

## Percepción del entorno de práctica enfermera de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, en departamentos con gestión pública y privada

### *Perception of the professional nursing environment in Primary Care in the Valencian Community, in departments with public and private management*

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0639>

V. Gea-Caballero<sup>1</sup>, M.A. Díaz-Herrera<sup>2,3</sup>, R. Juárez-Vela<sup>4</sup>, E. Ferrer-Ferrándiz<sup>1</sup>, J.M. Tenías-Burillo<sup>5</sup>, J.R. Martínez-Riera<sup>6</sup>

#### RESUMEN

**Fundamento.** Los entornos para la práctica profesional enfermera (EPE) mejoran la calidad del cuidado, la satisfacción y los resultados en salud, no existiendo ninguna medición en Atención Primaria (AP) según su modelo de gestión. Pretendemos estimar y comparar la percepción de la calidad de dichos ERE en AP en tres departamentos de salud (DS) de la Comunidad Valenciana con modelos de gestión pública y privada (concesión administrativa).

**Material y métodos.** Estudio transversal en profesionales de Enfermería de AP de tres DS, uno de gestión pública y dos de gestión privada. Se utilizó el cuestionario *Practice Environment Scale-Nursing Work Index* validado en España y se recogieron variables sociodemográficas y profesionales. Se determinaron las variables relacionadas con la puntuación mediante regresión lineal múltiple.

**Resultados.** Se obtuvieron 269 respuestas (80,3%). Todos los DS percibieron la calidad de los EPE de forma positiva, tanto global como para las distintas dimensiones (excepto D4). La puntuación global fue más alta en los DS de gestión privada; la misma tendencia que se observó para D1 y D2, opuesta a la observada en D4. La puntuación global se relacionó con la edad, la experiencia profesional, ejercer un cargo de coordinación y el modelo de gestión, pero tan solo la edad y ejercer un cargo de coordinación mantuvo la relación en el modelo multivariante.

**Conclusiones.** Los EPE de AP en la Comunidad Valenciana son positivos, y su calidad no se ve afectada por el modelo de gestión. Ejercer un cargo de coordinación y, especialmente, la edad son los factores que se relacionan de forma independiente con la puntuación obtenida.

**Palabras clave.** Atención Primaria. Entornos de práctica enfermera. Modelos de gestión. Asociaciones entre el sector público y el privado. Calidad de la atención de salud.

#### ABSTRACT

**Background.** Nursing practice environments (NPE) improve the quality of care, satisfaction and health results; there are no studies that compare the Primary Health Care (PHC) environments according to their management model. Our aim is to estimate and compare the perception of the quality of the NPE in the PHC in Health Departments (HD) of the Valencian Community (Spain) with management model public or indirect-private (Administrative concession).

**Method.** Transversal study on PHC nurses from three HD, one with direct public management and two with indirect-private management. The Practice Environment Scale-Nursing Work Index questionnaire, validated in Spain, was administered. Sociodemographic and professional variables were recorded. Variables related to test score were analyzed by multiple linear regression.

**Results.** Two hundred and sixty-nine answers (80.3%). All HD perceived NPE quality in a positive way, both globally and for the different dimensions (except D4). Indirect private management model HD obtained higher global scores, the same tendency was observed for D1 and D2, and the opposite for D4. Global score was related to age, professional experience, being a coordinator and management model; only the age of the nurses and being a coordinator showed a significant relationship with the score in the multivariate regression model.

**Conclusions.** The NPE of the PHC of the Valencian Community are of good quality, without significant differences according to different management models of the HD. Being a coordinator and, particularly, the age of the nurses are variables that are independently related to the global score obtained.

**Keywords.** Primary care. Nursing work environment. Management model. Public-private sector partnerships. Quality of health care.

*An. Sist. Sanit. Navar.* 2019; 42 (2): 159-168

- Grupo de Investigación en Arte y Ciencia del Cuidado. Escuela de Enfermería La Fe. Universidad de Valencia.
- CAP Sant Ildefons. Atención Primaria Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat.
- Hospital Universitari General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès.
- Facultad de Ciencia y Tecnología. Universidad de La Rioja. Logroño.
- Servicio de Investigación Sanitaria, Innovación en Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Valencia.
- Departamento de Enfermería Comunitaria y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

#### Correspondencia:

Raúl Juárez Vela  
Facultad de Ciencia y Tecnología  
Universidad de La Rioja  
C/ Donantes de Sangre, s/n  
26001 Logroño (La Rioja)  
Email: raul.juarez@unirioja.es

**Financiación:** No se declaran conflictos de intereses de ningún tipo, ni financiación.

Recepción: 02/11/2018  
Aceptación provisional: 05/02/2019  
Aceptación definitiva: 29/04/2019

## INTRODUCCIÓN

Se definen los entornos de práctica enfermera (EPE) como aquellas características del lugar de trabajo que facilitan u obstaculizan a los profesionales de Enfermería la prestación de cuidados profesionales y la calidad en los resultados para los pacientes y la organización<sup>1</sup>. El interés por los EPE aumenta a partir de los estudios pioneros sobre los hospitales magnéticos, entornos sanitarios ideales que concentran una serie de características que permiten a las enfermeras prestar cuidados excelentes<sup>2</sup>, y de ellos se espera que favorezcan o faciliten al máximo su práctica profesional: cuidar<sup>1</sup>.

Cuando un entorno es positivo y saludable para el personal de enfermería, con alta probabilidad puede serlo para el resto de profesionales y para el usuario, lo que crea condiciones excelentes y un adecuado clima organizacional e institucional<sup>3</sup> para la mejora de la atención sanitaria<sup>4</sup>: reducen la morbimortalidad, las complicaciones no deseadas, las infecciones y los eventos adversos<sup>5-7</sup>, así como los costes de los procesos y gastos administrativos<sup>8</sup>; al mismo tiempo, aumenta la satisfacción del paciente<sup>3</sup>. Estos resultados parecen estar basados, según la *American Nurses Credentialing Center*<sup>9</sup>, en determinados factores o dimensiones clave: empoderamiento estructural del personal de enfermería; práctica profesional ejemplar; incorporación de nuevos conocimientos a la práctica, mejoras e innovación, y liderazgo transformacional. La confluencia positiva de estos factores es la que produce resultados de excelencia en la práctica profesional enfermera<sup>3</sup>.

Para valorar la calidad de los EPE se han propuesto diversos instrumentos, entre los que destaca el *Practice Environment Scale-Nursing Work index*<sup>10</sup> (PES-NWI), el cuestionario más utilizado internacionalmente y el que mejores resultados psicométricos ha mostrado<sup>1,11,12</sup>. Sus dimensiones miden distintos aspectos que son objetivables y medibles, variables y modificables, por lo que conocer la realidad del EPE en el que se presta el cuidado permite actuar interviniendo sobre dichos ambientes para convertirlos en entornos facilitadores del

cuidado<sup>1</sup>. Algunas características profesionales como ejercer algún cargo de gestión enfermera<sup>13</sup> y los años de experiencia<sup>14</sup> pueden modificar la percepción que los profesionales tienen de sus EPE (entre otras variables). Un estudio previo en la Comunidad Canaria<sup>1</sup> concluyó que los RRHH y la participación en la gestión del centro eran elementos percibidos como deficitarios para el personal de enfermería de Atención Primaria (AP), aspectos que pueden ser claves para la mejora asistencial al ser coincidentes con los principios de excelencia de los hospitales magnéticos<sup>9</sup>.

A pesar de mostrarse como un factor determinante para la mejora de la calidad del cuidado y de los resultados en salud, los EPE han sido escasamente utilizados como elemento de mejora en AP. Los estudios sobre ellos se han centrado mayoritariamente en ámbitos hospitalarios, existiendo escasos estudios tanto en España<sup>13,15-17</sup> como en otros países<sup>7,18</sup>; de ellos se deriva que mejorar los entornos de AP es una necesidad porque reducen la institucionalización permanente, evitan caros ingresos hospitalarios, ahorran costes, disminuyen las complicaciones en los procesos y mejoran los resultados de salud en los pacientes (reducción de tasas de úlceras por presión, de caídas y de infecciones comunitarias, aumento del número de altas en cuidados domiciliarios, etc), con una mayor satisfacción de los usuarios con los profesionales y los servicios sanitarios.

Lograr calidad de la atención, resultados en salud y sostenibilidad son aspectos esenciales para cualquier servicio de administración de salud y para la salud pública<sup>19,20</sup>, y los EPE son un elemento influyente que también podría tener relación con el modelo de gestión del sistema de salud.

Pese a reconocerse el alto nivel de atención conseguido por los servicios sanitarios con gestión pública directa en España (siendo la fórmula más común de gestión de centros sanitarios), existen cuestionamientos sociopolíticos sobre su sostenibilidad, como consecuencia de los elevados costes (entre otros)<sup>21</sup>, en especial tras la reciente época de crisis económica. Los datos disponibles y los antecedentes sobre

ambos modelos (gestión pública y gestión privada del tipo concesión administrativa) no explican claramente las diferencias de calidad asistencial y contención de costes, en especial si consideramos que el modelo público puede asumir ciertas patologías más complejas y caras<sup>19</sup>. Del mismo modo, no hay datos precisos sobre las diferencias cualitativas entre ambos modelos, por esa ausencia de literatura, valorando los usuarios de forma positiva la inmediatez y comodidad de los modelos privados, y destacando del modelo público la calidad de sus personal enfermero y médico, así como la tecnología<sup>20</sup>.

La Comunidad Valenciana es un buen ejemplo de modelos de gestión alternativos a la gestión pública directa; el 16% de los departamentos de salud (DS), cuatro de un total de 25: Manises, Denia, Elx-Crevillent y Torrevieja, son actualmente de gestión indirecta, tras la reciente reversión en 2018 para la gestión pública del DS de Alzira, donde se implantó esta fórmula de gestión conocida como *modelo Alzira*: una concesión administrativa en la que se mantienen la propiedad, el control y la financiación públicas, pero siendo la prestación de servicios de carácter privado<sup>21</sup>. Se intentan combinar así las bondades de ambos modelos (privado/público), creando sinergias en relación con sus supuestas fortalezas: sostenibilidad, calidad, tecnificación, flexibilidad, rapidez/agilidad en la atención y buena percepción por el usuario.

Este contexto de la Comunidad Valenciana y la AP puede suponer una oportunidad para estudiar y explorar los EPE en DS con distintos modelos de gestión. Por ello, pretendemos con nuestro estudio determinar la percepción del personal de enfermería de tres DS de la Comunidad Valenciana (dos de gestión privada y uno de gestión pública directa) sobre la calidad de sus EPE, explorando si existen diferencias según su modelo de gestión.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal, desarrollado durante los años

2015-16. La población en estudio fue el universo del personal de enfermería de AP (N=335) de los DS de Torrevieja (N=89 y 199.000 habitantes), Elx/Crevillent (N=78 y 145.000 habitantes) y Xàtiva/Ontinyent (N=168 y 208.000 habitantes). Se estimó un tamaño muestral de 126 sujetos por grupo para detectar una diferencia  $\geq 6,8$  puntos en la variable puntuación total en PES-NWI (asumiendo una desviación estándar común de 17,2, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, y estimando una tasa de pérdidas del 20%), que se obtuvo mediante muestreo aleatorio simple (evitando la recogida de datos en periodo estival) tras aplicar los criterios de exclusión: enfermeras con contrato no estructural o no estable, y/o con antigüedad mínima en la empresa (en AP) menor de tres meses, o que no firmaron el consentimiento informado.

La recogida de datos se realizó mediante el cuestionario PES-NWI mediante autocumplimentación de cuestionario digital Google Forms® con limitación de respuesta por *internet protocol* (IP). El cuestionario fue remitido a toda la población que cumplía los criterios de inclusión para conseguir alcanzar la muestra representativa. El PES-NWI, adaptado y validado a la AP en España<sup>22</sup>, consta de 31 ítems y cinco dimensiones (D1: participación del personal de Enfermería en los asuntos del centro D2: fundamento enfermero en la calidad del cuidado, D3: capacidad, liderazgo y apoyo al personal de Enfermería por los gestores, D4: dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos (RRHH), y D5: relaciones entre personal de Enfermería y Medicina), con un alfa de Crombach=0,913. Las puntuaciones obtenidas se interpretan del siguiente modo: <2,5= bajo cuartil o entorno deficiente, 2,5= entorno mixto o controvertido y >2,5= buen ambiente o cuartil superior; para el total del test,  $\geq 80,6$ = entornos positivos de trabajo enfermero<sup>7</sup>.

Además de las puntuaciones globales y por dimensiones de PES-NWI (variables dependientes), se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo) y profesionales (años de experiencia en APS, ser o no coordinador de enfermería, DS de trabajo y

modelo de gestión privado/público del DS) como variables independientes.

Las variables categóricas se describieron con frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas con media y desviación estándar (DE). La relación entre las variables se estudió mediante las pruebas ANOVA y t de Student; aquellas variables que mostraron relación significativa fueron incluidas en un análisis multivariante de regresión. Todos los datos fueron analizados con SPSS v21.

No se manejaron datos personales y toda la información fue anonimizada ajustándose a la normativa española/europea de protección de datos, obteniendo el consentimiento informado de cada participante y la aprobación de los Comités de ética de los tres DS. Los investigadores no declaran conflictos éticos ni beneficio económico o financiación de ningún tipo. Las enfermeras participantes no recibieron compensación alguna por responder al cuestionario.

## RESULTADOS

Se obtuvieron 269 respuestas válidas (tasa de respuesta = 80,3%). Casi el 50% de las participantes eran menores de 40 años, y las enfermeras fueron significativamente más jóvenes en los DS de gestión privada que en los de gestión pública (75,4% <40 años vs 35,6%,  $p < 0,001$ ). El 64,7% de participantes fueron mujeres, un 79,6% poseían solo la diplomatura en Enfermería, más del 75% tenían más de 5 años de experiencia en AP y solo el 10,4% ejercían cargos de gestión (Tabla 1). El 55,4% trabajaban en un DS de gestión privada.

El DS de Torrevieja obtuvo la máxima puntuación total en PES-NWI (Tabla 2), seguido de los DS de Elx-Crevillent y Xàtiva/Ontinyent; todos los DS percibieron la calidad de los EPE de forma positiva ( $\geq 80,6$ ).

La media global obtenida en los tres DS de la Comunidad Valenciana es positiva ( $> 2,5$ ) en todas las dimensiones excepto en la D4 (RRHH); las medias más elevadas se obtuvieron en la D5 (relación enfermería-médicos), ya que todos los DS del estudio obtuvieron puntuaciones superiores a 3 puntos, seguida de la D3 (liderazgo de coor-

dinadoras/supervisoras) y D2 (fundamento enfermero de la calidad del cuidado).

Se observó una relación significativa entre el modelo de gestión y la puntuación global obtenida, que fue significativamente más elevada en los dos DS de gestión privada (Tabla 3). Esa tendencia se mantuvo en la D1, donde el DS Xàtiva/Ontinyent (público) obtuvo su única puntuación  $< 2,5$  mientras que los DS de Torrevieja y Elx-Crevillent obtuvieron puntuaciones significativamente superiores, y en la D2. Justo lo contrario se observó en la D4, en la que los DS privados no alcanzaron la puntuación mínima para ser considerada positiva y el DS de Xàtiva/Ontinyent se mantuvo en el límite (2,52). Las puntuaciones obtenidas en D3 y D5 fueron similares para ambos tipos de gestión.

Las variables que se relacionaron con las puntuaciones obtenidas fueron, además del modelo de gestión, la edad (categorizada en  $\leq 40$  y  $> 40$  años), ejercer cargo de coordinación y los años de experiencia profesional (Tabla 4).

Sin embargo, tras ajustar por las variables significativas, la edad y ejercer un cargo de coordinación fueron los dos únicos factores que se asociaron de forma independiente y significativa con la puntuación global del test PES-NWI (Tabla 5). El modelo ajustado estimó unas puntuaciones totales en los DS de Torrevieja y Elx-Crevillent de 85,9 y de 83,8 respectivamente, con una media ajustada de los tres DS de la CV de 83,96 puntos.

Tras el ajuste, la puntuación se redujo en todos los grupos de edad, a excepción del grupo de mayores de 60 años, que mantuvieron idéntica puntuación. Tomando como referencia el grupo de menores de 30, hasta los 60 años la percepción del EPE fue más crítica, obteniendo peores puntuaciones conforme aumenta la edad del personal de enfermería.

## DISCUSIÓN

Los DS a estudio mostraron EPE positivos, sin diferencias significativas en la percepción de calidad de los EPE según el modelo de gestión utilizado.

**Tabla 1.** Resultados sociodemográficos y profesionales

Variables	Global	Modelo de gestión		
		Público	Privado	
			Xàtiva/Ontinyen	Elx-Crevillent
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>N</b>	<b>269</b>	<b>120 (44,6)</b>	<b>71 (26,4)</b>	<b>78 (29,0)</b>
<b>Edad</b>				
≤30	45 (16,7)	10 (8,3)	23 (32,4)	12 (15,4)
31-40	89 (33,1)	23 (19,2)	19 (26,8)	47 (60,3)
41-50	50 (18,6)	27 (22,5)	13 (18,3)	10 (12,8)
51-60	81 (30,1)	58 (48,3)	14 (19,7)	9 (11,5)
>60	4 (1,5)	2 (1,7)	2 (2,8)	0
<b>Edad categorizada</b>				
≤40	134 (49,8)	33 (24,6)	42 (31,3)	59 (44)
>40	135 (50,2)	87 (64,4)	29 (21,5)	19 (14,1)
<b>Sexo</b>				
Hombre	95 (35,3)	43 (35,8)	27 (38,0)	25 (32,1)
Mujer	174 (64,7)	77 (64,2)	44 (62,0)	53 (67,9)
<b>Nivel de estudios</b>				
Diplomado	214 (79,6)	92 (76,7)	50 (70,4)	72 (92,3)
Grado	15 (5,6)	4 (3,3)	10 (14,1)	1 (1,3)
Especialista	15 (5,6)	11 (9,2)	2 (2,8)	2 (2,6)
Máster/Doctor	25 (9,3)	13 (10,8)	9 (12,7)	3 (3,8)
<b>Años de experiencia</b>				
<2	20 (7,4)	10 (8,3)	7 (9,9)	3 (3,8)
2-4	46 (17,1)	16 (13,3)	15 (21,1)	15 (19,2)
5-10	83 (30,9)	26 (21,7)	25 (35,2)	32 (41,0)
>10	120 (44,6)	68 (56,7)	24 (33,8)	28 (35,9)
<b>Coordinación/supervisión</b>				
Sí	28 (10,4)	12 (10,0)	4 (5,6)	12 (15,4)
No	241 (89,6)	108 (90,0)	67 (94,4)	66 (84,6)

**Tabla 2.** Puntuaciones obtenidas en el cuestionario *Practice Environment Scale-Nursing Work Index* (PES-NWI) en los departamentos de salud estudiados

Puntuaciones	Departamento de Salud				Global
	Xàtiva/Ontinyen	Elx-Crevillent	Torreveija	p*	
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		Media (DE)
<b>Total</b>	82,2 (19,4)	88,6 (16,8)	90,7 (15,6)	0,002	87,1(17,2)
<b>D1</b>	2,4 (0,7)	2,7 (0,7)	2,8 (0,6)	<0,001	2,62 (0,7)
<b>D2</b>	2,7 (0,7)	3,1 (0,5)	3,1 (0,5)	<0,001	2,96 (0,6)
<b>D3</b>	2,9 (0,9)	2,9 (0,9)	3,2 (0,9)	0,051	3,02 (0,9)
<b>D4</b>	2,5 (0,9)	2,3 (0,8)	2,2 (0,8)	0,024	2,33 (0,8)
<b>D5</b>	3,0 (0,7)	3,2 (0,6)	3,1 (0,7)	0,110	3,10 (0,7)

\*: ANOVA; DE: desviación estándar; D1: participación del personal de Enfermería; D2: fundamento enfermero en la calidad del cuidado; D3: capacidad, liderazgo y apoyo al personal de Enfermería por los gestores; D4: dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos (RRHH); D5: relaciones entre profesionales de Enfermería y Medicina.

La valoración global de los EPE en nuestro estudio ha sido positivo, con puntuaciones globales satisfactorias y ligeramente superiores a las obtenidas en Illes Balears y la Comunidad de Madrid<sup>13,15</sup> con modelos de gestión pública. También fue muy superior a la obtenida en un estudio<sup>17</sup> cuya muestra

se obtuvo de personal de enfermería que participaba en foros en internet (76,88 puntos); la falta de una definición geográfica concreta y su escasa muestra creemos que pudieron sesgar el resultado. En el estudio de los EPE de AP en Canarias (con gestión pública)<sup>1</sup>, la puntuación obtenida fue

**Tabla 3.** Puntuaciones obtenidas en el cuestionario *Practice Environment Scale-Nursing Work Index* (PES-NWI) según el modelo de gestión de los departamentos de salud

Puntuaciones	Modelo de gestión		p
	Privado	Público	
	Media (DE)	Media (DE)	
<b>Total</b>	89,7 (16,1)	82,2 (19,0)	0,001
<b>D1</b>	2,8 (0,6)	2,4 (0,7)	<0,001
<b>D2</b>	3,1 (0,5)	2,7 (0,7)	<0,001
<b>D3</b>	3,1 (0,9)	2,9 (0,9)	0,130
<b>D4</b>	2,2 (0,8)	2,5 (0,9)	0,006
<b>D5</b>	3,1 (0,6)	3,0 (0,7)	0,110

**Tabla 4.** Puntuaciones totales y por dimensiones obtenidas en el cuestionario *Practice Environment Scale-Nursing Work Index* (PES-NWI) en relación con las variables estudiadas

	Puntuación M (DE)						
	Global	Dimensiones					
		D1	D2	D3	D4	D5	
<b>Edad</b> (años)	p <sup>a</sup>	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,019	<0,001
≤30		94,2 (14,0)	2,9 (0,6)	3,2 (0,4)	3,2 (0,8)	2,6 (0,8)	3,3 (0,6)
31-40		91,7 (16,0)	2,8 (0,6)	3,1 (0,6)	3,2 (0,8)	2,5 (0,8)	3,3 (0,6)
41-50		81,6 (17,2)	2,4 (0,7)	2,8 (0,6)	2,8 (1,0)	2,2 (0,8)	3,0 (0,6)
51-60		78,7 (18,8)	2,3 (0,7)	2,7 (0,6)	2,8 (0,9)	2,2 (0,9)	2,8 (0,8)
>60		94,5 (22,7)	2,7 (0,9)	3,2 (0,4)	3,0 (1,3)	3,1 (1,1)	3,7 (0,5)
<b>Experiencia</b> (años)	p <sup>a</sup>	0,017	0,09	0,006	0,02	0,15	0,29
<2		96,2 (15,5)	2,9 (0,6)	3,2 (0,5)	3,4 (0,7)	2,7 (0,8)	3,3 (0,6)
2-4		87,2 (17,4)	2,6 (0,7)	2,9 (0,6)	3,0 (0,8)	2,4 (0,8)	3,1 (0,7)
5-10		87,9 (15,8)	2,6 (0,6)	3,0 (0,5)	3,1 (0,8)	2,3 (0,8)	3,1 (0,7)
>10		83,3 (19,4)	2,5 (0,7)	2,8 (0,6)	2,8 (1,0)	2,4 (0,9)	3,0 (0,7)
<b>Coordinación/supervisión</b>	p <sup>b</sup>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,049
Sí		104,0 (13,2)	3,3 (0,5)	3,4 (0,5)	3,7 (0,6)	3,0 (0,8)	3,3 (0,5)
No		84,3 (17,4)	2,5 (0,7)	2,9 (0,6)	2,9 (0,9)	2,3 (0,8)	3,1 (0,7)

M: media; DE: desviación estándar; D1: participación del personal de Enfermería; D2: fundamento enfermero en la calidad del cuidado; D3: capacidad, liderazgo y apoyo al personal de Enfermería por los gestores; D4: dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos (RRHH); D5: relaciones entre profesionales de Enfermería y Medicina; p<sup>a</sup>: ANOVA; p<sup>b</sup>: t de Student.

**Tabla 5.** Efecto de las variables del estudio sobre la puntuación total obtenida en el cuestionario *Practice Environment Scale-Nursing Work Index* (PES-NWI)

	Regresión lineal			
	Univariante		Multivariante	
	B (IC95%)	p <sup>a</sup>	B (IC95%)	p <sup>b</sup>
<b>Edad</b>		<0,001		0,001
≤30 años	1		1	
31-40 años	-2,5 (-8,6 a 3,6)		-2,3 (-8,7 a 3,9)	
41-50 años	-12,6 (-19,4 a -5,7)		-10,9 (-18,6 a -3,1)	
51-60 años	-15,5 (-21,7 a -9,3)		-12,9 (-20,45 a -5,4)	
>60 años	0,3 (-17,1 a 17,7)		-0,3 (-17,3 a 16,7)	
<b>Experiencia</b>		0,017		0,33
<2 años	1		1	
2-4 años	-9,1 (-18,4 a 0,3)		-7,0 (-15,6 a 1,6)	
5-10 años	-8,3 (-17,1 a 0,4)		-7,1 (-15,6 a 1,6)	
>10 años	-12,9 (-21,4 a -4,5)		-8,4 (-17,5 a 0,7)	
<b>Coordinación/supervisión</b>		<0,001		<0,001
No	1		1	
Sí	19,6 (13,0 a 26,3)		21,6 (15,1 a 28,0)	
<b>Modelo de gestión</b>		0,001		0,21
Pública	1		1	
Privada	7,5 (3,2 a 11,7)		2,7 (-1,5 a 7,0)	

a: diferencias no ajustadas; b: diferencias ajustadas; IC95%: intervalo de confianza al 95%

de 81,6 puntos, muy similar a la del DS de gestión pública de Xàtiva/Ontinyent, y ligeramente inferior a la media de la obtenida en los tres DS de la Comunidad Valenciana. En consecuencia, la percepción de calidad de los EPE en nuestro ámbito de estudio es ligeramente más alta que la observada en otras CCAA con gestión pública.

En cierto modo, resulta llamativa la similitud en las puntuaciones de los EPE con gestión pública, independientemente de la comunidad autónoma de España donde se haya desarrollado el estudio (Illes Balears 80,4<sup>13</sup>; Madrid 81,04<sup>14</sup>; Canarias 81,6<sup>1</sup>; Xàtiva/Ontinyent 82,2).

Las dimensiones mejor valoradas en nuestro estudio (D5, D3), coinciden con las encontradas en Canarias, Madrid y Baleares<sup>4,13,15</sup>. Por ello, creemos que las relaciones entre el personal de enfermería y médico (D5) y el liderazgo de las coordinadoras (D3) se presentan claramente como una fortaleza de la AP.

En cuanto a la participación del personal de enfermería en la gestión del centro (D1), los resultados de nuestro estudio es-

tán en consonancia con los antecedentes en otras CCAA con modelos de gestión pública<sup>15</sup>, que obtuvieron también puntuaciones deficientes (<2,5). Solo en Canarias se ha encontrado un resultado positivo, aunque ajustado (2,51 puntos), muy cercano a ser interpretado como EPE controvertido. Los DS con gestión privada obtuvieron puntuaciones ligeramente superiores en esta D1, sin que ello signifique necesariamente que su personal de enfermería participe más en la gestión del centro; queremos plantear la posibilidad de que el personal más joven y novel tenga un nivel de expectativas o de exigencia menor en relación con las dimensiones/elementos de los EPE que pueda llevar a sobrevalorarlo.

Una posible explicación a que los DS con modelo de gestión indirecta en nuestro estudio puntuaran globalmente más alto podría ser la edad de sus trabajadores, significativamente más baja en los modelos de gestión privada. La mitad de la diferencia de puntuación entre ambos modelos de gestión puede ser explicada por la variable edad, ya que la puntuación total de los DS

de gestión privada disminuye en 4,8 puntos en el modelo de regresión lineal ajustado al aumentar la edad. Esto tiene ciertas connotaciones, pues evidencia que al aumentar la edad del personal de enfermería, este es más crítico con su entorno y con la toma de decisiones que afectan a esos EPE. Sin embargo, el grupo de enfermeras de mayor edad (>60 años) no ha sido el más crítico con su entorno; desconocemos el motivo, y el reducido tamaño de ese subgrupo no nos permite generalizarlo.

Convendría, no obstante, que las profesionales dedicadas a la gestión sanitaria hicieran una reflexión profunda del modelo organizacional en lo que afecta al personal de enfermería, dado que prácticamente todas las mediciones en España en modelos de gestión públicos han obtenido puntuaciones negativas en la D1 (participación en gestión), siendo una característica importante del entorno y que permite mejorar la calidad del cuidado y los resultados<sup>23,24</sup>. Algunos autores defienden que la escasa participación de las enfermeras en la gestión no es casual, sino el resultado de un estilo de organización sanitaria con resistencias al cambio, producto de microestructuras de roles y status profesionales que dificulta a las enfermeras la participación en la toma de decisiones, al ser entendido como una pérdida de poder por otros profesionales<sup>25</sup>.

Otra dimensión en la que se han observado diferencias entre modelos de gestión es la D4, con peor percepción de RRHH para los DS con gestión privada; este hecho se ajusta también a lo publicado, que afirma que el personal de enfermería en modelos de gestión privados soporta mayor carga de trabajo y con mayor polivalencia<sup>25</sup>. Con los datos disponibles en nuestro estudio, calcular la ratio enfermera/paciente y las cargas de trabajo resulta complejo al no conocer con precisión el total de enfermeras asistenciales, si bien es patente que el DS de gestión pública declara más RRHH en términos absolutos y relativos. El resultado de esta D4 lo consideramos clave, dada la relación entre RRHH y resultados en salud<sup>3,5,7,9</sup>.

Los años de experiencia profesional no se relacionaron de forma significativa con

el modelo de gestión, en contra de la literatura previa<sup>14</sup>, mientras que el ejercer un cargo de coordinación sí mostró relación significativa, coincidiendo con estudios previos<sup>13,14</sup> en nuestro país. Consideramos, de acuerdo con González-Torrente y col<sup>14</sup>, que las coordinadoras de enfermería, más centradas en actividades de gestión, pueden haberse alejado ligeramente de la práctica asistencial. Además, resulta comprensible su tendencia a sobervalorar un EPE que ellas mismas deben construir y configurar como parte de su responsabilidad gestora.

Este estudio nos ha permitido realizar una aproximación a las diferencias en la percepción de la calidad de los EPE entre DS con diferente modelo de gestión, aunque presenta varias limitaciones. Asumimos que al tratarse de un estudio observacional de tipo transversal y con carácter exploratorio, no podemos afirmar la existencia de causalidad entre las variables independientes y las dependientes. Además, y dado que solo se ha estudiado una modalidad de gestión privada muy específica (el denominado modelo Alzira), los resultados no son generalizables a otras fórmulas de gestión privada. Por otro lado, la generalización de los resultados puede verse limitada al centrarse el estudio en tres DS de una única comunidad autónoma, con una muestra reducida que asegura la validez interna, pero no así la externa. La ausencia de literatura previa sobre diferencias en relación con los EPE entre modelos de gestión también ha dificultado la comparación con otros estudios, dado que todos los estudios en España se han realizado en modelos de gestión pública, siendo este el primer estudio planteado en modelos de gestión privados. Creemos, pues, que son necesarias más investigaciones que superen estas limitaciones, con nuevos diseños, muestras y variables (modelos de atención, carga asistencial, gestión de RRHH, estructura y distribución del personal, etc).

En conclusión, la percepción del EPE de los DS a estudio en la CV es positiva, y no existen diferencias en la percepción de su calidad según la variable modelo de gestión. Sus fortalezas son las relaciones en-

tre enfermeras y médicos y el liderazgo de las coordinadoras de enfermería, mientras que la mayor debilidad ha sido la escasez de RRHH. La variable más influyente sobre la percepción de su calidad ha sido la edad de las enfermeras, que se asoció de forma inversa, independiente y significativa con las puntuaciones.

Dado que los EPE y la organización de la actividad enfermera son variables y modificables, potenciar las fortalezas y corregir las debilidades detectadas facilitará a las enfermeras la prestación de cuidados de calidad.

### Agradecimientos

Al Dr. Enrique Castro-Sánchez, por su contribución asistiendo en todo momento la investigación, asesorando en las distintas fases y llevando a cabo trabajos de revisión del mismo. (Enrique Castro-Sánchez está afiliado al Instituto Nacional de Investigación en Infecciones Asociadas a los Cuidados y Resistencias Antimicrobianas (NIHR HPRU) de Imperial College London.

### BIBLIOGRAFÍA

1. GEA-CABALLERO V, CASTRO-SÁNCHEZ E, JUÁREZ-VELA R, DÍAZ-HERRERA MA, DE MIGUEL-MONTOYA I, MARTÍNEZ-RIERA JR. Elementos esenciales de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria y su influencia en la calidad del cuidado. *Enferm Clín* 2018; 28: 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.07.008>
2. MCCLURE ML, POULIN MJ, SOVIE M, WANDELT M. Magnet hospitals. Attraction and retention of professional nurses. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. American Academy of Nursing. ANAPubl. 1983: 1-135.
3. LAKE ET, SANDERS J, DUAN R, RIMAN KA, KATHRYN M, SCHOENAUER KM et al. A Meta-Analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Med Care* 2019; 00. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>
4. MCCLURE ML. Magnet hospitals: insights and issues. *Nurs Adm Q* 2005; 29: 198-201. <https://doi.org/10.1097/00006216-200507000-00003>
5. AIKEN LH, SLOANE DM, BRUYNEEL L, VAN DEN HEEDERDE K, GRIFFITHS P, BUSSE R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine european countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383: 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
6. TRINKOFF AM, JOHANTGEN M, STORR CL, HAN K, LIANG Y, GURSES AP et al. A comparison of working conditions among nurses in magnet® and non-magnet® hospitals. *J Nurs Adm* 2010; 40: 309-315. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181e93719>
7. JARRÍN O, FLYNN L, LAKE ET, AIKEN LH. Home Health Agency Work Environments and Hospitalizations. *Med Care* 2014; 52: 877-883. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000188>
8. LIU CF, SHARP ND, SALES AE, LOWY E, MACIEJEWSKI ML, NEEDLEMAN J et al. Line authority for nurse staffing and costs for acute inpatient care. *Inquiry* 2009; 46: 339-351. [https://doi.org/10.5034/inquiryjrn1\\_46.03.339](https://doi.org/10.5034/inquiryjrn1_46.03.339)
9. KUTNEY-LEE A, STIMPEL A, SLOANE D, CIMIOTTI J, QUINN L, AIKEN L. Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Medical Care* 2015; 53: 550-557. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000355>
10. LAKE ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health* 2002; 25: 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
11. ALZATE LC, BAYER GL, SQUIRES A. Validation of a spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in the colombian context. *Hispanic Health Care International* 2014; 12: 34-42. <https://doi.org/10.1891/1540-4153.12.1.34>
12. NORMAN RM, SIETNE IS. Measuring nurses' perception of work environment: a scoping review of questionnaires. *BMC Nursing* 2017; 16: 66. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0256-9>
13. GONZÁLEZ-TORRENTE S, PERICÁS-BELTRÁN J, BENNASAR-VENY M, ADROVER-BARCELÓ R, MORALES-ASENCIO JM, DE PEDRO-GÓMEZ J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care nurses in the spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 227. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-227>
14. GONZÁLEZ TORRENTE S, ADROVER BARCELÓ RM, MIGUÉLEZ CHAMORRO A, BENNASAR VENY M, PERICÁS BELTRÁN J, ARTIGUES VIVES G. Análisis por parte de las enfermeras de Baleares de los entornos de práctica hospitalaria y de atención primaria, mediante el cuestionario PES-NWI. *Parainfo Digit* 2011.
15. PARRO MORENO A, SERRANO GALLARDO P, FERRER ARNEDO C, SERRANO MOLINA L, DE LA PUERTA CALA-

- TAYUD ML, BARBERÁ MARTÍN A et al. Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten Prim* 2013; 45: 476-485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.015>
16. FUENTEALSAZ-GALLEGO C, MORENO-CASBAS T, GÓMEZ-GARCÍA T, GONZÁLEZ-MARÍA E. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Inten* 2013; 24: 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.06.001>
  17. PÉREZ-CAMPOS MA, SÁNCHEZ-GARCÍA I, PANCORBO-HIDALGO PL. Valoración del entorno de práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de Internet. *Enferm Clín* 2013; 23: 271-278. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.07.004>
  18. FLYNN L, LIANG Y, DICKSON GL, AIKEN LH. Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 2401-2406. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03162.x>
  19. SÁNCHEZ BAYLE M. La contrarreforma sanitaria. *Papeles Relac ecosociales y cambio Glob* 2013; 63-72.
  20. JURADO NEBREA I. Actitudes, uso y propuestas sobre el Sistema sanitario español. *Encuentros Multidiscip* 2012; 14: 37-47.
  21. CALERO R, GALLARZA MG. Percepciones del usuario vs. Percepciones del gestor del Servicio Sanitario : Un análisis cualitativo en el ámbito del "Modelo Alzira". *Anales de Estudios Económicos y Empresariales* 2011; XXI: 9-37.
  22. DE PEDRO J, MORALES JM, SESÉ A, BENNASAR M, ARTIGUES G, PERICÁS J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enfermería* 2009; 12: 65-75.
  23. ARNEDO CF. La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Rev Adm Sanit Siglo XXI* 2009; 7: 261-274.
  24. KIEFT RA, DE BROUWER BB, FRANCKE AL, DELNOIJ DM. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 249. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>
  25. MOLINA J. El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. *Index Enferm* 2011; 20. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000300006>