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C. Grupo de Investigación RN4CAST-España. (2011) Informe global hospital españoles, RN4CAST Nurse Forecasting in Europe. 2011 [consultado 1 Ago 2012]. Disponible en: <http://www.rn4cast.eu/es/index.php>

Moreno Casbas T. (2001) *La investigación de enfermería en España una realidad*

posible. Rev Enferm Cardiol Esp; 22:19-24.

Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. (2010) Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. Enferm Clin. 20(3):153-64.

Moscoso N, Gómez P, Montangie P, et al. (2010) Absentismo en el sector enfermería: estudio de caso en un hospital privado de Argentina. Rev Tesela [edición electrónica]. (Consultado el 1/12/2016.) Disponible en: <http://www.indexf.com/tesela/ts8/ts7333.php>

Mueller CW, McCloskey JC. (1990) Nurses' job satisfaction: a proposed measure. Nurs Res. Mar-Apr;39(2):113-7.

Mulhall A (1998) Nursing, research, and the evidence. Evidence-Based Nursing; 1:4-6.

Mulrow CD, Cook DJ, Davidoff F. (1999) Systematic reviews: critical links in the great chain of evidence. Ann Intern Med. 1999;126(5):389-91.

Muñoz E, Coll JM, Torrent M, Linares L. (2006) Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. Aten primaria. 37(4):209-14.

Muñoz Lobo MJ, Marzo Martínez A, Rodríguez Gonzalo A, Sánchez Vicario F. (2009) Liderazgo en grupos de trabajo enfermeros. Percepciones. Enferm Clín;19(4):206-209.

Muñoz Paris MJ, Márquez Membrives J, González Canalejo C, Granados Gámez G. (1999) La asignatura de Metodología de la investigación en el currículum básico. Metas Enferm; 18:37-9.

Muñoz-Izquierdo A, Puchades-Simó A, Marco-Gisbert A, Piquer-Bosca C, Ferrer Casares E, Canela-Ferrer A et al. (2008) Acceso a Internet de los profesionales de enfermería y tipo de consultas que realizan. Enferm Clin. 2008;18:18-25.

National Health and Medical Research Council. (1998) A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Australia: National Health and Medical Research Council. (Fecha de acceso 16 Jun 2016). URL disponible en <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp30>

Nava-Galán, M. G., Hernández-Zavala, M., Hernández-Cantoral, A., Pérez-López, M. T., Hernández-Ramírez, M. G., Matus-Miranda, R., & Balseiro-Almarío, C. L. (2013). Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. Arch Neurocién, 18(1), 16-21.

Navarro Guzmán MA; Sánchez Navarro C; Blanco Navarro C; Navarro Guzmán, JL; Castillo Vargas C; Villena Arias LM.(2014) Análisis del absentismo enfermero en un Hospital de Granada durante Octubre del 2014. Tesela [Rev Tesela] 2016; 19.

Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts19/ts10235.php>> Consultado el 4 de Mayo de 2017.

Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutierrez-Ibarluzea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Río C, et al. (2005) ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. *Rev Clin Esp.* 2005; 205(11):533-40.

Navas-Martín MA, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. (2012) Acceso a fuentes de información sobre salud en España: cómo combatir la intoxicación. *Enferm Clin.* 2012; 22(3):154-8.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. (2002) Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 346(22):1715-22

Needleman J, Kurtzman ET, Kizer KW (2007). Performance measurement of nursing care: state of the science and the current consensus. *Med Care Res Rev*;64(2 Suppl):10S–43S.

Newman M, Papadopoulos I, Melifonwu R. (2000) Developing organisational systems and culture to support evidence-based practice: the experience of the Evidence-Based Ward Project. *Evid Based Nurs.* 2000;3(4):103-4.

O'Donnell CA. (2004) Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: a postal survey. *J Eval Clin Pract*;10(2):197-205.

Observatorio de Enfermería FUDEN investigación (2013). Estudio sobre el clima laboral y las condiciones de trabajo en el colectivo enfermero. [Internet]. Madrid: FUDEN-SATSE; [Citado 15 ene 2016]. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/informes/estudio-descriptivo-del-clima-laboral-y-las-condiciones-de-trabajo-de-los-profesionales-de-enfermeria-en-espana>.

Ochoa Marín, S C; (2005). A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXIII() 138-146. Recuperado de <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=105215403011>

Oltra-Rodríguez E, Riestra-Rodríguez R, Alonso-Pérez F, García-Valle JL, MartínezSuárez MM, Miguélez-López R. (2007) Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enferm Clin*;17(1):3-9.

Omery A, Williams RP. (1999) An appraisal of research utilization across the United States. *J Nurs Administration.*29(12):50-6.

OMS/OPS/UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo del Niño: revisada, actualizada y ampliada para la atención integral. Washington, Organización Panamericana de la

Salud, 2009.

OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. [Http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241562218/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562218/en/index.html)

Orellana A, Sanhueza O. Competencia en Investigación en Enfermería. Cienc Enferm -Chi-. 2011;XVII(2):9-17. 108. González Gil T. Competencias en Investigación en la formación de grado y postgrado (Máster y Doctorado) en Enfermería. Firma Invitada. Nure Investigación 2011;5. [Revista en Internet] [Consultado, 30 de abril de 2013] Disponible en: [http://www.fuden.es/firma\\_obj.cfm?id\\_firma=81](http://www.fuden.es/firma_obj.cfm?id_firma=81)

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Ginebra 27, Suiza. ISBN 978 92 4 356373 2. [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)

Organización mundial de la salud. (1996) El ejercicio de la enfermería. Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra: OMS. Serie de informes técnicos:860.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. ISBN 978 92 4 350024 9.

Orts Cortés MI, Comet Cortés P, Moreno Casbas MT, Martín Arribas MC.(2000) Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España: Estudio Delphi. Enferm Clin. 2000; 10(1):9-13.

O'Sullivan H, Van Mook W, Fewtrell R & Wass V (2012) Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61, Medical Teacher, 34:2, e64- e77, DOI: 10.3109/0142159X.2012.655610

Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to help health care professionals deliver services more effectively or efficiently. Can Med Assoc J;153:142331

Padrón municipal de habitantes (2017) Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM).

Palmer, R. H. (1989): Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y prácticas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

Pancorbo PL. (1999) Enfermería basada en la evidencia. Inquietudes. 1999; Año IV (17):911.

Parahoo K, McCaughan EM. (2001) Research utilization among medical and surgical nurses: A comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. J Nurs Manag.9(1):21-30.

Parahoo K. (2000) Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses

in Northern Ireland. *J Adv Nurs*. 2000;31(1):89-98.

Paris, L. (2011). Predictores de satisfacción laboral y bienestar subjetivo en profesionales de la salud. Un estudio con médicos y enfermeros de la ciudad de Rosario. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 11, 89-102.

Patiño J. (2014) Profesionalismo en enfermería. *Actual Enferm*.2014;14.

Payne, R.L., Mansfield. R. (1973), Relationships of perceptions of organizational climate to organizational structure context, and hierarchical position. *Administrative Science Quarterly*, 18, 515-526

Pazetto Balsanelli A, Kowal Olm Cunha I, Yamaguchi Whitaker I. (2009) Estilos de liderazgo de enfermeros en una unidad de terapia intensiva: asociación con el perfil personal, profesional y con la carga de trabajo. *Latino-am Enfermagem*.2009;17(1)

Pearson A, Field J, Jordan Z. (2008) *Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud. Integrando la investigación, la experiencia y la excelencia*. Madrid; McGrawHill.

Pearson, A., et al. (2005). A comprehensive systematic review of evidence on the professional practice of the nurse and impact towards creating a healthy work environment. Prepared for South Australian Department of Human Services: the Registered Nurses Association, Ontario, Canada; and Health Canada, Office of Nursing Policy. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, Australia. June 2005 – Draft copy version 1.

Peiró JM, Prieto F. (1996). *Tratado de Psicología del Trabajo*. Vol.1. La actividad laboral en su contexto. Madrid: Síntesis.

Penoyer DA (2010) Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. *Crit Care Med* 38(7): 1521-8. <https://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e47888>

Peña, M.C., Olloqui, A.M. y Aguilar, A. (2013). Relación de factores en la satisfacción laboral de los trabajadores de una pequeña empresa de la industria metal-mecánica. *Revista Internacional de Administración & Finanzas*, 6(3), 115-128.

Pérez C, Ríos A. (2015) *La incidencia de la innovación en el clima organizacional*. Universidad de Antioquia. 2015.

Pérez García C, Manzano Felipe MA. (2013) Programa de educación dirigido por la enfermera a alumnos de grado de enfermería sobre la investigación en su profesión. *Rev Paraninfo Digital*[internet]. nov[citado 9 Mar 2016];19: [aprox. 5p] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/013d.php>

Pérez Rivas FJ, Santamaría García JM, Minguet Arenas C, Beamud Lagos M, García López M. (2012) Implementation and Evaluation of the nursing process in primary health care. *Int J Nurs Knowl*. 2012;23(1):18-28.

Pérez Santiago J, Camps del Valle V. (2011) *Manifestación del liderazgo*

transformacional en un grupo de supervisores de Puerto Rico. *Rev.psicol.trab.org*. [serie en internet] 2011 Abr [ Fecha de acceso 11 Feb 2015]; 27(1):17-29. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1576-59622011000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622011000100003)

Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R., & Weissman, N. (2004) Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical care*; 42(1), 4-12.

Peya M. (2008) Satisfacción laboral: una breve revisión bibliográfica. *Nursing*. 2008;26(2):62-5.

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. and Miller, P. E. (2007), Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4: 210–219. doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x/epdf>

Ponce-Gómez, J., Ponce-Gómez, G. y Lugo-Chávez, I. (2009). Satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital de gineco-obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17 (2), 103-108.

Powell GN y Butterfield DA (1978). The case for subsystem climates in organizations. *Academy of Management Review*, 3, 151-157.

Pozo Rodríguez F. La medicina basada en la evidencia. Una perspectiva desde la clínica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112(Supl 1):12-6.

Pravikoff, D. S., Tanner, A. B., & Pierce, S. T. (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *Am J Nurs*. 2005 Sep;105(9):40-51; quiz 52.

PROGRAMA EMCA (2017) Cuidados de Enfermería. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. <https://sms.carm.es/somosmas/web/programaemca/>

Quezada Torres C, Illesca Pretty M, Cabezas González M. (2014) Percepción del liderazgo en las enfermeras de un hospital del sur de Chile. *Ciencia y Enfermería*; XX(2):41-51

Ramírez R, Abreu JL, Badii MH. (2008) La motivación laboral, factor fundamental para el logro de objetivos organizacionales: Caso empresa manufacturera de tubería de acero. *Int Jour of Good Consc*.3(1):143-85.

Ramón Esparza T, Grupo GREMCCE (2011) Cuidados de Enfermería y Seguridad del Paciente: Proyecto GREMCCE Programa EMCA. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia Ponencia: "Cuidados de enfermería y seguridad del paciente: Proyecto GREMCCE" XXIX Congreso de La Sociedad Española de Calidad Asistencial. VIII Congreso Regional De Calidad Asistencial. Libro De Ponencias Y Comunicaciones/. ISBN13: 978-84-615-3166-0



Ramos de la Cruz E. (2004) Enfermería basada en la evidencia; 1(2):148-52. Revista de la Facultad de Ciencias de Salud. Duazary, 2do semestre de 2004, Vol. 1 N° 2. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4788110.pdf>.

Ramos-Morcillo, A. J., Fernández-Salazar, S., Ruzafa-Martínez, M., & Del-Pino-Casado, R. (2015). Effectiveness of a Brief, Basic Evidence-Based Practice Course for Clinical Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, 12(4), 199–207.

Rantz MJ, Skubic M, Alexander G, Aud MA, Wakefield BJ, Galambos C, et al. (2010) Improving nurse care coordination with technology. *Comput Inform Nurs*. 2010;28(6):325-32.

Rast, S. y Tourani, A. (2012). Evaluation of Employees' Job Satisfaction and Role of Gender Difference: An Empirical Study at Airline Industry in Iran. *Magazine International Journal of Business and Social Science*, 3 (7), 91-100.

Real Academia Española: Banco de datos (CREA) [en línea]. Corpus de referencia del español actual. <<http://www.rae.es>> [17/05/2017] <http://dle.rae.es/?id=H9WZ6YF>

Redeguias. Metodología de construcción e implantación de guías de práctica clínica (acceso, octubre 2011). Disponible en: <http://www.redeguias.edu.es/>

Registered Nurses Association of Ontario (2002) Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. Registered Nurses Association of Ontario. Toronto, Canada

Registered nurses' association of Ontario (RNAO) (2007) Entornos laborales saludables. Guías de buenas prácticas. Profesionalidad en la enfermería. Toronto, Canadá: RNAO.

Registered Nurses' Association of Ontario, 2015 RNAO (2015). 2014-2015 Best Practice Spotlight Organization® (BPSO®) Impact Survey Summary of Survey Results. [http://rnao.ca/bpg/bpsol/impact\\_survey](http://rnao.ca/bpg/bpsol/impact_survey).

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registeres Nursing Association of Ontario (2008). Salud laboral, seguridad y bienestar de las enfermeras Toronto, Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario

Registred Nurses' Association of Ontario (2006). Desarrollo y mantenimiento del Liderazgo en enfermería. Toronto, Canadá. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Rentería, E., E. García, I. Restrepo & W.A. Riascos (2007). Sentidos del trabajo a partir de trayectorias y recursos personales para afrontar el mundo del trabajo. *Perspectivas en Psicología*, 10, 127-151.

Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de salud por la que se convoca un concurso de traslados para la provisión de plazas de Enfermero del Servicio Murciano de Salud. lunes, 7 de abril de 2014 Número 80. NPE: A-070414-4719

Retsas A. (2000) Barriers to using research evidence in nursing practice. *J Adv Nurs.* 2000; 31(3):599-606. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718879>

Ribeiro JP, Porto AR, Thofehrn MB. (2012) Práctica basada en evidencias: tendencias metodológicas en la enfermería. *Evidentia.*2012;9(40).

RNAO. (2007). Professionalism in Nursing. Accessed on July 10, 2010 from [http://www.rnao.org/Storage/28/2303\\_BPG\\_Professionalism.pdf](http://www.rnao.org/Storage/28/2303_BPG_Professionalism.pdf)

Robbins, S. (2004). Comportamiento organizacional. (10 ed). México: Prentice Hall Pearson.

Robinson N, Delgado E, Torres D. (2011) Cómo comunicar y diseminar información científica en Internet para obtener mayor visibilidad e impacto. *Aula Abierta;* 39(3):41-50.

Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Martínez-Ochoa E, Herrera-Carral P, Díaz-Mendi AR, Llorca-Díaz, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria,* 19(2), 127-134. Recuperado en 17 de mayo de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200006&lng=es&tlng=es).

Robles-García, M., Dierssen-Sotos, T., Martínez-Ochoa, E., Herrera-Carral, P., Díaz-Mendi, A.R. y Llorca-Díaz, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria.*, 19, (2)127-134.

Rocheftort, CM., Clarke, S. P. (2010). Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of Advanced Nursing,* 66(10), 2213–2224.

Rodgers SE. (2000) A study of the utilization of research in practice and the influence of education. *Nurse Educ Today.* 2000; 20(4):279-87.

Rodríguez Campo VA, Paravic Klijn TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm Global.* 2011; 10(4):246-53. [Revista electrónica]. [Consultado el 28 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137481/124821>

Rodríguez Fernández, A. (Coord). (1998) Absentismo, Rotación y Productividad. Introducción a la Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Ediciones Pirámide 1998: Madrid (pp.247-256).

Rodríguez, D. (2005). Diagnóstico del clima organizacional. México: Editorial

Alfaomega.

Rogers EM.(2005) Diffusion of Innovations. 3rd ed. New York: The Free Press, A Division of Simon and Shuster Inc.

Romá MT, Vizcaya MF. (2000) Nuevas tecnologías en la formación de profesionales de enfermería. *Metas Enferm.* 2000;3:25-8.

Romero M, Mesa L, Galindo S. Calidad de vida de las enfermeras y sus consecuencias para el cuidado. *Avances en Enfermería.* 2008; 26(2):59-70.

Romero MN. (2003) Enfermería Basada en la Evidencia ¿avanzamos para transformar? *Index Enferm;* 12(40-41): 41-6. Recuperado de [http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/index-enfermeria/40-41revista/40-41\\_articulo\\_41-46.php](http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_41-46.php)

Rosenberg W, Donald A. (1995) Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ.* 1995;310:1122-6.

Rudman, A.,Gustavsson, J.P (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: a prospective observational study of intra-individual change trajectories. *Int. J. Nurs. Stud.* 48 (3), 292–306

Rumbo JM, Castro A, Cobas E, Movilla MJ, Rodeño A, Romero M. (1999) Proceso de atención de enfermería y cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. *Enferm Cient;* 208-209:23-7.

Ruzafa Martínez M, Molina Salas Y, Ramos Morcillo AJ. (2016) Competencia en práctica basada en la evidencia en estudiantes del grado de enfermería. *Enferm clin.*26(3):158-64 .

Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos- Muñoz L, Escandell-García C. (2011) The Spanish best practice guidelines implementation project 2011-2016. *Enferm Clin. Sep-Oct;* 21(5):275-83

Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M (2013): Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Medical Education* 2013 13:19. doi:10.1186/1472-6920-13-19

Ruzafa-Martinez M. Lopez-Iborra L, Madrigal-Torres M. (2011). Attitude towards Evidence---Based. Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 17(4) 664---670. doi:10.1111/j.1365---2753.2011.01677.x

Ruzafa-Martínez, M., Madrigal-Torres, M., Velandrino-Nicolás, A. y López-Iborra, L. (2008). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac Sanit,* 22(5), 434-442.

Ryan C, Powlesland J, Phillips C, Raszewski R, Johnson A, Banks-Enorensen K;

Agoo VC, Nacorda-Beltran R, Halloway S, Martin K, Smith, L, Walczak D; Warda J, Washington B; Welsh J. (2017) Nurses' Perceptions of Quality Care. *Journal of Nursing Care Quality*: April/June. Volume 32 - Issue 2 - p 180–185. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000211

Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A, et al. (2002) Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*; 11(2):174-80.

Rycroft-Malone J. (2004) The PARIHS framework: a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *J Nurs Care Qual*. 2004; 19(4):297-304.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*.312(7023):71-2.

Sackett DL, Rosenberg WMC (1995). The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med*. 1995;88:620-4.

Sackett DL, Straus ShE, Richardson WE, Rosenberg W, Haynes RB, editores. *Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la Medicina Basada en la Evidencia*. 2ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.

Salessi, S. (2014). Satisfacción laboral: acerca de su conceptualización, medición y estado actual del arte [en línea], *Revista de Psicología*, 10(19). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/satisfaccion-laboral-acerca-conceptualizacion.pdf> Fecha de consulta: 29 de abril de 2016.

Salgado, J.F., Remeseiro, C. e Iglesias, M. (1996). Clima organizacional y satisfacción laboral en una PYME. *Psicothema*, 8(2), 329-335.

Sancinetti, Tânia Regina, Soares, Alda Valéria Neves, Lima, Antonio Fernandes Costa, Santos, Nanci Cristiano, Melleiro, Marta Maria, Fugulin, Fernanda Maria Togeiro, & Gaidzinski, Raquel Rapone. (2011). Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 1007-1012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400031>

Sandelowski M. Using qualitative research. *Qual Health Res* 2004; 4(10): 11366-1386. DOI:[10.1177/1049732304269672](https://doi.org/10.1177/1049732304269672)

Saturno PJ (2008) Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. *Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 1: CONCEPTOS BÁSICOS. Unidad temática 1*. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-752-3. Depósito Legal: MU-1653-2008.

Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. (2016) The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. Apr;56:128-40. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018. Epub 2015 Nov 2.

Schalk, D. M., Bijl, M. L., Halfens, R. J., Hollands, L., & Cummings, G. G. (2010). Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review. *Implementation Science*, 5(1), 34.

Schmalenberg C, Kramer M. (2008) Essentials of a productive nurse work environment. *Nurs Res*. 57(1):2–13.

Schneider B., Parkington, JJ y Buxton, VM (1980). Employee and customer perceptions of service in banks. *Administrative Science Quarterly*, 25, 257-267.

Schultz, P. (1995). *Psicología industrial*. México: Mc. Graw-Hill.

Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. (2005) How good is the quality of health care in the United States? 1998. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4 (pp. 843–95) DOI:10.1111/j.1468-0009.2005.00403.x

Scott SD, Estabrooks CA, Allen M, Pollock C. (2008) A context of uncertainty: How context shapes nurses' research utilization behaviors. *Qual Health Res*. 2008 Mar;18(3):347-57. doi: 10.1177/1049732307313354.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developers' handbook. . Edinburgh: SIGN; 2004 [consultada 6 de julio de 2012]. Disponible en:<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>

Serebryakov Getty A. (2016). Radiografía del absentismo laboral en España. Publicado 03/06/2016 14:39:02CET. mercadofinanciero europa press. <http://www.europapress.es/economia/laboral-00346/noticia-radiografia-absentismo-laboral-espana-20160603143902.html>

Sermeus W, Aiken LH, van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas T, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): (2011) Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*. 2011;10:6. doi:10.1186/1472-6955-10-6

Serrano Gallardo MP, Subirana Casacuberta M, Barderas Manchado A. (2006) El Instituto Joanna Briggs: recursos para la práctica enfermera basada en la evidencia de los cuidados. *Metas Enferm*. 2006;9:57-60.

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Sanidad. Proyecto Geosalud.Sistema de Coordenadas esférico: km 2

Shafiei E, Baratimarnani A, Goharinezhad S, Kalhor R, Azmal M.(2014) Nurses' perceptions of evidence-based practice: a quantitative study at a teaching hospital in Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2014;28:135.

Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D, Feldstein D, Houston TK, Kaatz S et al. (2006) Instruments for Evaluating Education in Evidence-Based Practice. A Systematic Review. *JAMA*. 296(9):1116-27. DOI: 10.1001/jama.296.9.1116

Shapiro, J., Whittemore, A., & Tsen, L. C. (2014). Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(4), 168-AP1.

Shekelle PG. (2001) Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *NEJM*; 344: 677-678.

Sherrif KL, Wallis M, Chaboyer W. (2007) Nurses' attitudes to and perceptions of knowledge and skills regarding evidence-based practice. *International Journal of Nursing Practice*; 13:363-369

Shirey MR (2006a) Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *Am J Crit Care* 15(3): 256-67

Shirey MR. (2006b) Evidence-based practice: how nurse leaders can facilitate innovation. *Nursing Administration Quarterly* 2006; 30:252-265.

Silva A, Reis A, Miasso A, Santos J, Cassiani S. (2011) Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19(2):378-86

Sinuff T., Muscedere J., Rozmovitz L., Dale C.M. & Scales D.C. (2015) A qualitative study of the variable effects of audit and feedback in the ICU. *BMJ Quality & Safety* 24, 393–399

Skelton-Green, Simpson and Scout, (2007). An Integrating approach to change leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 20(3):1-15.

Smith JP. (1997) Exploring evidence based practice: international conference organized by the University of Southampton School of Nursing and Midwifery at the Chilworth Manor Conference Centre, Southampton, England, 12-14 September 1997. *J Adv Nurs*. 1998; 27(1):227-9.

Smith JR, Donze A. (2010) Assessing Environmental Readiness: First Steps in Developing an Evidence-Based Practice Implementation Culture. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*.; 24:61.

Smith, P.C., Kendall, L.M. y Hulin, C.L. (1969). *The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement: A strategy for the study of attitudes*. Chicago: Rand McNally. (Versión española: *Inventario de Satisfacción en el Trabajo*. Barcelona: A & Asociados, 1982).

Sohi R. (1995) Organizational climate-culture. *Journal of Personal Selling and Sales Mangement*. 19(1):83.

Solís Muñoz M, Serrano Gallardo MP, Cano Arana A, Luengo González R, Subirana Casacuberta M. (2008) La investigación en enfermería en España. Evolución de una realidad. *Educare* 2008; 4. [Documento en línea] [Consultado el 1 de octubre de 2016]. Disponible en:

<http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/450251/>

Solís Muñoz M. (2010). Necesidad de integrar la práctica basada en la evidencia en la formación continuada. Firma Invitada. Nure Investigación; Revista 44. [Documento en Línea]. [Consultado el 17 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/firma\\_obj.cfm?id\\_firma=65&ID\\_FIRMA\\_INI=1&paginacion=2](http://www.nureinvestigacion.es/firma_obj.cfm?id_firma=65&ID_FIRMA_INI=1&paginacion=2)

Solís Muñoz, Montserrat (2015) Competencias en práctica clínica basada en la evidencia de las enfermeras en España. (Tesis Doctoral) Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/34374/>

Solomons NM, Spross JA. (2011) Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2011; 19(1):109-20.

Son Chae K, Stichler JF, Ecoff L, Brown CE, Gallo AM, Davidson JE (2016). Predictors of Evidence-Based Practice Implementation, Job Satisfaction, and Group Cohesion Among Regional Fellowship Program Participants. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 00:0, 1–9.

Squires A, Aiken LH, Van den Heede K, Sermeus W, Bruyneel L, Lindqvist R, et al. (2013) A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *Int J Nurs Stud*;50(2):264-73.

Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implement Sci.* 2011 6:1. doi: 10.1186/1748-5908-6-1.

Squires JE, Moralejo D, Lefort SM. (2007) Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses. *Implement Sci*; 2:17.

Stalpers D, Kieft R, Linden D, Kaljouw M, Schuurmans M. (2016) Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators. *BMC Health Services Research* 16:120 DOI 10.1186/s12913-016-1372-z

Stalpers, D., de Brouwer, B. J. M., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817–835. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005

Staples, S. (2009). "Are You a Nursing Professional?" Nurse Together. Accessed from 02/08/2010 from <http://www.nursetogether.com/tabid/102/itemid/1169/Are-You-aNursing-Professional.aspx>

Stetler CB, Brunell M, Guiliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. (1998)

EvidenceBased Practice and the Role of Nursing Leadership. *J Nurs Adm.* Jul-Aug;28(7-8):45-53. Issn Print: 0002-0443. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9709696>

Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft Malone J, Charns MP (2014). Leaders for evidence based practice: strategic and functional behaviors for institutionalizing EBP. *Worldviews Evid Based Nurs.* Aug;11(4):219-26. doi: 10.1111/wvn.12044. Epub 2014 Jul 1.

Stimpfel AW, Djukic M, Brewer CS, Kovner CT.(2017) Common predictors of nurse-reported quality of care and patient safety. *Health Care Manage Rev.* Mar 3. doi: 10.1097/HMR.000000000000155. [Epub ahead of print]

Straka KL, Brandt P, Brytus J. (2013) Brief Report: Creating a Culture of Evidence-Based Practice and Nursing Research in a Pediatric Hospital. *J Pediatr Nurs.* 28(4):374-8.

Straus SE, Sackett DL. Getting research findings into practice: Using research findings in clinical practice. *BMJ.* 1998;317:339-42.

Subirana M, Solà I, García JM, Guillamet A, Paz E, Gich I, et al.(2002) Importancia de las bases de datos en las búsquedas bibliográficas. Primer paso de una revisión sistemática. *Enferm Clin.* 2002;12:296-300.

Sudarsky, J. (1979). Un modelo de diagnóstico e intervención en desarrollo organizacional: la medición del clima organizacional. Bogotá: Publicaciones especiales. Universidad de los Andes.

Symonds IM, Talley NJ. (2013) Can professionalism be taught? *Med J Aust* 2013 Sep 16;199 (6):380e1.

Tapia, H., Ramírez, C., e Islas, E. (2009). Satisfacción laboral en enfermeras del hospital de oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 6 (4), 21-25.

Tapp D, Stanfield K, Stewart J. (2005) La autonomía en la práctica de enfermería. *AQUICHAN.* 2005;5(1):114-27.

Terol Fernández J, Ruiz Barbosa C. (2003) Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados? *Enferm Clin* 2003; 13(1):41-7.

Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. (1999) Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* doi:10.1002/14651858.CD000349. Art. No.: CD000349

Thomas, K.; Znaniecki, F. (1918) *The Polish Peasant in Europe and America*, Chicago: Universidad de Chicago Press.

Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR.



(2001) Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful? *J Adv Nurs*. 2001; 36:376-88.

Thurstone, L.L. (1931). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-554

Tilson JK, Kaplan SL, Harris JL, Hutchinson A, Ilic D, Niederman R, Potomkova J, Zwolsman SE: Sicily statement on classification and development of evidence-based practice learning assessment tools. *BMC Med Educ* 2011,11 (1):78

Tizon Bouza E, Marcos Espino MP. ¿es posible el uso de la evidencia científica en la formación de especialistas de enfermería familiar y comunitaria? *ENE* [internet]. 2013 Agost [citado 9 Mar 2016]; 7(2):[aprox 5 p]. disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4422689>

Topa, G., Moriano, J. A. y Morales, J. F. (2009). Third-party reactions to organizational unfairness. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (1), 79-88.

Torres Romero AM, Vidal Salcedo A, Hernández C (2013) EBE, una enfermería de calidad. Barreras y facilitadores para su implementación. *Rev paraninfo digital* [internet]. 2013 Nov [citado 9 Mar 2016];19:[aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/263d.php>

Tranmer JE, Lochhaus-Gerlach J, Lam M. The effect of staff nurse participation in a clinical nursing research project on attitude towards, access to, support of and use of research in the acute care setting. *Can J Nurs Leadersh*. 2002; 15(1):18-26.

Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Gurses AP, Liang Y, Han K (2011) Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nurs Res* 60(1): 1-8. <https://dx.doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181fff15d>

Tvedt C, Sjetne IS, Helgeland J, et al.(2014) An observational study: Associations between nurse-reported hospital characteristics and estimated 30-day survival probabilities. *BMJ Qual Saf* 2014;9:757e764.

Ubbink DT, Guyatt GH, Vermeulen H. (2013) Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review. *BMJ Open* 3(1). pii: e001881. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001881.

United States Agency for Health care research and quality (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. Summary, evidence report/technology assessment. Number 74. Rockville, MD.

Upton D, Upton P. (2006) Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*. 2006;53(4):454-8.

Urbina, A. M. y Luna, M. F. (2013). Satisfacción laboral y calidad de vida profesional de las enfermeras del Hospital Regional Docente de Trujillo 2009. In *Cres*, 4(1), 121-131.

Vahey, D.C., et al. (2004) Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42 (2 Suppl.), II57–II66

Valderrama Sanabria M. Experiencias exitosas de liderazgo en enfermería. *Cuidarte*[serie en internet]2014[Fecha de acceso: 13 Feb 2015];5(2):765-773. Disponible en: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/89>

Valle RJ. (2003) *Gestión estratégica de recursos humanos*. España: Pearson Educación.

Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O., & Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology*, 5, 1261. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01261>

Van Ess Coeling H, Cukr PL. (2000) Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. *J Nurs Care Qual*. 2000; 14(2):63-74.

Vargas CM. (2009) *Gestión del talento humano y clima organizacional*. Trabajo fin de carrera. Universidad Industrial de Santander UIS.

Varnell, G., Haas, B., Duke, G., & Hudson, K. (2008). Effect of an educational intervention on attitudes toward and implementation of evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 5(4):172-81. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00124.x.

Vázquez Calatayud M. (2009) *La investigación en enfermería*. *Enferm Intensiva*;20(1):1.

Vega-de Céniga M, Allegue-Allegue N, Bellmunt-Montoya S. Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. *Angiología*. 2009;61(1):29-34.

Velázquez R. (2001) Como medir la satisfacción del personal con las condiciones de trabajo. [Internet]. [citado 19 octubre 2016]. Recuperado de en <http://www.gestiopolis.com/como-medirsatisfaccion-personal-condiciones-trabajo/>.

Vélez Vélez E. Investigación en Enfermería, fundamento de la disciplina. *Rev Adm Sanit*. 2009;7(2):341-56.

Vesterinen S, Suhonen M, Isola A, Paasivaara L, Laukkala H. Nurse Managers' Perceptions Related to Their Leadership Styles, Knowledge, and Skills in These Areas- A Viewpoint Case of Health Centre Wards in Finland. Hindawi Publishing Corporation.[serie en internet] 2013 [Fecha de acceso el 12 MZ 2015] ;1-8. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/951456/>

Vicente Edo, MJ; Altarribas Bolsa, E. (2014) Implementación de protocolos de enfermería basados en la evidencia (EBE), del mito a la realidad. *Evidentia*. abr-jun; 11(46). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n46/ev4601.php> [acceso: 21/05/2014]. 5.

Vuori, H. V. (1989): El control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona. Masson

Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B et al. (2010) Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *J Adv Nurs*. Dec;66(12):2761-71. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05442.x. Epub 2010 Sep 6.

Wallin L, Rudberg A, Gunningberg L. (2005) Staff experiences in implementing guidelines for Kangaroo Mother Care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 42(1):61-73 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.05.016.

Walter L, Arias G. (2014) Relación entre el clima organizacional y la satisfacción laboral en una pequeña empresa del sector privado. *Cienc Trab*. 2014;16(51):185-91.

Wangenstein S, Johansson IS, Björkström ME, Nordström G. Research utilisation and critical thinking among newly graduated nurses: predictors for research use. A quantitative cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2011 Sep;20(17-18):2436-47. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03629.x. Epub 2011 Jun 20.

Warr, P., Cook, J. y Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.

Weaver CA, Warren JJ, Delaney C, International Medical Informatics Association, Nursing Informatics Special Interest Group (IMIA-NI) Evidence-Based Practice Working Group. (2005) Bedside, classroom and bench: collaborative strategies to generate evidence-based knowledge for nursing practice. *Int J Med Inform*. 74(1-12):989-99.

Weinert, B. (1987) *Manual de Psicología de la Organización*. Barcelona: Herder, 1987. Recuperado de <http://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL5.pdf>

Wennberg DE; Wennberg JE. (2003) Addressing variations: is there hope for the future? *Health Aff (Millwood)*. 2003 Jul-Dec;Suppl.[acceso 8 Dic 2016]. Disponible en <http://www.content.healthaffairs.org>.

Wennberg J, Cooper M (eds). *The Dartmouth atlas of health care*. Chicago : American Hospital Association Press; 2008. Disponible en <http://www.dartmouthatlas.org/>

Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. (1998) Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective?. *Br J Gen Pract*. Feb;48(427):99-7

Wethje, A. & Borg, V. (2003) Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred [Nurses' Work Environment, Well-Being and Health]. Available at: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/udgivelser/Sygeplejerskers>

\_arbejdsmilj\_trivsel\_og\_helbred\_SATH\_.pdf (accessed 01 October 2014).

Wethje, A. & Borg, V. (2007) Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred. Stress blandt sygeplejersker [Nurses' Work Environment, Well-Being and Health. Stress among Nurses]. Available at: <http://www.dsr.dk/Documents/Analyse/Arbejdsliv/>

White-Williams C, Patrician P, Fazeli P et al (2013) Use, knowledge, and attitudes toward evidence-based practice among nursing staff. *J Contin Educ Nurs* 44(6): 246–54. doi:10.3928/00220124-20130402-38

Wild, P., Parsons, V., & Dietz, E. (2006). Nurse practitioner's characteristics and job satisfaction. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 18, 544–549. doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00173.x

Wolf G, (2008) Triolo P, Ponte P. Magnet recognition program: the next generation. *J Nurs Adm.* 2008;38(4):200–4.

Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. (1999) Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ.* 1999 Feb 20;318(7182):527-30. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10024268>

Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, et al. (1999) Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527–30.

World Health Organization. Global priorities for patient safety research. WHO, 2009.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. [Internet]. Geneva: World Health Organization.2008 [citado 11 Abr 2016]. 136 p. Disponible en : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf)

Wurm-Schaar, M. (2015). Professionalism: An exemplar for the sciences. *Biochemical pharmacology*, 98(2), 313-317.

Wynd C. (2003) Current factors contributing to professionalism in nursing. *J Prof Nurs.* 2003;19:251---61, [http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223\(03\)00104-2](http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223(03)00104-2)

Yáñez R, Loyola G, Huenumilla F. (2009) La confiabilidad en el líder: un estudio sobre las enfermeras jefes de un Hospital. *Ciencia y Enfermería*;XV(3):77-89.

Zambrano Cruz R, Cardona Echeverri DR. (2014). Revisión de instrumentos de evaluación de clima organizacional. *Estudios Gerenciales*, 30(131) 184-189. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21231108010>

Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp.3-20). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc

Zanna, M., & Rempel, J. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. En D. Bar-

Tal, & A. Kruglanski, The social psychology of knowledge(págs. 315- 334). New York: Cambridge . University Press.

Zarate Grajales, Rosa A.. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería, 13(44-45), 42-46. Recuperado en 13 de marzo de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es).

Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JPH, Engberg S, Simon M, Schwendimann R.(2015) Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. J Am Med Dir Assoc. doi:10.1016/j.jamda.2015.04.012.



# 10. Anexos







## **Anexo 1. CUESTIONARIO**



Hospital	Unidad/ Centro Salud	ID	Ronda

FECHA DE RECOGIDA: día \_\_\_ mes \_\_\_ año \_\_\_

## CUESTIONARIO SOBRE LA PROFESIONALIDAD EN ENFERMERÍA

El Área III de Salud en colaboración con la Facultad de Ciencias Sociosanitarias estamos realizando un proyecto sobre la implantación de Guías de Práctica Clínica de entornos laborales.

El **objetivo** de este estudio es conocer los factores del entorno laboral que se asocian con los atributos de la profesionalidad en el ámbito de enfermería y poder hacer propuestas de mejora que repercutan positivamente en nuestro trabajo y en la atención y cuidado de nuestros pacientes y comunidades.

Por ello estamos interesados en **conocer tu opinión** sobre algunos aspectos relativos al trabajo que actualmente desarrollas como profesional en tu unidad hospitalaria o centro de salud.

No se trata de un test de conocimientos, por lo que no hay respuestas correctas o erróneas, simplemente estamos interesados en conocer su opinión y experiencias. Le pedimos que sea honesto/a y sincero/a en sus respuestas para poder llegar a comprender este fenómeno de manera veraz.

Este cuestionario está formado por 5 bloques (A, B, C, D y E). En el bloque A se le solicita datos de carácter socio-demográfico y profesional, el bloque B consiste en un cuestionario sobre la actitud ante la práctica basada en la evidencia, el bloque C sobre el clima organizacional, el bloque D plantea preguntas acerca de la satisfacción con el trabajo en su unidad o centro de salud y el bloque E pregunta acerca de su percepción de la calidad y seguridad de la atención ofrecida a los pacientes/usuarios.

Los investigadores que participamos en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas mediante esta aplicación, garantizándole que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación. Si necesita cualquier información puede ponerse en contacto con la investigadora responsable: D<sup>a</sup> María Ruzafa Martínez, Profesora Titular Universidad de Murcia. Correo-e: [maruzafa@um.es](mailto:maruzafa@um.es); telf. Movil: 619 105 775

Tenga en cuenta que la solicitud de cumplimentación de los cuestionarios se hace garantizándole la absoluta confidencialidad en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.





**A.10. ¿Tienes algún grado académico además de la Diplomatura o Grado en Enfermería?**

- 1.  No, sólo poseo el título de Diplomado o Graduado en Enfermería
- 2.  Sí, Otra Diplomatura o Grado diferente al de Enfermería Específica: \_\_\_\_\_
- Sí, Una Licenciatura Específica: \_\_\_\_\_
- Sí, Una Especialidad en Enfermería Específica: \_\_\_\_\_
- Si, un Master Oficial Específica: \_\_\_\_\_
- Sí, Un Diploma de Estudios Avanzados Específica: \_\_\_\_\_
- Sí, Un Doctorado Específica: \_\_\_\_\_

**A.11. ¿En qué año obtuviste tu máximo grado académico? Año \_\_\_\_\_**

**A.12. ¿En cuántas actividades científicas has participado/colaborado en los 2 últimos años?**

- A.12.1  Póster ¿Cuántos? Indicar número \_\_\_\_\_
- A.12.2  Comunicación Oral ¿Cuántas? Indicar número \_\_\_\_\_
- A.12.3  Ponencias ¿Cuántas? Indicar número \_\_\_\_\_
- A.12.4  Publicaciones de Artículos en Revistas Científicas ¿Cuántas? Indicar número \_\_\_\_\_
- A.12.5  Publicaciones de Libros o Capítulos de Libros ¿Cuántos? Indicar número \_\_\_\_\_
- A.12.6  Proyectos de Investigación ¿Cuántas? Indicar número \_\_\_\_\_
- A.12.7  Organización de Jornadas o reuniones Científicas ¿Cuántas? Indicar número \_\_\_\_\_

**A.13. ¿Participas en alguna comisión clínica? (*Comisión de cuidados, grupo de elaboración de protocolos o vías clínicas, grupos de expertos, etc.*)**

- 1.  Si, Especificar cual \_\_\_\_\_
- 2.  No, pero me gustaría participar
- 3.  No

**A.14 ¿Participas como tutor/a de alumnos/as en prácticas?**

- 1.  Si, Especificar cuántos años: \_\_\_\_\_
- 2.  No

**A.15. ¿Pertenece al Colegio de Enfermería?**

- 1.  Si Indicar número de años colegiado/a \_\_\_\_\_
- 2.  No

**A.16. ¿Pertenece a algún Sindicato de Trabajadores?**

- 1.  Si Indicar número de años sindicado/a \_\_\_\_\_
- 2.  No

**A.17. ¿Cuántas horas de formación continuada, relacionadas con la enfermería, has realizado en los últimos 24 meses?**

- 1.  0 horas
- 2.  Menos de 50 horas
- 3.  Entre 51 y 120 horas
- 4.  Entre 121 y 300 horas
- 5.  Más de 300 horas

**A.18. ¿Cuántas horas de formación, relacionadas con la PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA, has realizado en los últimos 24 meses? (Se entiende por Práctica Basada en la Evidencia: aquella formación sobre el uso de los resultados de la investigación en la práctica clínica diaria, puede incluir contenidos sobre búsquedas de estudios científicos en bases de datos, lectura crítica de artículos, Guías de practica clínica, metodología de investigación)**

- 1.  0 horas
- 2.  Menos de 50 horas
- 3.  Entre 51 y 120 horas
- 4.  Entre 121 y 300 horas
- 5.  Más de 300 horas

**A.19. Turnicidad: cumplimenta en la siguiente tabla el turno habitual que has tenido en los últimos 30 días. (Elige sólo la opción más frecuente)**

Tipo de turno		Últimos 30 días	Año de inicio
A19.1	Turno fijo de mañana	<input type="checkbox"/>	_____
A19.2	Turno fijo de tarde	<input type="checkbox"/>	_____
A19.3	Turno fijo de noche	<input type="checkbox"/>	_____
A19.4	Turno fijo de mañana con noches	<input type="checkbox"/>	_____
A19.5	Turno fijo de tarde con noches	<input type="checkbox"/>	_____
A19.6	Turno fijo de 12 horas durante el día	<input type="checkbox"/>	_____
A19.7	Turno fijo de 12 horas por la noche	<input type="checkbox"/>	_____
A19.8	Turno antiestrés	<input type="checkbox"/>	_____
A19.9	Turno rotatorio completo* *(Realizas turnos de M, de T y de N de forma rotatoria, con o sin cadencia)	<input type="checkbox"/>	_____
A19.10	Turno fijo de 24horas	<input type="checkbox"/>	_____
A19.11	Turno mañana con turnos de 17horas	<input type="checkbox"/>	_____
A19.12	Turno Deslizante (mañanas-tardes)	<input type="checkbox"/>	_____
A19.13	Turno fijo (Mañana o tarde) mas guardias 17h o 24h	<input type="checkbox"/>	_____
A19.14	Turno Parcial o media jornada	<input type="checkbox"/>	_____

**A 20. Número de Revistas Científicas leídas al mes (excluida la del Colegio profesional)**

1.  Tres o más      2.  Dos      3.  Una      4.  Ninguna

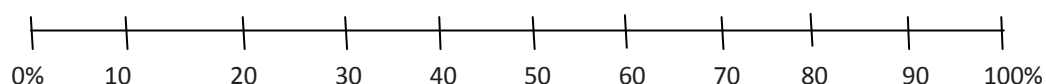
**A 21. Tiempo transcurrido desde la lectura de la última revista científica**

1. En la última semana   
2. En el último mes   
3. Hace más de un mes   
4. Hace más de tres meses   
5. Hace más de seis meses   
6. Hace más de un año   
7. No recuerda cuando

**A 22. Bases de datos o páginas Web científicas consultadas en el último mes (puede señalar más de una opción)**

- A 22. 1 Cochrane Library       A 22. 2 Instituto Joanna Briggs       A 22. 3 Medline  
 A 22. 4 CINALH       A 22. 5 Otras: (Indicar cual) \_\_\_\_\_       A 22. 6 Ninguna

**A 23. Indica, en la siguiente escala, en qué porcentaje consideras que en tu trabajo se utiliza una Práctica Basada en la Evidencia (PBE): (recuerda que PBE es el uso de los resultados de la investigación en la práctica clínica diaria y en la toma de decisiones que pueden surgir en el trabajo habitual, utilizando estudios científicos o bien Guías de práctica clínica y protocolos basados en evidencias).**



**PARTE B: CUESTIONARIO DE ACTITUD ANTE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE):**

**Recuerda que la PBE** es el uso de los resultados de la investigación en la práctica clínica diaria y en la toma de decisiones que pueden surgir en el trabajo habitual, utilizando estudios científicos o bien Guías de práctica clínica y protocolos basados en evidencias

	<b>Actitud ante la Práctica Basada en la Evidencia (PBE)</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
B1	Me agrada la importancia que está tomando la Práctica basada en la evidencia (PBE).	5	4	3	2	1
B2	Me alegra encontrar evidencias científicas serias que apoyen los cuidados que práctico.	5	4	3	2	1
B3	Aplicar cuidados basados en la evidencia entorpece el ritmo de trabajo cotidiano.	5	4	3	2	1
B4*	<b>No</b> está entre mis prioridades profesionales practicar la PBE.	5	4	3	2	1
B5	Estoy dispuesta/o a realizar un esfuerzo por aplicar la PBE en mi trabajo.	5	4	3	2	1
B6*	Soy contrario a emplear mi tiempo libre para aprender la práctica de la PBE.	5	4	3	2	1
B7	La aplicación de la PBE mejora los resultados de salud.	5	4	3	2	1
B8*	No tomo en consideración la información que recibo sobre práctica basada en la evidencia.	5	4	3	2	1
B9	Me gusta o me gustaría utilizar la PBE en mi trabajo.	5	4	3	2	1
B10*	La investigación en ciencias de la salud NO es importante para la práctica clínica enfermera.	5	4	3	2	1
B11	Estoy dispuesto/a a colaborar en la elaboración de guías de práctica clínica basada en la evidencia.	5	4	3	2	1
B12*	La lectura de artículos científicos me aburre.	5	4	3	2	1
B13	La PBE debe jugar un papel importante en la práctica clínica enfermera.	5	4	3	2	1
B14	La práctica de la PBE ayuda a unificar criterios en la aplicación de cuidados.	5	4	3	2	1
B15*	Me disgusta tener que incorporar la práctica de la PBE a mi forma de trabajo.	5	4	3	2	1

### Parte C: Instrumento CLIMA ORGANIZACIONAL

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No esta seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
C1.	Tomo la mayor parte de las decisiones que influyen en el desempeño mi trabajo.	1	2	3	4	5
C2.	Las personas que trabajan en mi unidad/centro de salud se ayudan los unos a los otros.	1	2	3	4	5
C3.	Puedo confiar en que supervisor / coordinador / responsable inmediato no divulgue las cosas que le cuento de forma confidencial.	1	2	3	4	5
C4.	Tengo mucho trabajo y poco tiempo para realizarlo	1	2	3	4	5
C5.	Puedo contar con la ayuda de mi supervisor/coordinador/responsable inmediato cuando lo necesito	1	2	3	4	5
C6.	Puedo contar con una felicitación cuando realizo bien mi trabajo	1	2	3	4	5
C7.	Puedo contar con un trato justo por parte de mi supervisor/coordinador/responsable inmediato	1	2	3	4	5
C8.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato directo me anima a desarrollar mis propias ideas	1	2	3	4	5
C9.	Decido el modo en que realizaré mi trabajo	1	2	3	4	5
C10.	Las personas que trabajan en mi unidad/centro de salud se llevan bien entre si	1	2	3	4	5
C11.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato es una persona de principios o valores definidos	1	2	3	4	5
C12.	Mi trabajo me permite tener tiempo para otras cosas, además de mis responsabilidades	1	2	3	4	5
C13.	A mi supervisor/coordinador/responsable inmediato le interesa que me desarrolle profesionalmente en esta Institución	1	2	3	4	5
C14.	La única vez que se habla sobre mi rendimiento es cuando he cometido un error	1	2	3	4	5
C15.	Los objetivos que fija mi supervisor / coordinador / responsable inmediato para mi trabajo son razonables.	1	2	3	4	5
C16.	A mi supervisor/coordinador/responsable inmediato le agrada que yo sugiera nuevas formas de hacer mi trabajo	1	2	3	4	5
C17.	Propongo mis propias actividades de trabajo.	1	2	3	4	5
C18.	En las personas que trabajan en mi unidad/centro de salud existe una preocupación y cuidado por el otro.	1	2	3	4	5
C19.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato es una persona con quien se puede hablar abiertamente.	1	2	3	4	5
C20.	En mi institución los usuarios están cada vez más exigentes con la demanda de atención.	1	2	3	4	5
C21.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato me respalda 100%	1	2	3	4	5
C22.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato conoce mis puntos fuertes y me los hace notar	1	2	3	4	5

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No esta seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
C23.	Es poco probable que mi supervisor/coordinador/responsable inmediato me alabe sin motivos	1	2	3	4	5
C24.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato me anima a mejorar las formas de hacer las cosas	1	2	3	4	5
C25.	Determino el nivel de cumplimiento de los objetivos de ejecución de mi trabajo	1	2	3	4	5
C26.	Existe espíritu de "trabajo en equipo" entre las personas que trabajan en mi unidad/centro de salud	1	2	3	4	5
C27.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato cumple con los compromisos que adquiere conmigo	1	2	3	4	5
C28.	Me siento agotado a pesar de tener mis correspondientes días de descanso	1	2	3	4	5
C29.	Es fácil hablar con mi supervisor/coordinador/responsable inmediato sobre problemas relacionados con el trabajo	1	2	3	4	5
C30.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato es rápido para reconocer una buena ejecución	1	2	3	4	5
C31.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato no muestra favoritismos entre los trabajadores	1	2	3	4	5
C32.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato me anima a encontrar nuevas formas de enfrentar antiguos problemas.	1	2	3	4	5
C33.	Organizo mi trabajo como mejor me parece	1	2	3	4	5
C34.	Siento que tengo muchas cosas en común con la gente que trabaja en mi unidad/centro de salud	1	2	3	4	5
C35.	Es probable que mi supervisor/coordinador/responsable inmediato no me de un mal consejo	1	2	3	4	5
C36.	La institución me exige más de lo que puedo dar.	1	2	3	4	5
C37.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato me respalda y deja que yo aprenda de mis propios errores	1	2	3	4	5
C38.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato me utiliza como ejemplo de lo que se debe hacer	1	2	3	4	5
C39.	Si mi supervisor/coordinador/responsable inmediato prescinde de alguien es porque probablemente esa persona se lo merece	1	2	3	4	5
C40.	Mi supervisor/coordinador/responsable inmediato "valora" nuevas formas de hacer las cosas	1	2	3	4	5
C41.	Me falta tiempo para atender a los pacientes/usuarios	1	2	3	4	5
C42.	A menudo escucho quejas de los pacientes/usuarios por la lentitud de la atención	1	2	3	4	5



## Parte D: Satisfacción de los Profesionales

### D.1. ¿Cuál es tu grado de satisfacción con tu trabajo actual en este hospital/centro de salud?

1.  Muy insatisfecha/o    2.  Algo insatisfecha/o    3.  Moderadamente satisfecha/o    4.  Muy satisfecha/o

D2.	¿Cómo evaluarías tu entorno laboral en este hospital/centro de salud <i>en cuanto a:</i>	Malo 1	Aceptable 2	Bueno 3	Excelente 4
D2.1	<i>La adecuación de recursos humanos?</i>	1	2	3	4
D2.2	<i>La adecuación de recursos materiales?</i>	1	2	3	4
D2.3	<i>La relación con los compañeros?</i>	1	2	3	4
D2.4	<i>al apoyo del supervisor/coordinador</i>	1	2	3	4

D3.	¿Cómo estás de satisfecha/o con los siguientes aspectos de tu trabajo?:	Muy insatisfecha/o 1	Algo insatisfecha/o 2	Moderadamente satisfecha/o 3	Muy satisfecha/o 4
D3.1	Flexibilidad de horarios	1	2	3	4
D3.2	Oportunidades de desarrollo profesional	1	2	3	4
D3.3	Autonomía en el trabajo	1	2	3	4
D3.4	Status profesional	1	2	3	4
D3.5	Salario	1	2	3	4
D3.6	Oportunidades de formación	1	2	3	4
D3.7	Vacaciones	1	2	3	4
D3.8	Derecho a bajas por enfermedad	1	2	3	4
D3.9	Permiso por estudios	1	2	3	4

### D4. Si pudieras, ¿dejarías este hospital/centro de salud a lo largo del próximo año por tu insatisfacción laboral?

1.  SI    2.  NO

### D5. Si fuera así, ¿qué tipo de trabajo buscarías?

1.  De enfermera/o en otro hospital/centro de salud  
2.  De enfermera/o, pero no en un hospital/centro de salud  
3.  No como enfermera/o

### D6. Si te pusieras a buscar otro trabajo, ¿cómo crees que sería de fácil encontrar un trabajo aceptable en enfermería?

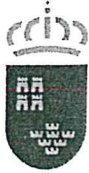
1.  Muy difícil  
2.  Bastante difícil  
3.  Bastante fácil  
4.  Muy fácil

### D7. ¿Recomendarías este hospital/centro de salud a otra compañera enfermera como un buen sitio para trabajar?

1.  Definitivamente no  
2.  Probablemente no  
3.  Probablemente sí  
4.  Definitivamente si



## **Anexo 2: Autorización del estudio**



## CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA TESIS DOCTORAL

D. Catalina Lorenzo Gabarrón, Directora Gerente del Área III de Salud de Lorca, visto el dictamen favorable del Comité de Investigación,

Hace constar su conformidad con la propuesta para la realización en este Centro de la tesis doctoral:

**“Evaluación de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas: Profesionalidad en Enfermería de la Asociación Profesional de Enfermeras de Notario (RNAO), en el Área III de Salud Lorca de la Comunidad Autónoma de Murcia”.**

Promotor: Universidad de Murcia

Investigadora principal: D<sup>a</sup>. Solanger Hernández Méndez, del Hospital Rafael Méndez, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de los datos en cumplimiento de la normativa en vigor, Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal y normativa de desarrollo.

Lorca, a 22 de abril de 2013

La Directora de Gerencia  
  
Catalina Lorenzo Gabarrón





**ATENCIÓN: Dra. Catalina Lorenzo Gabarrón**  
**Gerente Área III de Salud Lorca**

Dra. María Ruzafa Martínez, con D.N.I.: 34817610-A del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia.

**EXPONE:**

D. Solanger Hernández Méndez, con D.N.I.: 78642651q, y domicilio en Av. Juan Carlos I nº 30 Edif Las Palomas 8º B. Lorca. Murcia. Correo electrónico: [solanger.hernandez@carm.es](mailto:solanger.hernandez@carm.es)

Que habiendo obtenido los créditos correspondientes al Máster de Gestión de la Calidad en Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Que habiendo sido aceptado en el Programa de Doctorado en "Investigación en Cuidados de Enfermería" y estando matriculado en el mismo con fecha de Noviembre 2011 y aprobado su Proyecto de Tesis Doctoral, avalado y autorizado por: Dra. María Ruzafa Martínez, con D.N.I.: 34817610-A del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia.

**SOLICITA:**

Autorización para realizar el estudio de investigación correspondiente a la tesis Doctoral de Dª Solanger Hernández Méndez, con D.N.I.: 78642651q, bajo el título: "**Evaluación de la implantación de la Guía de Buenas Practicas: Profesionalidad en Enfermería de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) ®, en el Área III de Salud Lorca de la Comunidad Autónoma de Murcia.**"

Así mismo, nos comprometemos a guardar la confidencialidad de los datos sobre los sujetos de estudio garantizando el anonimato de los mismos y aportar al centro que usted dirige los resultados obtenidos en esta investigación.

Atentamente,

**MARIA RUZAFÁ-MARTÍNEZ**  
*Profesora Titular Universidad  
Facultad de Enfermería  
Universidad de Murcia  
Campus de Espinardo  
Edificio D, 3ª Planta  
30100, Murcia (Spain)  
+34 868 88 7013  
✉ [maruzafa@um.es](mailto:maruzafa@um.es)*

Sra. Gerente Área III de Salud. Lorca. Murcia  
Sr. Directora de Enfermería. Área III de Salud. Lorca  
Sres. Comisión de Investigación. Área III de Salud Lorca