



ORIGINAL

Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros

E. Abad-Corpa^{a,b,c,*}, F. Molina-Durán^a, M.C. Vivo-Molina^a, B. Moya-Ruiz^a,
A. Martínez-Hernández^a, J.M. Romero-Pelegrín^d, J. Leal-Llopis^e,
S. Hernández-Méndez^f, I. García-Arsac^g, M. Muñoz-Sánchez^h,
J.M. Rodríguez-Ródenasⁱ, J. Iniesta-Sánchez^j, C. García-Jiménez^k,
B. Caravaca-Alcaraz^l, C. Fuentelsaz-Gallego^c, T. Moreno-Casbas^c y E. González-María^c

^a Servicio de Formación Continuada, Docencia e Investigación, Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia, Murcia, España

^b Universidad de Murcia, Murcia, España

^c Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), Madrid, España

^d Hospital Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^e Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

^f Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia, España

^g Hospital del Noroeste, Caravaca de la Cruz, Murcia, España

^h Hospital Los Arcos del Mar Menor, San Javier, Murcia, España

ⁱ Hospital Virgen del Castillo, Yecla, Murcia, España

^j Hospital Reina Sofía, Murcia, España

^k Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^l Hospital Vega Lorenzo Guirao, Cieza, Murcia, España

Recibido el 31 de octubre de 2012; aceptado el 18 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 25 de julio de 2013

PALABRAS CLAVE

Enfermería;
Investigación en
servicios de salud;
Satisfacción laboral;
Síndrome del
quemado;
Ambiente laboral

Resumen

Objetivo: Conocer los perfiles de las enfermeras de los hospitales públicos de Murcia y su percepción sobre el entorno laboral, la calidad de los cuidados y su nivel de *burnout* (réplica metodológica proyecto RN4CAST).

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en 8 hospitales de Murcia. Se recogieron datos entre 2009 y 2010 a 687 enfermeras (estratificando por tipo de unidades) mediante cuestionario autocumplimentado de 149 ítems con variables sociodemográficas, del trabajo, de la percepción del ambiente laboral (PES-NWI), del *burnout* (*Maslach Burnout Inventory*), de la calidad y de la seguridad del paciente. Análisis: pruebas no paramétricas para 2 muestras o k muestras según la comparación.

Resultados: Se recogieron 495 encuestas (72%). El 80,4% eran mujeres con una edad media de 34,1 (DE = 7,1) años y de 9,4 (DE = 7,4) años trabajados. El 25,7% ha realizado durante los últimos 24 meses más de 300 h de formación. La ratio paciente/enfermera fue de 11,7 (DE = 3,6) con variabilidad entre hospitales. Dos hospitales tenían un clima desfavorable y 3 hospitales tuvieron

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: evaabadcorpa@ono.com, eva.abad@carm.es (E. Abad-Corpa).

KEYWORDS

Nursing;
Health services
research;
Job satisfaction;
Professional burnout;
Health facility
environment

clima favorable (los hospitales grandes obtuvieron peores valoraciones); se observó una baja intención de abandonar el trabajo (16,8%). Con respecto al *burnout* en agotamiento emocional se alcanzó una puntuación de 18,4; en despersonalización de 7,5 y en realización personal de 28,8. La percepción sobre la calidad presentó diferencias entre centros y la de los efectos adversos fue más favorable en los hospitales pequeños.

Conclusiones: Los profesionales estudiados estaban satisfechos, pero habría que potenciar los factores que generan bienestar y minimizar los puntos débiles detectados en el análisis del clima laboral.

© 2012 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

RN4CAST Study in Murcia: Hospital organizational characteristics and nursing staff profiles

Abstract

Objective: To determine the profile of nurses in public hospitals in Murcia and to assess how they perceive their work environment, the quality of care and their level of *burnout* (the RN4CAST project repetition).

Material and methods: A cross-sectional descriptive study was carried out in 8 hospitals in Murcia. Data were collected between 2009 and 2010 from 687 nurses (stratified by the type of unit) using a self-completed questionnaire with 149 items covering variables related to sociodemographics; work; perception of the work place (*PES-NWI*); *burnout* (*Maslach Burnout Inventory*); and the quality of patient care, and patient safety. Analysis: Non parametric tests, for two samples or k samples according to the comparison.

Results: A total of 495 questionnaires were collected (72%). Most respondents were female (80.4%) having a mean age of 34.1 (SD = 7.1) years, and they had been working for 9.4 (SD = 7.4) years. Just over one-quarter (25.7%) had carried out more than 300 hours of training in the previous 24 months. The patient/nurse ratio was 11.7 (SD = 3.6), varying between hospitals. The nurses reported 25% of hospitals as having an unfavorable work environment, whereas 37.5% had favorable ones; large hospitals were less highly valued. Few respondents intended to give up their jobs (16.8%). *Burnout* levels revealed emotional exhaustion in 18.4% of respondents; depersonalization in 7.5%, and personal fulfillment in 28.8%. Perception of quality varied between centers and the perception of adverse effects was more favorable in small hospitals. **Conclusions:** Our professionals were generally satisfied, but given the unfavorable work environment, measures should be adopted for improving well-being and reducing weaknesses.

© 2012 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Uno de los pilares fundamentales en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias es su capital humano. El desempeño de los profesionales sanitarios incide directamente en el proceso asistencial, y por lo tanto en su resultado clave: un determinado nivel de salud para el paciente. Los sistemas sanitarios deben asegurar que las organizaciones cuenten con un número suficiente de profesionales altamente cualificados que permitan la ejecución de los procesos asistenciales. La planificación sanitaria de los recursos humanos es muy compleja en términos estratégicos y de gestión¹, y su regulación se caracteriza porque sus efectos son a largo plazo².

En el caso concreto del personal enfermero se ha demostrado que el desarrollo de estrategias de mejora sobre dichas plantillas perfecciona el funcionamiento de las organizaciones y sistemas sanitarios³⁻⁷.

Además, estudios internacionales^{3,8} muestran que contar con enfermeros más formados produce mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo ajustado de

muerte. Si se tiene en cuenta toda esta información en la planificación de los recursos humanos se podrían reducir errores y resultados negativos en salud con medidas de inversión y gestión de recursos de enfermería que mejoraran su entorno laboral⁹.

Por todo esto, las relaciones entre los resultados de salud del paciente, la provisión de enfermeras y las características organizacionales están despertando un interés creciente¹⁰. La evidencia apoya la recomendación de que los sistemas sanitarios inicien proyectos de investigación trasnacionales sobre modificación de las condiciones laborales para mejorar la seguridad del paciente¹¹. Así, el VII Programa Marco Europeo ha financiado el proyecto *Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing* (RN4CAST) (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)¹². Del mismo modo se han estudiado 59 hospitales españoles de

más de 200 camas de todas las comunidades autónomas con una encuesta poblacional a más de 5.000 enfermeras^{13,14}. Las instituciones sanitarias de la Región de Murcia se sumaron al proyecto internacional realizando una réplica del proyecto RN4CAST, y siendo la única comunidad autónoma que ha estudiado la totalidad de sus centros hospitalarios públicos.

El objetivo principal fue el de conocer los perfiles de las enfermeras que trabajan en los hospitales del Servicio Murciano de Salud, así como las características sociolaborales de su trabajo. Esto nos permitiría situarnos en una situación inmejorable de conocimientos para afrontar los nuevos retos en la gestión de personal.

Como objetivos específicos se plantearon:

- Conocer el grado académico, la formación posgrado y continuada de los profesionales de enfermería que trabajan en los hospitales de estudio.
- Identificar la percepción de las enfermeras sobre las características laborales y el clima de los hospitales del Servicio Murciano de Salud.
- Explorar su satisfacción con el trabajo.
- Identificar su nivel de *burnout*.
- Analizar la percepción que tienen las enfermeras sobre la calidad de los cuidados que prestan.
- Comparar estos resultados entre hospitales de mayor y menor volumen de camas hospitalarias.
- Comparar estos resultados entre unidades médicas, quirúrgicas y de críticos.

Material y métodos

Se siguió un diseño de estudio observacional, descriptivo y transversal con la participación de todos los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud (exceptuando el Hospital Reina Sofía, que fue seleccionado oficialmente para el proyecto nacional y cuyos datos son explotados en dicho estudio): 8 hospitales de la red pública independientemente de su volumen asistencial. Decidimos incluir hospitales comarcales para contar con la información global de toda la comunidad autónoma, siendo esta una de las grandes diferencias con el estudio RN4CAST nacional e internacional, ya que estos no incluyeron hospitales con menos de 200 camas.

Siguiendo la misma metodología¹²⁻¹⁴ que en los 15 países participantes se tomaron las mismas decisiones muestrales seleccionando una muestra de 687 enfermeras que prestaban cuidados continuados al paciente hospitalizado, ya sea en unidades médicas, quirúrgicas o de cuidados críticos, y con cualquier tipo de relación contractual con el hospital. De este modo, quedaron excluidos del estudio los servicios centrales (laboratorio, radiología, etc.), las unidades de urgencias y otros servicios donde los pacientes atendidos no permanecían ingresados en el hospital y aquellas enfermeras que durante el periodo de recogida de datos se encontraron ausentes del hospital por permisos, vacaciones, etc. Para la selección de los profesionales se realizó un muestreo estratificado para cada uno de los 4 hospitales de gran tamaño, estratificando para cada uno de ellos por sus unidades: médicas, quirúrgicas y críticas. Las precisiones obtenidas en cada uno de los muestreos estratificados fueron: 7,24, 9,4, 9,29 y

9,76% para el hospital Virgen de la Arrixaca, Santa María del Rosell, Morales Meseguer y Rafael Méndez, respectivamente. En el resto de hospitales, denominados «pequeños», no se realizó ningún muestreo ya que se encuestó a la totalidad del personal de las unidades de estudio.

La recogida de datos se realizó durante 4 meses (2009-2010) a través de un cuestionario autocumplimentado. La encuesta fue realizada por personal contratado ajeno a las instituciones participantes, que previamente fue entrenado para homogeneizar la recogida de datos. Cada encuesta estaba codificada garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. Los ciclos de entrega-recogida de cuestionarios se realizaron en 3 ocasiones en cada unidad, buscando alcanzar un porcentaje de respuesta superior al 60% (que era el criterio de reposición de la unidad de estudio).

La encuesta global contenía 149 ítems que indagaban sobre variables relacionadas con: aspectos personales, el último turno del hospital, el trabajo en el centro y la calidad y seguridad. En este último aspecto se exploró el síndrome de *burnout* y el ambiente laboral mediante el *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)*, validado internacionalmente¹⁵ y utilizado para conocer el entorno laboral (permitía medir, evaluar y comparar factores que influyen en el entorno de la práctica enfermera).

Así, los 149 ítems estaban agrupados en 4 apartados:

- Personales (12 preguntas): variables sociodemográficas, formación y experiencia.
- Respecto al último turno en el hospital (33 preguntas): horas del turno, número y gravedad de los pacientes asignados, dotación de personal, omisión de tareas.
- Sobre su trabajo (80 preguntas): percepción del trabajo y del ambiente laboral (PES-NWI), satisfacción, intención de abandonar el hospital, opinión sobre el hospital y *burnout* (medido con el *Maslach Burnout Inventory*).
- Calidad y seguridad (24 preguntas): percepción de la calidad de los cuidados y de los efectos adversos.

La mayor parte de las preguntas eran de tipo Likert expresando el grado de acuerdo, de satisfacción o de frecuencia, etc. También se utilizaron preguntas abiertas en referencia al último turno de trabajo.

Los análisis se realizaron con el software SPSS v.18 utilizando las pruebas U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis, para 2 o k muestras independientes respectivamente, según fuese la comparación realizada: hospitales, unidades y por tipo de tamaño del hospital. Así, se agruparon los hospitales en 2 grupos: de más de 200 camas (Hospital Virgen de la Arrixaca, Hospital Santa M.^a del Rosell, Hospital Morales Meseguer, Hospital Rafael Méndez) y menos de 200 camas (Hospital de Los Arcos, Hospital Comarcal del Noroeste, Hospital Virgen del Castillo y Hospital Vega del Río Segura).

Resultados

De las 687 enfermeras encuestadas se obtuvo una tasa de respuesta del 72% (495), perteneciendo el 70,5% a hospitales grandes (mayoritariamente al Hospital Virgen de la Arrixaca con un 25,5% [126]) y el resto a hospitales pequeños. El porcentaje de respuesta de los hospitales grandes se situó en

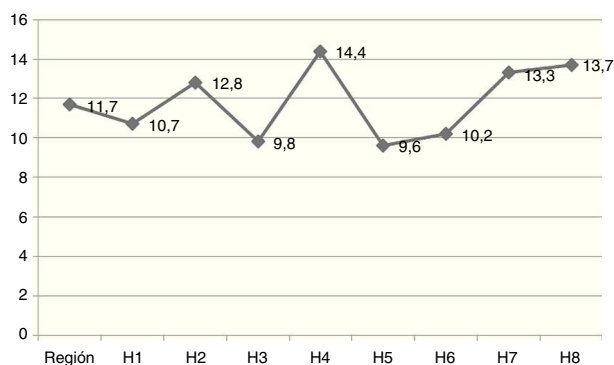


Figura 1 Número de pacientes por enfermera en el último turno de trabajo según hospitales.

el 68,4% (349) y en los pequeños en el 81,9% (146), distribuyéndose entre unidades médicas el 53,3% (265), quirúrgicas el 36,6% (181) y de críticos el 9,1% (45). La identificación de los hospitales se ha mantenido codificada velando por el anonimato de las unidades de hospitales pequeños.

Características sociodemográficas y de formación

El 80,4% de los participantes eran mujeres con una edad media de 34,1 (DE = 7,1) años y de 9,4 (DE = 7,4) años trabajados. La edad media de comenzar a trabajar en la Región fue de 23,1 años (min.: 20 años; máx.: 40 años). El 93% (460) de los participantes trabajaba a jornada completa en el hospital. El 96,6% (478) realizó sus estudios en España y solo un 4,4% (22) de los participantes había tenido experiencia laboral en otros países diferentes. En cuanto a la satisfacción por haber elegido Enfermería como carrera universitaria el 61,8% (306) estaban muy satisfechos con ello. En cuanto al máximo grado académico que ostentaban un 6,7% (33) afirmaron tener una licenciatura, un 14,7% (73) un máster o especialidad, un 9,1% (45) estaban en posesión del Diploma de Estudios Avanzados y un 1% (5) estaba en posesión del título de Doctor. Con respecto a la formación continuada el 30,6% (151) de las enfermeras realizaron durante los últimos 24 meses < 50 h y un 25,7% (127) cursaron > 300 h de formación.

Características del último turno de trabajo

El número medio de horas trabajadas en el último turno del hospital fue de 8,4 h. El 37,7% (187) de los enfermeros afirmaron haber realizado más horas que las establecidas en su contrato.

El número medio de enfermeras trabajando por turno, según el tipo de unidad, fue de 5,2 en críticos y 2,8 en unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas. El número medio de pacientes que los enfermeros encuestados tuvieron a su cargo en su último turno de trabajo fue de 11,7 (DE = 3,6) (retirando del análisis las unidades de cuidados críticos) existiendo una gran variabilidad entre centros (fig. 1). El 13,9% (69) alegó que ese número era inferior al habitual, un 76,5% (379) lo habitual y el 6,1% (30) manifestó que ese número era superior a lo normal.

En cuanto a la dedicación a los pacientes el 29,7% (147) de los enfermeros afirmó proporcionar la mayoría de los

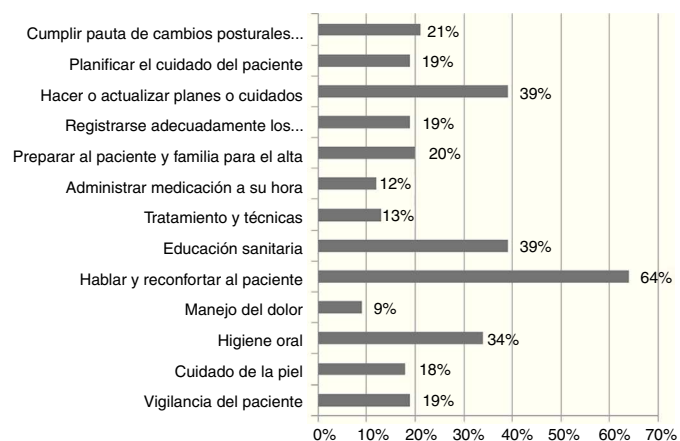


Figura 2 Distribución de la falta de realización de cuidados enfermeros por falta de tiempo en el último turno de trabajo.

cuidados, aunque el 37% (183) manifestó supervisar el cuidado que otras personas prestaban además de prestar algunos cuidados.

También se exploró la frecuencia con la que las enfermeras realizaron tareas no directamente relacionadas con el cuidado por falta de tiempo (la tabla 1 muestra las tareas realizadas «frecuentemente»). Al comparar entre hospitales grandes y pequeños la proporción de enfermeras que «repartían bandejas» fue significativamente mayor en los hospitales grandes frente a los pequeños ($p < 0,05$), mientras que la proporción de enfermeras que «limpiaban habitaciones de pacientes o equipos» fue significativamente mayor en los hospitales pequeños.

Por otro lado, en la figura 2 se presenta la opinión de las enfermeras sobre la frecuencia con la que tuvieron que dejar de realizar, por falta de tiempo, actividades propias del cuidado enfermero. Destaca la imposibilidad de realizar adecuadamente las siguientes actividades: «hablar y reconfortar al paciente», «hacer o actualizar planes de cuidados» y realizar «educación sanitaria».

Características del ambiente de trabajo

El instrumento PES-NWI contenía 32 preguntas acerca del entorno laboral divididas en 5 dimensiones relacionadas con factores que influían en el bienestar de las enfermeras: dotación y adecuación de recursos; relaciones enfermera-médico; habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables; fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad; y participación de la enfermera en cuestiones del hospital. Las puntuaciones globales obtenidas por los centros se presentan en la figura 3.

La puntuación podía oscilar entre 1 y 4, por lo que dependiendo de la puntuación en las distintas dimensiones los hospitales se clasifican en «hospital favorable» (4 o 5 dimensiones con media > 2,5), «hospital mixto» (2 o 3 dimensiones con media > 2,5) y «hospital desfavorable» (0 o 1 dimensión con media > 2,5). Así, los centros de nuestra región se distribuyeron en un 37,5% (3) como favorables, 37,5% (3) mixtos y 25% (2) desfavorables. Sin embargo, cuando se analizan solo los hospitales grandes la distribución empeoró: 25% (1), 50% (2) y 25% (1) respectivamente.

Tabla 1 Tareas realizadas «frecuentemente» por las enfermeras no directamente relacionadas con el cuidado

	Médicas	Quirúrgicas	Críticos	p-valor	H. Grandes	H. Pequeños	p-valor	H1	
Repartir o recoger bandejas de comida	23 (8,7%)	19 (10,5%)	23 (8,7%)	0,675	41 (11,7%)	4 (2,8%)	0,002	11 (8,8%)	
Proporcionar cuidados que no son de enfermería	44 (16,7%)	24 (13,3%)	10 (22,2%)	0,302	56 (16%)	23 (15,9%)	0,96	22 (17,6%)	
Tramitar traslados y transporte	71 (26,9%)	46 (25,4%)	13 (28,9%)	0,877	89 (25,5%)	41 (28,3%)	0,524	19 (15,2%)	
Realizar extracciones sanguíneas de rutina	129 (48,9%)	99 (54,7%)	34 (75,6%)	0,004	195 (55,9%)	69 (47,6%)	0,108	51 (40,8%)	
Trasladar a pacientes o equipos	67 (25,4%)	42 (23,2%)	16 (35,6%)	0,235	91 (26,1%)	34 (23,4%)	0,541	25 (20%)	
Limpiar habitaciones de pacientes o equipos	24 (9,1%)	22 (12,2%)	6 (13,3%)	0,485	30 (8,6%)	22 (15,2%)	0,030	9 (7,2%)	
Cubrir servicios no propios de Enfermería por ser necesarios fuera del horario laboral de estos	22 (8,3%)	19 (10,5%)	3 (6,7%)	0,626	30 (8,6%)	22 (15,2%)	0,707	13 (10,4%)	
Conseguir suministros o equipos	55 (20,8%)	45 (24,9%)	7 (15,6%)	0,339	78 (22,3%)	30 (20,7%)	0,685	22 (17,6%)	
Contestar el teléfono, realizar tareas administrativas	164 (62,1%)	115 (63,5%)	28 (62,2%)	0,953	221 (63,3%)	88 (60,7%)	0,582	61 (48%)	
	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	p-valor	Regional
Repartir o recoger bandejas de comida	24 (28,2%)	4 (6,3%)	2 (2,7%)	1 (2,8%)	1 (2,6%)	2 (5,7%)	0 (0%)	< ,0,05	45 (9,1%)
Proporcionar cuidados que no son de enfermería	20 (23,5%)	11 (17,2%)	3 (4%)	4 (11,1%)	8 (21,1%)	2 (5,7%)	9 (25%)	0,011	79 (16%)
Tramitar traslados y transporte	33 (38,8%)	25 (39,1%)	12 (16%)	9 (25%)	9 (23,7%)	10 (28,6%)	13 (36,1%)	< ,0,05	130 (26,3%)
Realizar extracciones sanguíneas de rutina	46 (54,1%)	40 (62,5%)	58 (77,3%)	9 (25%)	9 (23,7%)	25 (71,4%)	15 (41,7%)	< 0,05	264 (53,3%)
Trasladar a pacientes o equipos	30 (35,3%)	19 (29,7%)	17 (22,7%)	6 (16,7%)	7 (18,4%)	9 (25,7%)	12 (33,3%)	0,145	125 (25,3%)
Limpiar habitaciones de pacientes o equipos	17 (20%)	2 (3,1%)	2 (2,7%)	9 (25%)	6 (15,8%)	3 (8,6%)	4 (11,1%)	< 0,05	52 (10,5%)
Cubrir servicios no propios de Enfermería por ser necesarios fuera del horario laboral de estos	13 (15,3%)	1 (1,6%)	3 (4%)	7 (19,4%)	2 (5,3%)	3 (8,6%)	2 (5,6%)	0,017	44 (8,9%)
Conseguir suministros o equipos	18 (21,2%)	16 (25%)	22 (29,3%)	7 (19,4%)	10 (26,3%)	6 (17,1%)	7 (19,4%)	0,623	108 (21,8%)
Contestar el teléfono, realizar tareas administrativas	45 (52,9%)	53 (82,8%)	62 (82,7%)	8 (22,2%)	25 (65,8%)	25 (71,4%)	30 (83,3%)	<,0,05	309 (62,4%)

H1: hospital 1; H2: hospital 2; H3: hospital 3; H4: hospital 4; H5: hospital 5; H6: hospital 6; H7: hospital 7; H8: hospital 8.

Tabla 2 Aspectos del trabajo con los que las enfermeras se encuentran «moderadamente satisfechas o muy satisfechas»

	Médicas	Quirúrgicas	Críticas	p-valor	H.grandes	H. pequeños	p-valor
Flexibilidad de horarios	170 (64,2%)	120 (66,3%)	27 (60%)	0,717	213 (60,9%)	107 (73,8%)	0,006
Oportunidades de desarrollo profesional	126 (64,2%)	85 (66,3%)	18 (60%)	0,410	151 (43,1%)	81 (55,9%)	0,010
Autonomía en el trabajo	164 (61,9%)	113 (62,4%)	24 (53,3%)	0,512	201 (57,4%)	103 (71%)	0,005
Estatus profesional	166 (62,6%)	112 (61,9%)	25 (55,6%)	0,664	200 (57,1%)	105 (72,4%)	0,001
Salario	163 (61,5%)	121 (66,9%)	17 (37,8%)	0,002	205 (58,6%)	100 (69%)	0,031
Oportunidades de formación	149 (56,2%)	100 (55,5%)	25 (55,6%)	0,979	181 (51,7%)	94 (64,8%)	0,008
Vacaciones	171 (64,5%)	123 (68%)	26 (57,8%)	0,418	220 (62,9%)	104 (71,7%)	0,059
Derecho a bajas por enfermedad	204 (77%)	147 (81,2%)	32 (71,1%)	0,288	265 (75,7%)	121 (83,4%)	0,059
Permisos por estudio	147 (55,5%)	113 (62,4%)	24 (53,3%)	0,280	189 (54%)	98 (67,6%)	0,005

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	p-valor	Regional
Flexibilidad de horarios	74 (58,7%)	46 (54,1%)	38 (59,4%)	55 (73,3%)	24 (66,7%)	28 (73,7%)	25 (71,4%)	30 (83,3%)	0,018	320 (64,6%)
Oportunidades de desarrollo profesional	49 (38,9%)	46 (54,1%)	28 (43,8%)	28 (37,3%)	26 (72,2%)	25 (65,8%)	13 (37,1%)	17 (47,2%)	0,001	232 (46,9%)
Autonomía en el trabajo	62 (49,2%)	49 (57,6%)	45 (70,3%)	45 (60%)	28 (77,8%)	29 (76,3%)	23 (65,7%)	23 (63,9%)	0,010	304 (61,4%)
Estatus profesional	62 (49,2%)	52 (61,2%)	41 (64,1%)	45 (60%)	30 (83,3%)	30 (78,9%)	19 (54,3%)	26 (72,2%)	0,002	305 (61,6%)
Salario	64 (50,8%)	49 (57,6%)	43 (67,2%)	49 (65,3%)	29 (80,6%)	30 (78,9%)	20 (57,1%)	21 (58,3%)	0,009	305 (61,6%)
Oportunidades de formación	60 (47,6%)	47(55,3%)	38 (59,4%)	36 (48%)	27 (75%)	27 (71,7%)	18 (51,4%)	22 (61,1%)	0,034	275 (55,6%)
Vacaciones	71 (56,3%)	49(57,6%)	44 (68,8%)	56 (74,7%)	26 (72,2%)	31 (81,6%)	23 (65,7%)	24 (66,7%)	0,034	324 (65,5%)
Derecho a bajas por enfermedad	88 (69,8%)	59(69,4%)	51 (79,7%)	67 (89,3%)	29 (80,6%)	36 (94,7%)	27 (77,1%)	29 (80,6%)	0,004	386 (78%)
Permisos por estudio	63 (50%)	51(60%)	37 (57,9%)	38 (50,7%)	28 (77,8%)	30 (78,9%)	19 (54,3%)	21 (58,3%)	0,012	287 (58%)

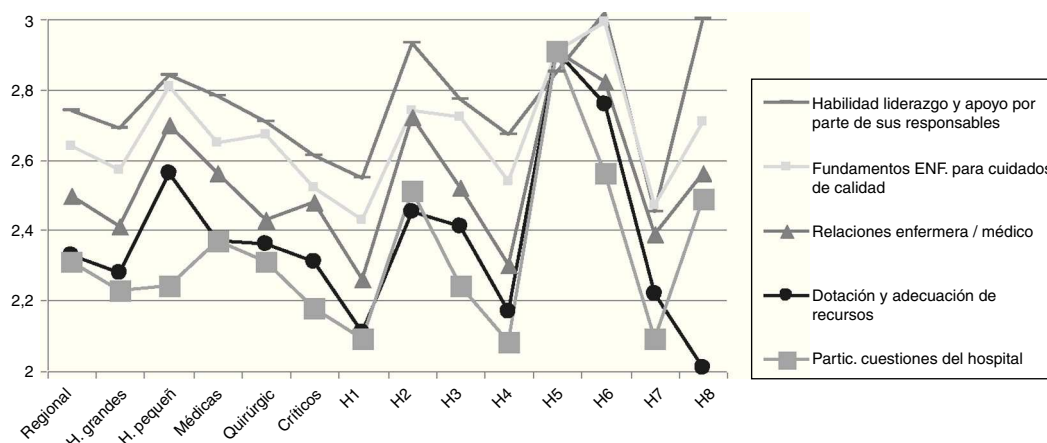


Figura 3 Comparativa de las puntuaciones globales del entorno laboral por dimensiones.

Satisfacción laboral

En este apartado del cuestionario se les preguntaba sobre su grado de satisfacción frente a 9 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% (100) de los encuestados estaba «moderadamente insatisfecho» o «muy insatisfecho» con su trabajo actual en ese hospital y el 16,8% (83) de los encuestados tenía la intención de abandonar el centro. Al comparar por hospitales grandes y pequeños se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en todas las preguntas, 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% (331) (tabla 2).

Al comparar por unidades las unidades de críticos presentaron mayor insatisfacción frente al «salario» (tabla 2).

Burnout en las enfermeras

Las cifras medias regionales presentan una valoración en agotamiento emocional de 18,4 (puntos), de 7,5 (puntos) en despersonalización y de 28,8 (puntos) en realización personal. El 22% (109) de las enfermeras presentaban niveles altos de agotamiento, el 19,3% (96) niveles altos de despersonalización y el 48,7% (241) niveles altos de realización personal.

Los niveles más altos de agotamiento (24,6 puntos) coinciden con los más elevados de despersonalización (11,9 puntos). Por otro lado, los niveles más bajos de agotamiento (10,5 puntos) coinciden con el centro que menor nivel de realización personal presenta (5,4 puntos).

Percepción de la calidad del cuidado y de la seguridad del paciente

En cuanto a la calidad de los cuidados de Enfermería prestados, el 78% (386) la describieron como buena/excelente,

y en relación con la seguridad del paciente solo el 2,6% (13) 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» es elevado, sobre todo si se tienen en cuenta solo los hospitales grandes. Destacaron los porcentajes extremos del H2 y del H5 (tabla 3).

Discusión

Los resultados del presente estudio nos permiten conocer nuestra situación regional, en términos de los perfiles profesionales y las características laborales de las enfermeras, y también el poder compararnos con nuestros iguales. De esta manera, nos situamos en una posición inmejorable para afrontar nuevos retos en la gestión del mayor capital de nuestro sistema de salud: los profesionales.

Así, nuestros resultados mostraron una población más joven y con menor experiencia que la media nacional, con similar perfil universitario y más horas de formación continuada^{13,14}.

Con respecto al último turno de trabajo existía un número elevado de profesionales que afirmó haber trabajado más horas que lo establecido en su contrato (dato muy superior al 17% nacional)^{13,14}.

El indicador de la ratio paciente/enfermera presentaba datos regionales con cargas ligeramente superiores a las nacionales (11)^{13,14} y muy superiores a las internacionales (7,2)¹⁶: en nuestra región solo el 8,7% (43) de las enfermeras encuestadas afirmaron tener 7 o menos pacientes a su cargo.

Se observó que con mucha frecuencia las enfermeras realizaban tareas administrativas y de cuidados básicos que podían ser realizadas por personal auxiliar de apoyo (tabla 1).

El clima laboral regional en nuestros hospitales fue menos propicio que el nacional, con un mayor porcentaje de hospitales con clima desfavorable y menos hospitales con clima favorable (en el ámbito nacional 16 y 47% respectivamente)^{13,14}. Podemos resumir los datos diciendo que las valoraciones de nuestros hospitales grandes eran

Tabla 3 Frecuencia de la percepción de las enfermeras de los incidentes ocurridos «una o más veces a la semana»

	Médicas	Quirúrgicas	Críticos	p-valor	H. grandes	H. Pequeños	p-valor	H1	H2
El paciente recibe una medicación errónea, a una hora errónea o en una dosis errónea	13 (4,9%)	19 (10,5%)	7 (15,6%)	0,266	37 (10,6%)	2 (1,4%)	0,004	5 (4%)	21 (24,7%)
Úlceras por presión tras el ingreso	20 (7,6%)	18 (9,9%)	3 (6,7%)	0,453	38 (10,9%)	3 (2,1%)	0,001	8 (6,4%)	20 (23,5%)
Caídas de pacientes que resultan en lesiones	9 (3,4%)	11 (6,1%)	1 (2,2%)	0,459	20 (5,7%)	1 (0,7%)	0,018	1 (0,8%)	17 (20%)
Infección del tracto urinario	7 (2,7%)	16 (8,8%)	4 (8,9%)	0,045	23 (6,6%)	4 (2,8%)	0,190	4 (3,2%)	10 (11,8%)
Infección/sepsis por catéter vascular	21 (8%)	21 (11,6%)	3 (6,7%)	0,524	38 (10,9%)	7 (4,8%)	0,016	5 (4%)	20 (23,5%)
Neumonía	24 (9,1%)	20 (11%)	1 (2,2%)	0,139	41 (11,7%)	4 (2,8%)	0,002	5 (4%)	26 (30,6%)
Quejas de pacientes o de sus familiares	40 (15,2%)	39 (21,6%)	7 (15,6%)	0,198	63 (18,1%)	24 (16,6%)	0,319	11 (8,8%)	26 (30,6%)
Agresiones verbales por parte de los pacientes o de sus familiares	45 (17%)	43 (23,8%)	6 (13,3%)	0,404	77 (22,1%)	18 (12,1%)	0,001	16 (12,8%)	31 (36,5%)
Agresiones verbales a las enfermeras por parte del personal	12 (4,5%)	22 (12,2%)	1 (2,2%)	0,011	32 (9,2%)	3 (2,1%)	0,003	5 (4%)	18 (21,2%)
Agresiones físicas de las enfermeras por parte de pacientes o sus enfermeras	13 (4,9%)	15 (8,3%)	2 (4,4%)	0,583	28 (8%)	2 (1,4%)	0,004	4 (3,2%)	0
Agresiones físicas a las enfermeras por parte del personal	7 (2,7%)	15 (8,3%)	2 (4,4%)	0,038	23 (6,6%)	1 (0,7%)	0,005	1 (0,8%)	17 (20%)
Lesiones físicas padecidas por enfermeras relacionadas con el trabajo	15 (5,7%)	23 (12,7%)	4 (8,9%)	0,027	35 (10%)	7 (4,8%)	0,750	3 (2,4%)	19 (22,4%)
	H3	H4	H5	H6	H7	H8	p-valor	Regional	
El paciente recibe una medicación errónea, a una hora errónea o en una dosis errónea	6 (9,4%)	5 (6,7%)	0	1 (2,6%)	0	1 (2,8%)	< 0,05	39 (8%)	
Úlceras por presión tras el ingreso	10 (15,6%)	0	0	1 (2,6%)	2 (5,7%)	0	< 0,05	41 (8,3%)	
Caídas de pacientes que resultan en lesiones	2 (3,1%)	0	0	1 (2,6%)	2 (5,7%)	0	< 0,05	21 (4,3%)	
Infección del tracto urinario	5 (7,8%)	4 (5,3%)	0	2 (5,3%)	0	2 (5,6%)	0,113	27 (5,5%)	
Infección/sepsis por catéter vascular	5 (7,8%)	8 (10,7%)	0	3 (7,9%)	1 (2,9%)	3 (8,3%)	< 0,05	45 (9,1%)	
Neumonía	5 (7,8%)	5 (6,7%)	0	2 (5,3%)	2 (5,7%)	0	< 0,05	45 (9,1%)	
Quejas de pacientes o de sus familiares	11 (17,2%)	15 (20%)	2 (5,6%)	8 (21,1%)	7 (20%)	7 (19,4%)	0,02	87 (17,6%)	
Agresiones verbales por parte de los pacientes o de sus familiares	14 (21,9%)	16 (21,3%)	1 (2,8%)	7 (18,4%)	5 (14,3%)	5 (13,9%)	< 0,05	95 (19,2%)	
Agresiones verbales a las enfermeras por parte del personal	6 (9,4%)	3 (4%)	0	1 (2,6%)	0	2 (5,6%)	< 0,05	35 (7,1%)	
Agresiones físicas de las enfermeras por parte de pacientes o sus enfermeras	20 (23,5%)	0	0	1 (2,6%)	0	1 (2,9%)	< 0,05	30 (6,1%)	
Agresiones físicas a las enfermeras por parte del personal	5 (7,8%)	0	0	1 (2,6%)	0	0	< 0,05	24 (4,9%)	
Lesiones físicas padecidas por enfermeras relacionadas con el trabajo	8 (2,5%)	5 (6,7%)	0	2 (5,3%)	4 (11,4%)	1 (2,8%)	0,008	42 (8,5%)	

mejores que las nacionales^{13,14} en «habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables» y en la «participación de la enfermera en cuestiones del hospital». Se presentaron cifras similares en las «relaciones enfermera-médico» y en los «fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad». Y obtuvieron peores resultados en la «dotación y adecuación de recursos» con la importancia que esto supone en términos de cargas de trabajo.

La satisfacción frente al trabajo de las enfermeras de Murcia era más elevada que la media internacional, encontrándose la insatisfacción 6 puntos por debajo (26%)¹⁶. Lo mismo sucede con la intención de abandonar el hospital, aunque este dato puede estar condicionado con la diversidad internacional entre las organizaciones sanitarias participantes y el mercado laboral de los distintos países¹⁶.

Las cifras regionales de los niveles de *burnout* frente a las nacionales^{13,14} presentaron menores niveles de agotamiento emocional (18,4 vs. 19,4 puntos), mayor despersonalización (7,5 vs. 5,1 puntos) y menor realización personal (28,8 vs. 34,9 puntos). Estos resultados se pueden comparar con los obtenidos en investigaciones previas de alguno de los hospitales estudiados, aunque con ciertas diferencias debidas a la inclusión de auxiliares de enfermería en dichos estudios¹⁷.

En cuanto a la calidad de los cuidados de enfermería prestados, la percepción que nuestras enfermeras tienen era superior a la nacional^{13,14}. Sin embargo, la percepción de la incidencia de efectos adversos era superior a la media española y en ocasiones a la internacional¹⁶, sobre todo si se tienen en cuenta solo los hospitales grandes.

Incluso estudiando hospitales de pequeño tamaño, nuestros resultados coinciden con la hipótesis de trabajo del estudio internacional, ya que los hospitales con peor entorno laboral tienen profesionales con agotamiento emocional significativamente mayor y, aunque sin significación estadística, con mayor insatisfacción laboral.

A pesar de la riqueza que confiere a los resultados el carácter multicéntrico e internacional, el diseño utilizado impide establecer relaciones de causalidad entre las variables relacionadas, siendo esta su principal limitación. Del mismo modo, se desconocen los perfiles de los enfermeros que decidieron no participar, pero consideramos que la exigencia de alcanzar una elevada tasa de respuesta (superior al 60%) para incluir las unidades de hospitalización, contrarresta este potencial sesgo. Por otro lado, hay que tener presente que alguna sección de la encuesta se ha elaborado *ad hoc*, aunque mayoritariamente se han utilizado instrumentos ampliamente validados. Por último, en la reflexión sobre las implicaciones prácticas de los resultados, debemos tener en cuenta que los datos se refieren a la situación de principios del 2010; la situación socio-sanitaria ha cambiado ostensiblemente (situación de crisis económica y grandes reformas de 2 de los hospitales participantes), y se ha demostrado a nivel internacional que los países con situaciones financieras más inestables presentaban hasta 3 veces más probabilidad de que los profesionales calificaran a sus hospitales de forma negativa¹⁸.

Los hallazgos del presente estudio pueden ser de utilidad en la gestión de personal enfermero. Con toda esta información se deberían plantear estrategias basadas en aprovechar la juventud de nuestros profesionales, mantener su elevado nivel de satisfacción y su falta de intención de abandonar el centro de trabajo. También sería

necesario ajustar las ratios paciente/enfermera (muy elevadas en algunos centros) mediante una corrección y/o redistribución de plantillas. Por último, habría que trabajar sobre áreas de mejora en los factores que clasifican el clima de los hospitales como desfavorable: fomento del trabajo en equipo; mejorar habilidades directivas y de liderazgo en Enfermería; fomento de la planificación de cuidados; impulso de medidas de promoción interna, de participación en los órganos de consulta y decisión de los hospitales, y de equilibrios de poder entre las direcciones del hospital; planificación de itinerarios formativos, redistribución de tareas no directamente relacionadas con el cuidado y mejorar la información sobre seguridad del paciente.

Financiación

Este artículo pertenece a un estudio financiado por la Consejería Sanidad y Política Social de la Región de Murcia (FFIS/EMER09/13) y es una réplica del proyecto nacional titulado «Relación entre la seguridad del paciente, la provisión y formación de las enfermeras y las características organizacionales de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. RN4CAST-ESPAÑA».

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Querriamos agradecer a Ana Teresa Pérez Varona y a José M.a Olivares Morales su colaboración en el desarrollo del proyecto y en la recogida de datos. Del mismo modo, merece especial mención el trabajo colaborativo realizado con el equipo investigador de RN4CAST-España.

Bibliografía

1. Joint Learning Initiative. Human resources for health: Overcoming the crisis. Boston, MA: Harvard University Press; 2004.
2. Martín-Zurro A, Ania-Lafuente O. Health professional need trends in Catalonia. Demographic study of Catalan Health Professions. *Cah Sociol Demogr Med*. 2006;46:407-527.
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288:1987-93.
4. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;290:1617-23.
5. Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. Nursing staffing and quality of patient care. Evidence Report/Technology Assessment No. 151 (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0009) (Rep. No. AHRQ-publication No. 07-E005.). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
6. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002;346:1715-22.
7. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. 2007;44:175-82.

8. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res.* 2005;54:74–84.
9. Clarke SP, Aiken LH. More nursing, fewer deaths. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:2–3.
10. World Health Organization. Global priorities for patient safety research. Geneva: WHO; 2009.
11. The effect of health care working conditions on patient safety. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment Number 74. AHRQ Publication No. 03-E031 May 2003.
12. Sermeus W, Aiken LH, van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas T, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing.* 2011;10:6.
13. Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C. Grupo de Investigación RN4CAST-España. Informe global hospitales españoles, RN4CAST Nurse Forecasting in Europe. 2011 [consultado 1 Ago 2012]. Disponible en: <http://www.rn4cast.eu/es/index.php>
14. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E, en nombre del Consorcio RN4CAST-España. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin.* 2012;22: 261–8.
15. 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.* 2012;50:274–80.
16. Aiken LH, Sermeus W, van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. 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;344:e1717.
17. López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev Calid Asist.* 2002;17:201–5.
18. Sermeus W. Efectos de la crisis económica y de la crisis de trabajadores sanitarios en la sostenibilidad del sistema sanitario: ¿qué es lo siguiente? *Enferm Clin.* 2012;22: 179–81.