

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

ENTORNOS DE PRÁCTICA FAVORABLES:

LUGARES DE TRABAJO DE CALIDAD = ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE

Carpeta de herramienta de
información y acción



Desarrollado por Andrea Baumann

para el Consejo internacional de enfermeras

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación, en su totalidad o en parte, (por impresión, fotocopia, microcopia o cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión en cualquier forma y su venta, sin autorización expresa y por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2007 por el CIE – Consejo internacional de enfermeras,
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra - Suiza

ISBN: 92-95040-82-1

**ENTORNOS DE PRÁCTICA
FAVORABLES**
Índice

Introducción	1
Capítulo 1: La enfermera y los entornos favorables para la práctica profesional	5
Capítulo 2: Problemas de satisfacción en el trabajo, dotación de personal y seguridad	9
Capítulo 3: Ambiente de la organización y resultados del trabajo	23
Capítulo 4: Aspectos mundiales de la vida laboral	29
Capítulo 5: Qué pueden hacer las asociaciones nacionales de enfermería	33
Anexos	
Anexo 1: Instrumento de evaluación del entorno de trabajo de las enfermeras	39
Anexo 2: Estrategias para el desarrollo de entornos positivos para la práctica profesional	43
Anexo 3: Página informativa sobre la prevención de las lesiones por agujas	45
Anexo 4: Página informativa sobre las inmunizaciones para los trabajadores de atención de salud	49
Anexo 5: Declaración de posición sobre la seguridad de los pacientes	53
Anexo 6: Declaración de posición sobre el abuso y violencia contra el personal de enfermería	57
Anexo 7: Declaración de posición sobre la seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras	61
Anexo 8: Comunicado de prensa sobre un llamamiento en favor de los entornos favorables de la práctica profesional	65
Referencias	67

Mejorar los entornos favorables para la práctica profesional

Introducción

Es una realidad urgente. En todo el mundo, los sistemas de salud se ven cada vez más presionados – frente a un número creciente de necesidades de salud y de limitaciones financieras que restringen la capacidad de los servicios para fortalecer las infraestructuras y los recursos humanos del sector de salud. Atravesamos una crisis mundial de los recursos humanos de enfermería – crisis caracterizada por una enorme escasez de enfermeras. Los motivos de esa escasez son diversos y complejos, pero los principales de ellos son los entornos de trabajo poco saludables que frenan los resultados o alejan a las enfermeras y, con demasiada frecuencia, las expulsan de determinados contextos laborales o de la propia profesión de la enfermería.

Sin embargo, hay entornos que hacen exactamente lo contrario, que favorecen la excelencia y tienen poder para atraer y retener a las enfermeras. Éstos han dado en llamarse entornos favorables para la práctica de la profesión. El efecto beneficioso que ejercen sobre todos los aspectos – desde la satisfacción de las enfermeras hasta los resultados en los pacientes y la innovación – está documentado por un importante acervo de pruebas. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para que esos entornos favorables para el ejercicio de la profesión sean la norma.

Los entornos favorables para la práctica profesional se caracterizan por:

- *Marcos de política general innovadores centrados en la contratación y la retención.*
- *Estrategias para una formación y perfeccionamiento profesional constantes.*
- *Compensación adecuada para los empleados.*
- *Programas de reconocimiento.*
- *Equipos y suministros suficientes.*
- *Un entorno de trabajo seguro.*

Con este fin, el CIE ha elegido, el tema *Entornos de práctica favorables: Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente* para el Día internacional de la enfermera de 2007 y como centro de interés del presente conjunto de instrumentos. Pensado para hacer a las

enfermeras más conscientes y para que actúen, este conjunto de instrumentos puede ser utilizado por los gestores, las enfermeras de atención directa, los jefes ejecutivos, las asociaciones profesionales y los órganos de reglamentación. El conjunto de instrumentos está pensado para aportar datos sobre los entornos positivos para el ejercicio de la profesión a todas las personas interesadas en la salud, que deseen mejorar la prestación de unos servicios de calidad.

En las páginas que siguen se exploran las relaciones entre la enfermera y su lugar de trabajo, los factores coincidentes que conforman los entornos laborales de las enfermeras, el costo de los lugares de trabajo no saludables, y las características y ventajas de los entornos positivos para la práctica profesional. Se incluye también una lista de las actuaciones recomendadas y de los instrumentos que ayudarán a las enfermeras a negociar unos entornos mejores.

Antecedentes y puntos principales

- En casi todos los países, las enfermeras prestan la mayoría de los servicios de salud: en algunos casos hasta el 80 por ciento.
- Atravesamos una crisis mundial de los recursos humanos de enfermería, crisis que se caracteriza por una escasez, cada vez mayor, de enfermeras en la mayoría de los países.
- La escasez es diferente según los tipos de enfermeras, la ubicación geográfica, el nivel de los cuidados dispensados, el sector, el servicio y la organización, y va unida a una creciente demanda de los servicios de enfermería.
- En los países en desarrollo, la situación es muchas veces dramática – escasez crónica de enfermeras agravada por la emigración exterior de enfermeras que buscan mejores condiciones de trabajo y mejor calidad de vida, unida frecuentemente al desempleo y al subempleo de las enfermeras, por las limitaciones financieras.
- En Ghana, más de 500 enfermeras abandonaron el país en el año 2000 en busca de puestos de trabajo mejor pagados en países más ricos – tres veces más que en 1999 y más del doble de las que se titularon en enfermería en Ghana en ese año.
- En un estudio realizado por la Penn State University, organizaciones de enfermeras de 33 países – sobre todo Oceanía, África, América Central y el Caribe – comunicaron que la corriente de salida de enfermeras hacia países más ricos era un problema entre grave y muy grave, que empeoraba la escasez ya existente.

- La escasez actual pone en peligro los objetivos de los sistemas de salud en todo el mundo y desafía nuestra capacidad para satisfacer las necesidades de nuestros ciudadanos.
- En 2006, la Organización Mundial de la Salud estableció que la crisis mundial de los recursos humanos de salud y la crítica escasez de enfermeras era una cuestión prioritaria que requería intervención.
- Los motivos de la crisis de la atención de salud y de la enfermería son variados y complejos, pero las pruebas indican que, entre ellos, los entornos de trabajo poco saludables tienen gran importancia.
- Los entornos no saludables afectan a la salud física y psicológica de las enfermeras por el estrés de las pesadas cargas de trabajo, las largas horas, la baja condición profesional, las difíciles relaciones en el lugar de trabajo, los problemas concomitantes a las funciones profesionales, y diversos riesgos del lugar de trabajo.
- Las pruebas indican que “los largos periodos de tensión afectan a las relaciones personales y hacen que aumenten las bajas por enfermedad, los conflictos, la insatisfacción en el trabajo, la rotación del personal y la ineficiencia” (Baumann et al. 2001).
- Enfermeras que sufren estrés por lo pesado de sus cargas de trabajo, las fricciones con sus compañeras, las tareas inadecuadas, la insuficiencia de sus capacidades y conocimientos, por deficiencias de la dirección o por condiciones de trabajo poco saludables han de prestar cuidados del más elevado nivel.
- Los entornos positivos para la práctica profesional influyen no sólo en las enfermeras sino también en los demás trabajadores de salud y favorecen la excelencia de los servicios, con lo que en definitiva mejoran los resultados en los pacientes.
- Las pruebas indican que un tercio de las enfermeras recientemente cualificadas en el Reino Unido no se colegian; al parecer, las experiencias negativas en el trabajo o en los puestos clínicos que ocupan apartan de la profesión a esas nuevas tituladas.
- Un estudio de las enfermeras en los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania demostró que el 41% de las enfermeras de los hospitales estaban insatisfechas con sus puestos de trabajo y que el 22% preveía dejarlos en menos de un año; las conclusiones confirmaban la relación existente entre el estrés laboral y la moral de trabajo de las enfermeras, su satisfacción en el trabajo, su compromiso con la organización y la intención de abandonar.
- Preocupa cada vez más el hecho de que los problemas del entorno influyen en el compromiso de las enfermeras con la organización y con su profesión (Tovey & Adams 1999) y ha contribuido a la destrucción del contrato psicológico entre empleador y empleado. (Rousseau 1996).

- Los efectos beneficiosos que los entornos positivos para la práctica ejercen sobre la prestación de los servicios, los resultados de los trabajadores de salud, los resultados obtenidos en los pacientes, y la innovación están bien documentados.
- Allí donde hay más enfermeras para cuidar de los pacientes, el estrés es un problema menor.
- 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 2006d).
- Los empleadores han comenzado a caer en la cuenta de que con los cambios positivos del entorno laboral aumenta el índice de retención de los empleados.
- Las pruebas muestran que reteniendo a los empleados se consigue un mejor trabajo en equipo, mayor continuidad de los cuidados y mejores resultados en los pacientes.
- En el exhaustivo estudio del CIE sobre la crisis de los recursos humanos de enfermería – La Iniciativa mundial para la revisión de la enfermería– los entornos positivos para la práctica y los resultados de la organización fueron una de las cinco prioridades mundiales para la actuación.

CAPÍTULO 1

La enfermera y los entornos favorables para la práctica profesional

Al examinar los entornos positivos para la práctica profesional aparecen juntas dos consideraciones: 1) la identidad profesional de las enfermeras y 2) las características de los propios entornos.

La identidad profesional

Independientemente del tipo de práctica, del contexto de trabajo o del país, las enfermeras comparten un atributo que las define: son profesionales comprometidas que abrazan una filosofía global de los cuidados de salud. Esto, quizá más que ninguna otra cosa, conforma sus expectativas y se adapta a los exigentes lugares de trabajo actuales.

En tanto que profesionales, las enfermeras necesitan un entorno de la práctica profesional que reconozca el mandato social y sanitario de su disciplina y el ámbito de esa práctica profesional, tal como se definen en la legislación del país o reglamentaria (Rowell 2003). En las estructuras de la política institucional ha de reconocerse la importancia de la formación y del aprendizaje continuo, insistirse en el trabajo de equipo y en la colegialidad, y fomentar la creatividad y la innovación.

¿Qué define a un profesional?

Ya en 1910, Abraham Flexner identificó varias características que todavía hoy siguen siendo importantes:

- *conocimiento;*
- *especialización;*
- *responsabilidad intelectual e individual; y*
- *conciencia de grupo bien desarrollada.*

Después, autores de diversos campos han presentado otras perspectivas de los elementos básicos del profesionalismo. Una opinión actual apunta al conocimiento basado en los principios científicos, la responsabilidad, la autonomía, la investigación, la colegialidad, la colaboración, y la innovación (Asociación de Enfermeras Especialistas de Ontario [RNAO] 2006d).

En los entornos de la práctica profesional de calidad, las necesidades y los objetivos de las enfermeras se cumplen y se ayuda a los pacientes a alcanzar sus propios objetivos de salud individuales. Y así sucede en el marco de los costos y de la calidad impuesto por la organización en que se dispensan los cuidados.

Las organizaciones tienen capacidades distintas para favorecer los cuidados en entornos de la práctica profesional exigentes. Cuando faltan las personas, los recursos o las estructuras, se plantea un conflicto de intereses entre la responsabilidad profesional de las enfermeras y la prestación de unos cuidados idóneos a los pacientes. Si, por ejemplo, la intensidad de las cargas de trabajo sólo deja a las enfermeras tiempo para las tareas relacionadas con las necesidades físicas de los pacientes, puede ser que las necesidades psíquicas, sociales y espirituales de éstos no se satisfagan por completo (Baumann et al. 2001) ni se consiga una atención completa.

Características de los entornos positivos para la práctica profesional

De estudios realizados en Europa en el pasado decenio han surgido modelos aplicables a los entornos laborales de las enfermeras. La ventaja de esos modelos es que son importantes para cualquier lugar de trabajo – desde contextos de la pequeña comunidad rural hasta los grandes hospitales urbanos de cuidados críticos.

El modelo de bienestar social y psicológico de Kristensen (1999) combina seis factores de tensión y los relaciona con la persona y con la organización. Estos trabajos fueron corroborados por el modelo de Seigrist (1996) sobre situaciones de gran esfuerzo / baja remuneración. Según Kristensen, para el bienestar social y psicológico óptimo se requiere lo siguiente:

- exigencias adaptadas a los recursos de la persona (sin presiones laborales);
- un elevado nivel de previsibilidad (seguridad en el puesto y en el lugar de trabajo);
- buen apoyo social de los compañeros y de los directivos y acceso a oportunidades de formación y de desarrollo profesional (trabajo en equipo, excedencia para estudios);
- trabajo significativo (identidad profesional);
- un elevado nivel de influencia (autonomía, control sobre los planes, liderazgo); y

- equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa (remuneración, reconocimiento, recompensas).

Hospitales modelo. Más específicas de la enfermería son las publicaciones sobre los hospitales modelo. El término *hospital modelo* se emplea con frecuencia para referirse a una institución capaz de atraer y retener a un personal integrado por enfermeras bien cualificadas y prestar de manera continuada unos cuidados de calidad. La difusión de los hospitales modelo empezó en los Estados Unidos y sus principios básicos comienzan ya a ser internacionales.

Durante la oleada de escasez de enfermeras que afectó a todo el país en los primeros años del decenio de 1980, ciertos hospitales de los Estados Unidos se calificaron como casos excepcionales: comunicaron unos coeficientes extraordinariamente bajos de puestos vacantes y de rotación del personal. Las enfermeras consideraban que estas instituciones eran buenos empleadores que ofrecían entornos laborales atractivos.

Deseosa de aclarar la situación, la Academia estadounidense de enfermería patrocinó un estudio de los llamados hospitales modelo, en que se identificó una larga lista de las características definitorias. En un estudio posterior del Departamento de Salud y Servicios Humanos se identificaron tres estrategias, aplicadas por los hospitales, que habían logrado reducir la rotación de las enfermeras y los índices de puestos de enfermería vacantes: el compromiso de la dirección para con las enfermeras y la enfermería; una fuerte dirección de enfermería; y unos salarios y prestaciones competitivos.

La expresión hospital modelo se aplica con frecuencia para referirse a una institución que es capaz de atraer y retener a un personal de enfermeras bien cualificadas y dispensar de manera constante cuidados de calidad.

Las enfermeras de los entornos de los hospitales modelo presentan menores índices de agotamiento, mayor satisfacción en el trabajo, y mejores resultados en los pacientes (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber 2002). Los criterios de los hospitales modelo, que pueden aplicarse a todos los entornos laborales van desde los generales (por ejemplo, una reputación de cuidados de calidad y de ser buenos lugares de trabajo) hasta los específicos (por ejemplo, elevados índices de retención y bajos índices de rotación, personal idóneo, horarios flexibles,

una dirección fuerte, y salarios adecuados) (Havens y Aiken 1999; McClure, Poulin, Sovie y Wandelt 1983; Scott, Sochalski y Aiken 1999).

Más recientemente, el Centro estadounidense de Acreditación de las enfermeras inició un programa de reconocimiento de los servicios de enfermería modélicos y de excelencia (Lowe 2005). En los criterios aplicables a los hospitales modelo se pone de relieve el concepto de autonomía de las enfermeras y de participación de éstas en la definición de su entorno de trabajo. Esos criterios también refuerzan la necesidad de una formación básica y continuada para aplicar unos cuidados de enfermería de gran calidad.

La libertad para actuar de manera autónoma y responsable en el ámbito de la práctica profesional guarda una relación constante con la satisfacción de las enfermeras en el trabajo (Baguley 1999). En un estudio reciente de la satisfacción de las enfermeras en la vida laboral se constató que los atributos de liderazgo, autonomía y trabajo en equipo son aspectos importantes que contribuyen a la satisfacción de las enfermeras (Best y Thurston 2004-2006). Asimismo, hay pruebas de que concediendo mayor capacidad de adopción de decisiones disminuye la rotación (Alexander, Bloom y Nuchels 1994). Cuando las enfermeras no pueden opinar sobre los cuidados dispensados al paciente, sienten que su experiencia y capacidad no se valoran, lo que disminuye su compromiso para con los empleadores. En este control sobre la práctica influyen variables del entorno, tales como el tiempo y una dirección favorable.

CAPÍTULO 2

Problemas de satisfacción en el trabajo, dotación de personal y seguridad

En los últimos años, las cuestiones de la satisfacción en el trabajo, la dotación de personal y la seguridad han merecido creciente atención en los debates relativos a los lugares de trabajo de las enfermeras. Esas cuestiones se exploran brevemente a continuación.

Satisfacción en el trabajo

La satisfacción en el trabajo guarda relación con lo que las enfermeras piensan de su vida laboral. En un estudio de Weisman y Nathanson (1985) se comunicaba que el nivel de satisfacción en el trabajo del personal de enfermería era el más fuerte de los factores determinantes del nivel general de satisfacción de los clientes. Sin embargo, resulta difícil de medir porque guarda una estrecha relación con aspectos económicos y sociales vinculados a la presencia de unos entornos de trabajo adecuados.

Se ha constatado en estudios recientes que las enfermeras prefieren permanecer en la región en que han recibido su formación (Baumann, Blythe, Cleverley, Grinspun y Tompkins 2006), pero partirán de él si las condiciones de empleo no satisfacen sus aspiraciones personales o profesionales. La falta de una remuneración adecuada es uno de los principales motivos de la migración en muchas partes del mundo. Sin embargo, ciertos estudios han demostrado que en las naciones desarrolladas el dinero se convierte en un gran problema sólo cuando faltan otras fuentes de satisfacción (Weisman y Nathanson 1985). En la satisfacción de las enfermeras influyen también factores generales como el apoyo de la administración, el apoyo de la infraestructura física y el compromiso del empleador para con los servicios de enfermería.

Zurn, Dolea y Stilwell (2005) comunican que, en el Reino Unido, un estudio del personal de Londres del servicio nacional de salud mostró que, cuando se pidieron a los trabajadores de salud sugerencias para mejorar sus vidas de trabajo, el “aumento salarial” ocupó sólo el cuarto lugar de su “lista de deseos”, detrás de “más personal”, “mejores condiciones de trabajo” y “más medios”. Sin embargo, es verdad que el sueldo ocupaba un lugar más alto en la lista en el caso de las personas que comunicaron la intención de abandonar el sistema, pero aun así sólo ocupaba el segundo o el tercer lugar. (Pearson et al. 2004).

En la obra titulada *Nurse Retention and Recruitment: Developing a Motivated Workforce* (*Retención y contratación de las enfermeras: Preparar unos recursos humanos motivados*), que forma parte de Proyecto mundial sobre los Recursos humanos de enfermería (2005), Zurn, Dolea y Stilwell comunican que hay pruebas empíricas a favor de la relación existente entre la insatisfacción en el trabajo, la falta de motivación y la intención de abandonar (Carlson et al. 1992). La baja satisfacción en el trabajo es causa de preocupación en muchos países pobres en recursos. En Lesotho, Schwabe et al. (2004) constataron que, en conjunto, el 37% de las enfermeras no están satisfechas con su puesto actual de trabajo. Este porcentaje varía en función de la ocupación de las enfermeras; y llega a ser del 80% en el caso de las enfermeras de salud mental, por ejemplo.

Según este estudio, los principales factores que causan la insatisfacción en el trabajo son la remuneración inadecuada y las condiciones de trabajo deficientes, con inclusión de deficiencias del entorno laboral, tales como la falta de equipo. También se mencionan como problema importante la formación o las cualificaciones inadecuadas. Estas conclusiones están corroboradas por un estudio hecho en cinco países africanos en los que la baja motivación ha dado lugar a la emigración de los trabajadores de salud hacia otros países. (Awases et al. 2003).

Los resultados que consiguen los trabajadores dependen claramente del nivel de motivación, que los estimula a acudir al trabajo de forma regular, a trabajar diligentemente, ser flexibles y estar dispuestos a realizar las tareas necesarias. Sin embargo, la motivación sólo influye en los aspectos de los resultados que pueden someterse al control personal del trabajador. Por ejemplo, cuando las organizaciones

no proporcionan a los trabajadores el equipo esencial, quizá éstos no puedan hacer sus trabajos por motivos ajenos a su voluntad.

Las deficiencias institucionales en cuanto a material y recursos humanos, y en cuanto a suministros y mantenimiento conveniente de los equipos dan lugar a un deterioro progresivo de los servicios de salud (especialmente en los servicios del Estado) y producen insatisfacción en el trabajo. Esas condiciones hicieron que, en 1990, las enfermeras dimitieran en hospitales de Ribeirao Preto (Anselmo, Angerami y Gómez 1997). En este estudio se constató que las condiciones de trabajo integradas por diversos elementos, como salarios, ventajas, volumen de actividad, horas y turnos figuraban en todas las relaciones hechas por los trabajadores como uno de los motivos de las dimisiones. A resultados similares se llegó en otro estudio realizado en Colombia (Correa, Palacia y Serna 2001).

Es claro, pues, que la productividad de los trabajadores de salud no depende sólo de su motivación para el trabajo: depende también de lo bien formados y preparados que estén para el trabajo (y esto es el resultado de la formación, de la contratación adecuada y de las políticas de empleo). Y depende también de que se provea a los trabajadores con el equipo, los medicamentos y la tecnología necesarios para su trabajo. Así pues, motivación no es sinónimo de resultados, ni los resultados vienen unívocamente determinados por la motivación (Kanfer 1999). La motivación afecta a los resultados, aun que éstos dependen también de la infraestructura y del entorno de la organización.

Consideraciones sobre la dotación de personal

En una primera e importante definición de dotación de personal ésta se vincula con el número y la calidad del personal necesario para dispensar los cuidados a los pacientes (Giovanetti 1978, citado en McGillis Hall 2005). Autores posteriores han caído en la cuenta de que la dotación de personal va más allá de los números y han incluido otras variables que afectan a la cobertura de los pacientes y a la prestación de cuidados seguros. Entre estas variables se incluyen la carga de trabajo, el entorno laboral, la eficiencia y eficacia de los costos, la complejidad de los pacientes, el nivel de capacidades del personal de enfermería y la combinación de este personal.

En su obra *The Global Shortage of Registered Nurses:*

An Overview of Issues and Actions (La escasez mundial de enfermeras especialistas: Visión general de los problemas y actuaciones) (2005), James Buchan afirma: “Un análisis mundial

centrado en las regiones de la OMS puede difuminar importantes diferencias entre los países, y el análisis de un país puede ocultar importantes variaciones geográficas en cuanto al nivel de disponibilidad de enfermeras. Aun en los países en que es bajo el coeficiente entre enfermeras y población hay frecuentemente una mala distribución de las enfermeras de que se dispone, lo cual exacerba las consecuencias de la escasez. Las regiones rurales de los países en desarrollo tienden a ser las áreas en que los servicios son más deficientes.”

El número del personal refleja a menudo avatares de la financiación más bien que las necesidades de personal o de los pacientes. Por ello, la necesidad de enfermeras y los requisitos de los puestos no están bien adaptados.

Es preciso que los sistemas de salud puedan sostener financieramente unas infraestructuras y unos recursos humanos eficaces. Aun cuando muchas veces reconocen la necesidad de enfermeras, los servicios de salud nacionales se enfrentan a menudo con la realidad de que no se asignan recursos financieros suficientes para sostener un personal suficiente en número. Por ejemplo, en su obra *Overview of the Nursing Workforce in Latin America (Visión general de los recursos humanos de enfermería en América Latina)*, que también forma parte del Proyecto mundial sobre los Recursos humanos de enfermería (2005), Malaren y Agudelo, comunican que en países como Nicaragua “aun cuando las enfermeras que se forman son pocas, ni siquiera ese número entra en el sistema de salud, debido a la escasa capacidad económica y sostenibilidad de estos sistemas”. Lo mismo sucede en países tales como Kenya, Zambia, Tanzania, Filipinas y partes de Europa Oriental.

En los últimos años se ha hecho evidente la importancia de una dotación segura de personal, en gran parte a consecuencia de los cambios experimentados en los sistemas de atención de salud en todo el mundo. Estos cambios han sido resultado de crisis tales como la pandemia del SIDA, la neumonía atípica vírica, el aumento de los costos de la atención de salud y las recesiones económicas, que han dado lugar a la escasez de enfermeras. La dotación de personal segura guarda relación con aspectos tales como la responsabilidad, la seguridad del personal y la seguridad de los pacientes.

Nivel y combinación de personal. La Federación estadounidense de profesores (1995) define la dotación segura de personal como “un número adecuado de personas con los niveles idóneos de combinación de capacidades ... disponible en todo momento para garantizar que se satisfacen las necesidades de atención de los pacientes y que se mantienen unas condiciones de trabajo libres de riesgos”. La dotación adecuada de personal depende del contexto de los cuidados. Por ejemplo, en una comunidad rural pequeña comprende el personal adecuado para garantizar un entorno seguro. En la comunidad y en el sector hospitalario, la combinación de personal y los niveles de capacidades son elementos importantes para unos cuidados óptimos.

El número del personal refleja a menudo avatares de la financiación más bien que las necesidades de personal o de los pacientes. Por ello, la necesidad de enfermeras, las necesidades que tienen las enfermeras y los requisitos de los puestos no están bien adaptados. Elevados porcentajes de enfermeras del Canadá, los EE.UU., el Reino Unido y Suecia han comunicado presiones laborales suficientemente graves para afectar a la atención dispensada a los pacientes (Nolan, Lundh y Brown 1999; Shullanberger 2000; White 1997), y hay pruebas de que unos coeficientes bajos entre enfermeras y pacientes dan lugar a complicaciones y a peores resultados en los pacientes (Kovner y Gergen 1998; Lancaster 1997; Shullanberger 2000). El conjunto de instrumentos del CIE, titulado “Personal fiable, vidas salvadas” (CIE 2006) pone de relieve que unos mayores niveles de dotación de personal guardan relación con unos mejores resultados (Aiken et al. 2002; Lancaster, 1997). En ese conjunto de instrumentos se examinan las estrategias que pueden utilizarse para fomentar una dotación segura de personal. Se ha constatado que la legislación de carácter general, los marcos profesionales y unas políticas eficaces resultan útiles para reforzar y planificar una dotación de personal adecuada (CIE 2006).

Pruebas sobre la combinación de personal

Hay un número considerable de estudios sobre cómo la combinación de personal influye en los resultados conseguidos en el paciente. La mayoría de esos estudios sugieren que cuanto más elevada es la formación y la condición profesional de las enfermeras que dispensan los cuidados, mejores son los resultados conseguidos en los pacientes.

- Blegen, Goode y Reed (1998) constataron que una combinación de enfermeras especialistas superiores se correspondía con una menor incidencia de errores de medicación, menos úlceras por presión, y más satisfacción en los pacientes.
- En un estudio de 799 hospitales de 11 de los estados americanos, una mayor proporción de cuidados dispensados por enfermeras especialistas y un mayor número de horas por paciente iban asociados a unos mejores resultados en los pacientes.
- Sovie y Jawad (2001) constataron que un mayor número de horas de enfermera especialista dedicada a los pacientes estaba relacionado con un menor número de caídas y una mayor satisfacción en la gestión del dolor.
- En un estudio dirigido en los Estados Unidos por Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart y Zelevinsky (2002), con datos administrativos de una amplia muestra multiestatal de hospitales, se examinaba la relación entre los niveles de la dotación de personal de enfermeras y el índice de los resultados adversos en los pacientes. Los resultados demostraron que una proporción más alta de horas de cuidados de enfermería dispensados por enfermeras especialistas y un mayor número de horas / día de cuidados dispensados por esas enfermeras guardaban relación con unos mejores resultados de los cuidados dispensados a los pacientes hospitalizados.
- Person et al. (2004) constataron que los pacientes con infarto agudo de miocardio tenían menos probabilidades de morir en los hospitales que disponían de más enfermeras especialistas.
- En un amplio estudio retrospectivo (Tourangeau, Giovanetti, Tu y Wood 2002) realizado en el Canadá sobre pacientes a los que se había diagnosticado infarto agudo de miocardio, ataque cerebral, neumonía, o septicemia se constató que un índice de mortalidad más bajo dentro de los 30 días estaba relacionado con una mejor combinación de capacidades de enfermeras especialistas y más años de experiencia en una unidad clínica.

También hay pruebas de que unas mejores cualificaciones de las enfermeras especialistas en su formación guardan relación con unos mejores resultados en los pacientes (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane y Silber 2003).

Coeficientes de pacientes / enfermera. En el estudio titulado *The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention (La escasez mundial de enfermeras: Sectores prioritarios para la intervención)* (2005), El CIE comunica que “Varios países, entre ellos los Estados Unidos y Australia, están pasando a unos coeficientes mínimos obligatorios de pacientes por enfermera como una de las diversas estrategias encaminadas a mejorar las condiciones laborales, facilitar el retorno de las enfermeras al ejercicio de su profesión, y fomentar una dotación segura de personal y unos cuidados seguros a los pacientes. Poco después de aplicar los coeficientes obligatorios en Victoria, Australia, 5.000 enfermeras en paro solicitaron volver al trabajo y llenar los puestos vacíos en los servicios de salud (Kingma 2006, pág. 225). Además, en el estudio encargado por la Federación de Enfermería de Australia (AEA) se constató que “más de la mitad de las enfermeras de Victoria dimitirían, se jubilarían anticipadamente o reducirían su horario laboral si se suprimían los coeficientes mínimos obligatorios de pacientes / enfermera. (AEA 2004, pág. 1).”

Trabajo en equipo. Recientemente se ha atribuido al trabajo en equipo una gran importancia para la continuidad de los cuidados dispensados. Los equipos pueden ser unidisciplinarios o interdisciplinarios.

En muchas partes del mundo, las limitaciones financieras y otras impiden la contratación y el despliegue de grandes números de enfermeras profesionales. La combinación del personal y lo que constituye una dotación segura de personal varían en función de las circunstancias locales. Las enfermeras colaboran con diversos trabajadores de salud profesionales y no profesionales, en particular con los que trabajan en la comunidad (CIE 2006). En los contextos hospitalarios, puede ser que las funciones y los puestos del personal de enfermería sean distintos de los de América del Norte y de Europa Occidental. Sin embargo, cualquiera que sea el tipo del equipo de enfermería e interdisciplinario, la calidad de las relaciones de equipo influirán probablemente en el bienestar de la enfermera y del paciente.

Los factores que facilitan el establecimiento del trabajo en equipo son de importancia crítica para dispensar cuidados de calidad. El carácter multinacional y cultural del equipo de enfermería es cada vez más frecuente. El Centro internacional para la migración de las enfermeras, establecido por el CIE y la Comisión para los titulados de escuelas de enfermería extranjeras, ha iniciado una serie de seminarios para favorecer la integración de la enfermera emigrante o internacional (véase www.intlnursemigration.org).

También es importante la colaboración con otros profesionales de salud. Se ha estudiado mucho la relación perjudicial y antagónica que frecuentemente se da entre los médicos y las enfermeras. En un entorno hostil o rígidamente jerarquizado puede ser que las enfermeras no se atrevan a cuestionar órdenes escritas o verbales que son erróneas o están mal comunicadas. (Instituto de medicina, 2000)

Consideraciones de seguridad

La seguridad del lugar de trabajo es un requisito previo para un entorno seguro para el ejercicio profesional. Los peligros para las enfermeras y para los pacientes provienen de las cargas de trabajo excesivas, de las heridas evitables y de la violencia en el lugar de trabajo.

Cargas de trabajo excesivas. La falta de adaptación entre el trabajo que se pide a las enfermeras y lo que ellas pueden razonablemente hacer amenaza su salud y hace correr riesgos a los pacientes. Las presiones del tiempo, las exigencias contradictorias, las interrupciones, los déficit de capacidades y de conocimientos, y la insuficiencia o indisponibilidad de los recursos se exacerban cuando las cargas de trabajo son pesadas.

El estudio hecho por O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis, y Bruce (2001) indica que las cargas de trabajo pesadas contribuyen a la presión laboral (que se define como una combinación de fuertes exigencias del puesto de trabajo y escasas posibilidades de decisión) y sugiere que los aumentos de la productividad a corto plazo dan lugar a unos elevados costos de salud a largo plazo. En el estudio se señala que hay una fuerte correlación entre las horas extraordinarias trabajadas y el tiempo de baja por enfermedad.

En la obra *Nursing workforce planning: mapping the policy trail (La planificación de los recursos humanos de enfermería: configuración del camino de la política general)* (2005), O'Brien-Pallas, Duffield, Tomblin Murphy, Birch y Meyer comunican que: "La carga de trabajo excesiva sigue siendo un problema laboral esencial en muchos países (Baumann et al. 2001; Comité asesor canadiense de enfermería 2002; Aiken et al. 2001) y, en Australia, es un motivo documentado por el que las enfermeras dejan la profesión (Duffield, O'Brien-Pallas y Aitken 2004b)".

Malvarez y Agudelo (2005) también afirman que en otro estudio de las enfermeras en Argentina y Uruguay (Carrasco y Espejo de Viñas 2000) se mostraba que “la relación entre el número de pacientes asignado y los accidentes sufridos demostraba que el grupo más numeroso de pacientes (más de 30) sufría el mayor número de accidentes”, con lo que esto se convertía en un problema de seguridad de los pacientes.

Medición de la carga de trabajo. Para los administradores es un problema fijar unas cargas de trabajo que den lugar a una productividad óptima sin comprometer el bienestar de las enfermeras ni de los pacientes. Como una gran parte del trabajo de enfermería no cuenta en los actuales instrumentos de medición de la carga de trabajo, los esfuerzos, la experiencia y capacidad de la enfermería no se reconocen, ni se miden ni se compensan adecuadamente (CIE 2004).

Siguen adelante los estudios sobre la carga de trabajo de la enfermería y sobre los criterios para establecer los coeficientes entre personal y pacientes, pero todavía están en fase de desarrollo los planteamientos de carácter empírico que incorporen un marco teórico y los muchos factores que influyen en la carga de trabajo de la enfermería. Las iniciativas encaminadas a crear sistemas mejores deben intensificarse para que los planificadores de los recursos humanos puedan adoptar mejores decisiones en relación con el personal.

Como una gran parte del trabajo de enfermería no cuenta en los actuales instrumentos de medición de la carga de trabajo, los esfuerzos, la experiencia y capacidad de la enfermería no se reconocen, ni se miden ni se compensan adecuadamente (CIE 2004).

Idealmente, los organismos con niveles inadecuados de dotación de personal deben aumentar su capacidad contratando a más enfermeras y creando más puestos de trabajo de tiempo completo. Además deben cerciorarse de que las enfermeras que atienden directamente a los enfermos pueden concentrarse en los cuidados a los pacientes más bien que en tareas administrativas. Hay datos que demuestran que el tiempo dedicado a los pacientes va en disminución y que aumenta el tiempo dedicado a las tareas administrativas. Es de importancia crítica la creación de puestos principales de enfermería, tales como los de coordinadoras clínicas. En algunos países, con la contratación de nuevo personal administrativo, asistentes de atención personal, y ayudantes de enfermería se consigue la ayuda necesaria para la prestación de los cuidados.

Lesiones evitables. Los trabajadores de atención de salud sufren más lesiones oseomusculares que otros grupos profesionales. En particular, las enfermeras experimentan altos índices de distensiones y luxaciones (Choi, Levitsky, Lloyd y Stones 1996). En varios estudios se ha constatado una relación entre la densidad del personal, la carga de trabajo, la tensión y las lesiones óseas y musculares en los lugares de trabajo de la enfermería. En un estudio temporal de 4.000 trabajadores de atención de salud, hecho en Columbia Británica, Canadá, se demostró que con la tensión laboral aumentaba el riesgo de lesiones óseas y musculares, y aumentaban las reclamaciones (Koehoorn, Kennedy, Demers, Hertzman y Village 2000). En un estudio vertical de las enfermeras suecas se halló que con la tensión en el trabajo aumentaba el riesgo de lesiones en la región lumbar. (Ahlberg-Hult, Theorell y Sigala 1995).

Las pruebas indican que las condiciones y las prácticas laborales de las enfermeras pueden favorecer lesiones evitables. Muchas enfermeras se causan a sí mismas lesiones de espalda cuando las unidades tienen personal escaso y ellas tienen que levantar a los pacientes (Schindul-Rothschild, Berry y Long-Middleton 1996). Un estudio temporal de las lesiones de espalda por esfuerzos excesivos hecho en 24.500 enfermeras suecas durante un año reveló que la mayoría de los incidentes ocurren durante el traslado de pacientes, muchas veces cuando las enfermeras trabajan solas (Engkvist, Hagberg, Wigaeus Hjelm, Menckel y Ekenvall 1998).

Con la formación y unos procedimientos adecuados disminuye el riesgo de lesiones, pero también con los factores organizacionales mejora la situación (Centro canadiense de salud y seguridad en el trabajo, 2005). En un estudio, unos índices más elevados de lesiones con agujas se relacionaban con el personal de enfermería temporero, mientras que índices más bajos caracterizaban a los hospitales modelo – organizaciones con personal estable y reputación de ser lugares de enfermería excelentes (Aiken, Sloan y Klocinski 1997).

Puede inferirse que las estrategias destinadas a reducir la carga de trabajo pueden hacer que disminuyan también los índices de lesiones. Hay numerosos programas de seguridad en el trabajo. Sin embargo, las publicaciones indican que quizá esos programas son ineficaces allí donde las presiones laborales y la inestabilidad del personal fomentan prácticas de trabajo

peligrosas. Las pruebas procedentes del terreno sugieren que con el mantenimiento deficiente del lugar de trabajo, unos equipos inadecuados y escasez de los suministros aumenta el riesgo de lesiones para las enfermeras y que con equipos tales como los elevadores para los pacientes podrían evitarse lesiones (Baumann et al. 2001).

Hay numerosos programas de seguridad en el trabajo. Sin embargo, las publicaciones indican que quizá esos programas son ineficaces allí donde las presiones laborales y la inestabilidad del personal fomentan prácticas de trabajo peligrosas.

En las directrices del CIE sobre Salud y seguridad en el trabajo (2007) se dice que: “Se considera que la exposición a riesgos biológicos, tales como el VIH y las hepatitis B y C, tiene graves repercusiones en la enfermería. En los países en que la prevalencia del VIH es más elevada, las enfermeras sufren un promedio de dos a cuatro lesiones por agujas cada año, con lo que aumentan las probabilidades de que contraigan el VIH, o las hepatitis B o C. En un estudio de los trabajadores de salud en tres hospitales de la India se comunicaba que 60 de las 100 personas que respondieron (35 de las cuales eran enfermeras) confirmaron que el contacto con la sangre, y sin equipo protector personal, se producía “muchas veces” o “siempre” cada semana. Nueve de las 35 enfermeras dijeron que las heridas con instrumentos cortantes o punzantes o con vidrios rotos, sin equipo personal protector, eran un suceso diario (PRIA 2005)... La falta de protección de las enfermeras tiene consecuencias para la atención dispensada a los pacientes. Los riesgos que perjudican la retención y contratación de las enfermeras conducen frecuentemente a errores, amenazan la seguridad de los pacientes e influyen negativamente en los resultados del tratamiento aplicado al paciente”.

Violencia en el trabajo. La violencia en el lugar de trabajo es una realidad para muchas enfermeras. Entre los posibles causantes se incluyen las compañeras enfermeras, otros profesionales, los pacientes o sus familias. En un estudio de determinados hospitales de Columbia Británica y de Alberta, Canadá, se informaba de un alto índice de violencia física o verbal en los cinco últimos turnos (Duncan et al. 2001). Sin embargo, es difícil hacer estimaciones de la prevalencia de la violencia en el trabajo, porque ésta no se define de manera uniforme y probablemente su comunicación es deficiente. (Asociación de Ontario para la atención y la seguridad de la salud, 2001).

Muchas organizaciones de atención de salud trabajan para conseguir entornos libres de violencia y han hecho que aumente la seguridad. Otras enfermeras (por ejemplo, las que trabajan en hospitales pequeños y con escasos recursos) siguen siendo vulnerables (Baumann, Hunsberger, Blythe y Crea 2006).

El Programa conjunto OIT / CIE / OMS / PSI sobre la Violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud ha encargado estudios de casos en países representativos de todo el mundo y ha elaborado unas directrices y un manual de formación (www.icn.ch). Paradójicamente, en el sector de salud la violencia en el lugar de trabajo es más frecuente que en ningún otro sector. En Suecia, cerca de una cuarta parte de los casos comunicados de violencia en el trabajo ocurrieron en instituciones de salud, mientras que los sectores del comercio minorista, la policía, las prisiones y la banca representaban sólo el 5% cada uno.

Los estudios del Programa conjunto confirman que la violencia en el trabajo en el sector de salud es un riesgo profesional mundial, una preocupación creciente del público y una violación de los derechos humanos y de los derechos de los trabajadores. Estudios de casos ocurridos en Australia, Brasil, Bulgaria, Líbano, Portugal, Sudáfrica y Tailandia ponen de relieve una vulnerabilidad similar de los trabajadores de salud, especialmente del personal de ambulancias y las enfermeras. Es preciso tratar este asunto en el plano internacional para conseguir una mejor comprensión de lo que se precisa para mejorar la seguridad en el trabajo. En el pasado, las medidas de prevención se han centrado sobre todo en la formación de los cuidadores. Sin embargo, se reconoce cada vez más que debe insistirse también en factores de las organizaciones y del entorno (por ejemplo, el diseño del puesto de trabajo, los flujos de pacientes, el estilo de dirección, la estructura de las salas, los niveles de ruido y de calor) para detener la espiral creciente de violencia en el lugar de trabajo.

El Programa conjunto ha elaborado unas directrices marco para abordar la violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud, y un manual de formación, que pueden obtenerse gratuitamente en la dirección (www.icn.ch). Empleando estos materiales, el CIE y la Organización de Enfermeras de Noruega cooperan con cinco asociaciones africanas de enfermeras para reducir la violencia en el trabajo en sus países. Las actividades están ya en curso en Botswana, Lesotho, Mauricio, Swazilandia y Tanzania – para hacer más conscientes del problema a los trabajadores de atención de salud, a los encargados de la política general y

al público; documentar la prevalencia y la naturaleza de los incidentes violentos; elaborar declaraciones de posición y de política general; e introducir estrategias locales de reducción.

Después del seminario de 2006 sobre la Violencia en el lugar de trabajo, la Asociación de Enfermería de Mauricio llevó a cabo diversas actividades para abordar este problema.

- ✓ Reuniones periódicas con participantes del seminario sobre Violencia en el trabajo, para seguir de cerca y evaluar sus actividades en sus respectivos lugares de trabajo.
- ✓ Un comité contra la violencia, establecido en los 11 hospitales de la isla, se reúne todos los meses para evaluar los progresos conseguidos e iniciar las actuaciones adecuadas.
- ✓ Un cuaderno de registro de los casos de violencia, situado en todas las salas y unidades de los hospitales para animar a las enfermeras y matronas a registrar todos los incidentes de violencia verbal o física de los que hayan sido objeto.
- ✓ Visitas hechas por el Representante nacional a varios hospitales para comprobar los progresos.
- ✓ Una campaña de pósteres y folletos expuestos en todas las salas y unidades de las instituciones sanitarias del país.
- ✓ Varias reuniones celebradas con funcionarios del Ministerio de Sanidad para hablar de los problemas de la violencia y del proyecto NNO / SANNAM / CIE para fomentar la tolerancia cero de la violencia en el lugar de trabajo.
- ✓ Una colaboración con el Ministerio de Sanidad, que ha dado instrucciones a todos los directores regionales de salud en el plano operativo para que colaboren y apoyen las actividades que realiza la Asociación de Enfermería en sus instituciones de salud.
- ✓ La colaboración con los medios de información para crear en el público una conciencia de las consecuencias negativas que la violencia tiene para los trabajadores de atención de salud.

CAPÍTULO 3

Ambiente de la organización y resultados del trabajo

El ambiente de la organización hace referencia a los modos en que los empleados perciben su entorno. A pesar de su abstracción, el ambiente de la organización es un término útil para describir y entender los problemas del entorno laboral (Al-Shammari 1992). Cuando las personas informan acerca del ambiente de la organización, resumen sus experiencias o el modo en que entienden las experiencias de otros, que dan lugar a un mapa cognitivo de la organización (Al-Shammari 1992). El concepto de ambiente de la organización está estrechamente relacionado con las nociones de satisfacción en el trabajo, cultura de la organización y estilo de dirección, aunque es independiente de ellas.

¿Cuáles son los atributos del ambiente de la organización?

Ambiente es un término polivalente que describe el tono general de la organización. Cultura y ambiente son casi sinónimos que se utilizan para describir los valores, las creencias, el pensamiento y las costumbres de una organización (Al Shammari 1992). Sin embargo, cuando se emplean en general métodos cualitativos para estudiar la cultura de la organización, se recurre a métodos cuantitativos para investigar el ambiente. Numerosos atributos del lugar de trabajo pueden relacionarse con el ambiente de la organización. Tres de ellos, intrínsecos a los entornos positivos para la práctica profesional, son los siguientes: 1) un ambiente de seguridad para las enfermeras y los pacientes; 2) un ambiente de apoyo de la organización al aprendizaje durante toda la vida; y 3) un ambiente de liderazgo y dirección.

Numerosos atributos del lugar de trabajo pueden relacionarse con el ambiente de la organización. Tres de ellos, intrínsecos a los entornos positivos para la práctica profesional, son los siguientes: un ambiente de seguridad para las enfermeras y los pacientes, un ambiente de apoyo de la organización al aprendizaje durante toda la vida y un ambiente de liderazgo y dirección.

Ambiente de seguridad para las enfermeras y los pacientes. El “ambiente de seguridad” es una expresión universalmente aceptada que se emplea con frecuencia junto con la cultura de seguridad, con pocas diferencias (Cox y Flin 1998; Mearns y Flin 1999). Ambos se definen de diversas maneras. Sin embargo, a pesar de la variedad de definiciones, un examen de diversos informes sugiere que hay al menos cinco elementos o indicadores generales de la cultura de la seguridad (Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharnam y Mitchell 2002): el compromiso de la organización, la participación de la dirección, la capacitación de los empleados, los sistemas de remuneración y los sistemas de dependencia jerárquica.

El ambiente de seguridad se refiere a la seguridad en la organización y a las políticas, procedimientos y recompensas relacionados con la seguridad (Brown y Leigh, 1996). La seguridad en la organización es a la vez física y psicológica. Entre los aspectos físicos están la provisión de equipos adecuados, la seguridad de las estructuras físicas, y un entorno idóneo para la práctica profesional. El elemento psicológico de la seguridad incluye las recompensas para los empleados y requiere que éstos se sientan cómodos al hacer preguntas, sin miedo a represalias. El ambiente de seguridad ha figurado recientemente en varios informes conocidos que sitúan la seguridad en la vanguardia del programa para el entorno sanitario y laboral. El pionero Estudio canadiense de eventos adversos (Baker et al. 2004) comenzó a llamar la atención sobre la seguridad en todos los entornos de atención de salud. Griffin y Neal (2000) afirmaron que el ambiente de seguridad es uno de los antecedentes necesarios para conseguir resultados seguros.

Los estudios sobre la seguridad de los pacientes documentan el nexo que existe entre los ambientes de la organización competitivos o abusivos y el miedo a comunicar los errores, los cuasi-fallos y los eventos adversos. Los comportamientos abusivos dejan frecuentemente de comunicarse por la falta de confianza en que se tomará alguna medida preventiva. Así pueden perpetuarse actitudes, comportamientos y cuidados deficientes, lo que influye no sólo en los resultados conseguidos en los pacientes, sino también en la contratación y retención de los trabajadores de atención de salud.

Ambiente de aprendizaje. El ambiente de aprendizaje establece las condiciones para un entorno seguro y positivo de trabajo. Cuando las organizaciones alientan el aprendizaje a todo lo largo de la vida favoreciendo el desarrollo profesional y los modos de compartir el conocimiento, se convierten en organizaciones de aprendizaje. En un ambiente de aprendizaje, los empleadores comprenden la importancia de invertir tiempo, esfuerzos y recursos para mejorar la práctica de sus empleados y ampliar sus conocimientos, sus capacidades y su juicio.

Cuando las organizaciones alientan el aprendizaje a todo lo largo de la vida favoreciendo el desarrollo profesional y los modos de compartir el conocimiento, se convierten en organizaciones de aprendizaje.

En los últimos años, los órganos profesionales han impulsado el concepto de una práctica profesional reflexiva en la que las enfermeras preparan un expediente en el que resumen los problemas de la práctica profesional que se han presentado a lo largo del año. La lectura de periódicos y revistas permite a las enfermeras reflexionar sobre su trabajo en un entorno seguro. De esta manera las personas y los equipos pueden recibir observaciones y comentarios de sus compañeros empleados y de los pacientes.

Ambiente de liderazgo y dirección. La dirección y liderazgo son importantes para establecer el tono de la organización (Al Shammari 1992). Los directores aportan la visión para los objetivos de la organización y un programa detallado para su consecución. Es responsabilidad de ellos conseguir que en el lugar de trabajo estén presentes la motivación, los instrumentos, el conocimiento y las capacidades necesarios para alcanzar las metas establecidas.

Lowe (2004) señala que el compromiso de la alta dirección es esencial para un entorno positivo de trabajo y ha de tomar la forma de un liderazgo y dirección visible. Los empleados juzgan la organización por las actuaciones del Director general y del equipo ejecutivo. En general, las enfermeras empleadas por organizaciones con ambientes de trabajo positivos llegan a comprometerse más con la organización y tiene menos probabilidades de despedirse. Las personas cuyos valores coinciden con los de su organización pueden obtener mejores resultados y manifestar más satisfacción en el trabajo que las personas cuyos valores son distintos de los de la organización (Downey, Hellriegel y Slocum 1975).

La dirección debe también estar presente en toda la organización y ha de incluir a los directores de línea. Los estudios muestran que los buenos dirigentes de enfermería pueden hacer que aumente la cohesión del grupo y suavizar la tensión laboral (Leveck y Jones 1996), y hay pruebas de que con una dirección que apoya y capacita a las enfermeras disminuye la rotación (Laschenger, Wong, McMahon y Kaufmann 1999; Kramer y Schmallerberg 1988; Morrison, Jones y Fuller 1997). Wilson y Laschinger (1994) constataron que las opiniones de las enfermeras acerca del acceso al poder y a las oportunidades en su trabajo dependían del modo en que ellas percibían el poder de sus directores. Para una buena dirección en toda la organización es preciso asignar los recursos necesarios para dar a los directores y supervisores la formación, el tiempo, los incentivos y los demás apoyos que necesitan para iniciar y mantener las mejoras (Lowe 2004).

Cuando el ambiente de la organización fomenta el mejoramiento de cada uno de los empleados, las enfermeras manifiestan mayor satisfacción en el trabajo y los pacientes consiguen mejores resultados.

En los entornos de trabajo positivos los atributos de la dirección no se limitan a los directores. Los estudios de los hospitales modelo demuestran que los entornos positivos para la práctica profesional permiten a las enfermeras ser autónomas, ejercer su profesión en todo su alcance y emplear su propia iniciativa. Redunda en el mejor interés de una organización utilizar todas las capacidades de todos los empleados. Cuando el ambiente de la organización fomenta el mejoramiento de cada uno de los empleados, las enfermeras manifiestan mayor satisfacción en el trabajo y los pacientes consiguen mejores resultados. (Aiken et al. 2002; McClure 2005).

El programa del CIE titulado Liderazgo para el cambio™ (LPC) ayuda a formar a las enfermeras como líderes y gestoras eficaces en un entorno de salud constantemente cambiante. Los sistemas de salud y los pacientes salen beneficiados cuando las enfermeras tienen buenas capacidades de dirección. El programa LPC tiene por objeto fomentar la contribución de las enfermeras a los servicios de salud y promover la seguridad de los pacientes y los cuidados de calidad, mediante estrategias de dirección adecuadas y dinámicas.

Un ambiente de la organización fuerte y positivo es importante porque fomenta la coherencia del comportamiento (Dickson, Resick y Hagnes 2006) sobre la base de percepciones compartidas. En particular, proporciona un contexto en el que los nuevos empleados participan de una cultura. En los lugares de trabajo de la enfermería, un mal ambiente de trabajo pone en

peligro al paciente y expone a las enfermeras a fatiga laboral y ausentismo. Las enfermeras han de examinar el ambiente de su organización para decidir si es conforme con su ética de trabajo personal y profesional, impulsa su función y sus resultados, y promueve la seguridad. El proyecto del CIE titulado el Liderazgo en la negociación viene, desde hace decenios, prestando apoyo a las ANE para formar enfermeras líderes en el lugar de trabajo, capaces de identificar los riesgos laborales y los riesgos de los resultados, y de negociar su eliminación.

CAPÍTULO 4

Aspectos mundiales de la vida laboral

Coeficientes entre enfermeras y población en el mundo

En todo el mundo hay una gran diversidad de los coeficientes entre enfermeras y población: Van desde menos de 10 enfermeras por 100.000 habitantes hasta más de 1.000 enfermeras por 100.000 habitantes. El coeficiente medio en Europa, región en que los coeficientes son más elevados, es 10 veces superior al de las regiones en que es más bajo (África y Sudeste de Asia). Aun así, los coeficientes han de examinarse en el contexto de la proporción que corresponde a otros profesionales de salud en los recursos humanos. En América del Sur, por ejemplo, hay muchos más médicos en relación con las enfermeras que América del Norte o en Europa (CIE, n.d.)

Las enfermeras ejercen su profesión en una amplia diversidad de contextos, que varían desde las pequeñas clínicas dirigidas por enfermeras en las regiones rurales de Sudáfrica y en los puestos de enfermería aislados en el Norte del Canadá, hasta las unidades de cuidados intensivos en las ciudades de los Estados Unidos. Puede ser que los equipos y suministros sean rudimentarios (por ejemplo, un termómetro y algunos medicamentos básicos) o sumamente complejos (por ejemplo, los últimos equipos digitales de radiografía). Quizá las enfermeras trabajen como miembros de equipos multidisciplinarios en grandes hospitales docentes, o ejerzan la profesión solas en zonas remotas, como el Norte del Pakistán.

Cualquiera que sea el contexto, los entornos de trabajo positivos favorecen la función profesional de las enfermeras que consiste en cuidar a los pacientes. Si las enfermeras no tienen los apoyos que necesitan para ejercer su profesión, no podrán asegurar los mejores resultados para los pacientes. Quizá lleguen a desalentarse y abandonan su puesto de trabajo e inclusive su profesión.

Frecuentemente los países dedican a la salud una parte considerable de su Producto Interior Bruto. Sin embargo, como la riqueza de las naciones es muy distinta, el dinero real dedicado a la atención de salud varía considerablemente. Las diferencias de los recursos de que se dispone para las instituciones, los servicios y los salarios influyen en la migración mundial del

personal de atención de salud, incluidas las enfermeras. Los migrantes generalmente se trasladan de las zonas rurales a los contextos urbanos dentro de las naciones, o a países más desarrollados de la misma región y de todo el mundo (Kingma 2006). Este proceso influye en las cargas de trabajo que se presentan en las regiones que los trabajadores de salud han dejado. La escasa capacidad o la mala distribución de los recursos humanos tiene por efecto una mayor carga de trabajo para los que se quedan en el sistema (Buchan y Calman 2004).

A pesar de la correlación existente entre las cantidades dedicadas a la atención de salud y las tasas migratorias, otros factores influyen en el hecho de que las enfermeras emigren o se queden:

- La discriminación basada en el género continúa presente en muchos países y culturas y la enfermería es devaluada o desprestigiada como “trabajo de mujeres”.
- Los elevados niveles de violencia en el trabajo y una protección inadecuada contra la exposición a la enfermedad pueden influir en la retención, en algunos países (Buchan y Calman 2004). Por ejemplo, en algunos países africanos, las enfermeras corren un elevado riesgo de contraer el SIDA (Kingma 2006).
- Puede ser que por el exceso de trabajo o por el peligro en el lugar de trabajo, las enfermeras y otros trabajadores lleguen a convencerse de que no se les respeta ni valora.

Los sistemas nacionales de atención de salud están limitados en cuanto a los recursos que pueden poner a disposición. Por tanto, es esencial que utilicen prudentemente los recursos que tienen y que se centren en los aspectos de la atención de salud que pueden mejorarse con una mayor eficiencia, una mejor colaboración y mayores inversiones en personal de atención de salud.

Los países que logran con relativa eficacia retener a sus recursos humanos de enfermería tienen ciertos aspectos comunes (Baumann, Yan, Degelder y Malikov 2006). Una comparación de la retención en el Canadá, el Reino Unido, Uganda y Tailandia reveló que cada país había hecho considerables inversiones en salud y tenía unos marcos globales de política sanitaria en los que se trataban aspectos tales como el aumento de la contratación de enfermeras, la ampliación de la función de los ayudantes de enfermería, y el compromiso con la formación

continua. En Uganda y Tailandia, se aumentaron los salarios de las enfermeras y se dio cierto reconocimiento por el lugar de trabajo. Canadá y el Reino Unido tenían estrategias tales como iniciativas para lugares de trabajo saludables, por ejemplo subsidios para vivienda, más medios para el cuidado de los niños, horarios de trabajo más flexibles y formación continua.

La innovación en marcha

En el África Subsahariana, el CIE y Becton, Dickinson y Company colaboran con las asociaciones nacionales de enfermería y con la Fundación Stephen Lewis para proporcionar centros de bienestar a los trabajadores de atención de salud y a sus familias. El objetivo consiste en aportar la financiación y los materiales necesarios “para sostener unos recursos humanos de atención de salud sanos, motivados y productivos, lo que dará lugar a un mejor sistema de prestación de cuidados de salud” (Becton, Dickinson y Company 2006). Los centros de bienestar ofrecen diversos servicios, tales como los de pruebas, asesoramiento y tratamiento del VIH y de la tuberculosis; servicios prenatales, como los de prevención de la transmisión madre a hijo; la gestión del estrés; la profilaxis después de la exposición; la búsqueda de estados crónicos y un centro de formación y de recursos / conocimientos para el desarrollo profesional continuo. El objetivo consiste en dispensar cuidados a los trabajadores de atención de salud que, a su vez, podrán cuidar mejor a sus pacientes y comunidades.

CAPÍTULO 5

Qué pueden hacer las asociaciones nacionales de enfermería

Las iniciativas de ámbito nacional pueden mejorar el entorno laboral de las enfermeras. En el plano nacional, las asociaciones nacionales y los órganos de reglamentación funcionan como defensores igualmente de las enfermeras y de los pacientes. En tanto que defensoras, las asociaciones de enfermería:

- “Trabajan por conseguir legislación y reglamentos que apliquen las protecciones necesarias para los miembros de la profesión (Rowell 2003); y
- Tratan de “lograr un entorno profesional favorable con los recursos adecuados, y un sistema de atención de salud que incorpore la experiencia y capacidad de todos los dispensadores en un proceso de adopción de decisiones centrado en el paciente” (Rowell 2003).

El objetivo que persiguen se completa con la implantación de políticas adecuadas que abordan problemas esenciales de salud y seguridad (por ejemplo, niveles adecuados de dotación de personal, comunicación de eventos adversos y protección para emergencias) y favorecen los entornos de trabajo positivos.

En la comparación entre cuatro países, mencionada en el capítulo anterior, se vio que los países en que los índices de retención son elevados (es decir, Uganda, Reino Unido, Canadá y Tailandia) tenían implantada una estructura de política de salud. Todos los países concedían becas de formación, reforzaban la función de la enfermería y creaban condiciones para suprimir

la violencia y mantener la comunicación sobre el mejoramiento de las condiciones de trabajo (Baumann, Yan et al. 2006).

Es esencial disponer, en todo el país, de sólidos marcos de política general que se ocupen de las condiciones laborales de las enfermeras y de todos los trabajadores. Estas políticas pueden aplicarse para elaborar directrices en el plano de la asociación / organización. En el Reino Unido, por ejemplo, el Departamento de Salud estableció la Norma de mejoramiento de la vida laboral (IWL), en la que se establecen unos niveles que todos los empleadores del National Health Service (NHS) deben aplicar (Baumann, Yan et al, 2006) y se incluyen prácticas de trabajo saludables. Con la Norma IWL se completan las políticas del NHS, tales como la de tolerancia cero para la violencia contra el personal (Grupo de trabajo nacional sobre la violencia contra el personal de cuidados sociales, 2001).

Es esencial disponer, en todo el país, de sólidos marcos de política general que se ocupen de las condiciones laborales de las enfermeras y de todos los trabajadores. Estas políticas pueden aplicarse para elaborar directrices en el plano de la asociación / organización.

Las organizaciones nacionales de enfermería desempeñan una función primordial en el ejercicio de influencia ante las administraciones para hacerles tomar en cuenta la importancia que tiene el trabajo y los reglamentos de salud de alcance general. Esas organizaciones elaboran normas y estrategias de alcance nacional que favorecen los entornos de trabajo saludables y establecen mecanismos de vigilancia de las políticas relacionadas con el lugar de trabajo. Pueden alentar a los grupos de intereses especiales o difundir pruebas sobre las mejores prácticas.

Recomendaciones

Con el fin de fomentar los entornos positivos para la práctica profesional, las asociaciones profesionales de enfermería deben:

- Definir las políticas locales y nacionales relativas a las condiciones laborales.
- Establecer, para los encargados de elaborar las políticas, el vínculo que existe entre la seguridad de los pacientes y los entornos positivos para la práctica profesional.
- Reunir todos los boletines y declaraciones de posición pertinentes que haya en el plano internacional.

- Fomentar la movilización de las enfermeras y hacer un estudio entre ellas para determinar cuáles son los asuntos prioritarios para actuar.
- Elaborar directrices en las que se aborden problemas específicos de las condiciones de trabajo.
- Difundir pruebas sobre la mejor práctica.
- Preparar planes de comunicaciones centrados en problemas del entorno de la práctica profesional.
- Establecer, en las organizaciones, comités que se ocupen de los problemas del entorno de trabajo.
- Emplear el conjunto de instrumentos para aportar datos de base en apoyo de las reclamaciones y declaraciones de posición.
- Presentar argumentos eficaces para la adquisición y el mantenimiento de equipos y mecanismos seguros de eliminación de los desechos y residuos en los contextos de atención de salud (por ejemplo, la eliminación de las agujas).
- Participar en los comités de la organización que examinan cuestiones de trabajo y aplican estrategias eficaces para resolver los problemas.
- Influir en los empleadores y en las organizaciones para conseguir entornos de trabajo positivos y mejorar la retención.
- Abogar a favor de la comunicación sincera para facilitar la identificación de prácticas y actuaciones problemáticas, con el fin de eliminarlas del trabajo.
- Integrar el mejoramiento de iniciativas saludables en el trabajo con los planes vigentes para los recursos humanos y la visión de la organización.

CONJUNTO DE HERRAMIENTAS

ENTORNOS DE PRÁCTICA FAVORABLES:

**LUGARES DE TRABAJO DE CALIDAD =
ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE**

Instrumento de evaluación del entorno de trabajo de las enfermeras

Las preguntas que siguen tienen por objeto estimular el pensamiento y elaborar estrategias conducentes a entornos de trabajo positivos. Cada organización o institución de salud es diferente en función del contexto de los cuidados. Por ello, las respuestas a las preguntas serán exclusivas del contexto.

Organizaciones

- El entorno / organización, ¿reconoce a las enfermeras como profesionales?
- ¿Reciben las enfermeras una compensación adecuada por su trabajo?
- ¿Hay oportunidades de avance profesional en la enfermería?
- ¿Permiten las condiciones de trabajo una contratación y retención óptimas de enfermeras?
- ¿Aplica la organización políticas para orientar los entornos laborales?
- ¿Hay políticas del entorno laboral o de la organización que abordan los riesgos de salud en el trabajo y fomentan entornos laborales seguros?
 - ¿Se vigila la aplicación de las políticas?
 - ¿Se examinan y revisan periódicamente las políticas, según sea necesario?
- ¿Se dispone de equipos seguros y están bien mantenidos?
- ¿Hay procedimientos de reclamación eficaces?
- ¿Hay procedimientos de alerta? ¿Hay políticas que protegen al que da la alerta?
- ¿Se aplica una política que concede a las enfermeras el control de su práctica profesional y de su programación?
- ¿Se aplica una política que establece la previsibilidad y la especificación del puesto?
- ¿Se aplican políticas de retención y contratación?
- Los índices de rotación y de puestos vacantes, ¿son excesivos o influyen negativamente en los resultados obtenidos en los pacientes?
- ¿Hay programas de reconocimiento y recompensa?
- ¿Hay políticas relativas a la violencia en el lugar de trabajo?
- ¿Participa el personal en la adopción de decisiones de la organización?

Enfermeras

- El personal de enfermería, ¿ejerce su profesión en el marco de un código deontológico amplio?
- ¿Hay buena comunicación entre las enfermeras y los miembros de las demás disciplinas de salud?
- ¿Hay recompensas o incentivos para las enfermeras que demuestran buenas capacidades de comunicación con otras enfermeras y con miembros de otras disciplinas?
- ¿Hay programas que fomentan la salud personal?
- ¿Hay apoyos adecuados, físicos y de equipo, que fomentan la práctica segura?
- ¿Se aplican políticas que permiten a las enfermeras tratar problemas de la carga de trabajo?
- ¿Se dispone de programas de mentores y de instructores?
- ¿Tienen acceso las enfermeras a programas de formación continua?

Administración

- ¿Hay en la administración un sector especializado para los cuidados de salud?
- La administración, ¿asigna financiación para iniciar / proseguir estudios del entorno de trabajo?
- ¿Hay estrategias provinciales y regionales?
- La política oficial, ¿es favorable a que los recursos humanos de enfermería consigan o mantengan categoría profesional?
- ¿Prevé la administración un marco reglamentario para conseguir entornos de trabajo seguros?
- ¿Invierte la administración en salud y entornos de trabajo?
- ¿Hay financiación o apoyo suficiente de la administración para su sistema de atención de salud?

Asociación Nacional de Enfermería (ANE)

- ¿Defiende y promueve la ANE entornos de trabajo saludables para las enfermeras?
- ¿Defiende y promueve la ANE unas normas profesionales para las enfermeras?
- ¿Participa la ANE en la formación del público sobre la enfermería y el desarrollo profesional?

- La ANE, ¿fomenta y proporciona oportunidades de formación continua?
- ¿Se buscan alianzas con organizaciones de pacientes u otros grupos profesionales para conseguir un entorno seguro de trabajo?
- ¿Hay un modo de que las enfermeras hagan llegar comentarios u observaciones a la ANE?

Órgano de reglamentación

- ¿El Órgano de reglamentación, ¿examina periódicamente los ámbitos de la práctica y las competencias?
- ¿Se comunican claramente y se mantienen las normas de la práctica?
- ¿Hay sanciones adecuadas en los casos de infracción?
- ¿Hay un proceso de apelación que es ampliamente conocido?
- El Órgano de reglamentación, ¿analiza las tendencias para informar a los empleadores y a la administración de los nuevos problemas del personal?

Estrategias para el desarrollo de entornos positivos para la práctica profesional

El proceso para desarrollar entornos positivos para la práctica profesional tiene múltiples facetas, se da en múltiples niveles de la organización e implica a diversas personas. Como punto de partida, cada organización debe elaborar un perfil de sus recursos humanos que incluya la medición de aspectos tales como el ausentismo, y los coeficientes de puestos vacantes y de rotación del personal, además de datos demográficos como la edad y la experiencia. Este tipo de datos constituye una sólida base para la adopción de decisiones. Por su parte, las enfermeras pueden hacer avanzar el desarrollo de entornos positivos para la práctica profesional de las maneras siguientes:

- Continuando la promoción de la función de la enfermería.
- Definiendo el ámbito de la práctica de enfermería para que las enfermeras, otras disciplinas y el público conozcan la evolución de la profesión.
- Influyendo a favor del reconocimiento profesional y del mejoramiento de la remuneración.
- Elaborando y difundiendo una declaración de posición sobre la importancia de un entorno seguro de trabajo.
- Cerciorándose de que otras disciplinas participan en la elaboración de políticas favorables a entornos de trabajo seguros.
- Favoreciendo la investigación, recogiendo datos sobre la mejor práctica, y difundiendo los datos en cuanto estén disponibles.
- Alentando a los institutos de formación a que impulsen el trabajo en equipo y facilitando oportunidades para la colaboración y poniendo de relieve la teoría del trabajo en equipo.
- Ofreciendo recompensas a las instituciones de atención de salud que demuestren la eficacia de los entornos positivos para la práctica mediante iniciativas de contratación y de retención, menores índices de abandono de la profesión, la opinión pública, mejores cuidados e índices más elevados de satisfacción de los pacientes.
- Empleando el conjunto de instrumentos para proporcionar información de base acerca de la importancia de un entorno laboral positivo.

LA ENFERMERÍA IMPORTA

Las hojas informativas *La enfermería importa* facilitan información de referencia rápida y perspectivas internacionales de la profesión de enfermería sobre cuestiones actuales de salud y sociales

El CIE y la prevención de las lesiones por agujas

Datos y problemas

Al menos uno de cada ocho trabajadores de atención de salud sufre una herida por aguja hipodérmicas, que puede exponerle a infecciones graves o mortales

Las heridas accidentales por agujas hipodérmicas son, en los países industrializados, el problema más importante relacionado con los instrumentos punzantes y cortantes. Los trabajadores de salud en los Estados Unidos sufren, cada año, de 800.000 a 1 millón de heridas por agujas, y en esa cifra no se incluye un gran número de ellas que no se comunican. En los hospitales del Reino Unido se producen cada año más de 100.000 de esas heridas. En los países en desarrollo dichas lesiones quedan casi sin documentar, aunque probablemente son tan frecuentes o más que en los países industrializados. Más de 20 enfermedades de transmisión sanguínea pueden contagiarse a consecuencia de la exposición a la sangre. Los sistemas inadecuados de eliminación de los desechos llevan el problema, más allá de los trabajadores de salud, hasta el personal de limpieza y de lavandería, los porteros, los traperos y la comunidad en general².

En algunos países, los dispensadores de atención de salud se sienten obligados a poner inyecciones para satisfacer la idea que sus clientes tienen de un tratamiento adecuado. En tres estudios, hechos en el África Subsahariana y en Asia, se constató que entre el 60 y el 80% de las inyecciones puestas eran innecesarias y algunas veces, peligrosas. Los medicamentos más frecuentemente inyectados son los antibióticos².

Una hipótesis verdadera ¿Cómo prevenirla?

Un paciente de SIDA, agitado, intentó quitarse los catéteres intravenosos. El personal del hospital trató de impedirselo. En el forcejeo se salió un tubo intravenoso de perfusión, dejando expuesta la aguja conectora. Una enfermera recuperó esa aguja y trató de conectarla de nuevo. El paciente empujó el brazo de la enfermera y la aguja se clavó en la mano de otra enfermera. Tres meses después la enfermera que sufrió la herida de la aguja resultó seropositiva en las pruebas que se le practicaron¹.

Consecuencias para las enfermeras

De todos los trabajadores de atención de salud, las enfermeras presentan el índice más alto de lesiones por agujas. El riesgo de infección por herida de aguja, que corre un trabajador de salud depende del patógeno de que se trate, del estado inmune del trabajador, y de la gravedad de la lesión por aguja. La probabilidad de que una única herida de aguja dé lugar a la enfermedad es de tres a cinco veces por 1000 en el caso del VIH, de 300 veces por 1000 en el caso de la hepatitis B, y de 20 a 50 veces por 1000 en el caso de la hepatitis C.

Las heridas de aguja accidentales representan el 86% del total de las transmisiones profesionales de enfermedades infecciosas. El efecto emocional de una lesión por aguja puede ser fuerte aun cuando no se transmita una enfermedad grave, especialmente cuando la herida conlleva exposición al VIH. En un estudio hecho sobre 20 trabajadores de salud con exposición al VIH, 11 comunicaron preocupación aguda y grave, 7 experimentaron preocupación moderada persistente y 6 dejaron su trabajo a consecuencia de esa exposición.³

Aspectos económicos de las lesiones por aguja hipodérmica

Según la Asociación de hospitales de los Estados Unidos, un caso de infección grave por agentes patógenos de la sangre puede producir para el empleador costos de hasta 1 millón de dólares en concepto de pruebas, seguimiento, tiempo perdido y pagos por incapacidad. El costo del seguimiento de un caso de exposición de alto riesgo asciende a casi 3.000 dólares por cada herida de aguja, aun cuando no se produzca infección. Las agujas seguras cuestan solamente 28 centavos de dólar más que las normales. Se prevé que los hospitales de California ahorrarán más de 100 millones de dólares al año cuando apliquen la legislación que exige utilizar agujas seguras⁴.

Derechos de las enfermeras

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) deben tomarse todas las medidas adecuadas para prevenir, reducir o suprimir los riesgos contra la salud del personal de enfermería. Para esto es necesario:⁵

- Una política nacional general de salud e higiene en el trabajo.
- El establecimiento de servicios de salud en el trabajo.
- Acceso a controles médicos, de preferencia durante las horas de trabajo y sin costos para el trabajador.
- Secreto de los controles médicos.
- Compensación económica para los que están expuestos a riesgos especiales.
- Participación en todos los aspectos de las disposiciones de protección.

Lo que se puede hacer para protegerse a sí mismos y a los demás:

- ⇒ Evitar el empleo de agujas cuando hay alternativas seguras y eficaces.
- ⇒ Evitar poner el protector a las agujas.
- ⇒ Adquirir formación sobre los patógenos de transmisión sanguínea y seguir las prácticas recomendadas de prevención de las infecciones, entre ellas la vacuna contra la hepatitis B.
- ⇒ Comunicar todas las lesiones por agujas u otros instrumentos cortantes para recibir los cuidados adecuados de seguimiento.
- ⇒ Defender la vigilancia y las prácticas de trabajo seguras, con inclusión del acopio de datos.
- ⇒ Formar e influir a favor del desarrollo de una tecnología más segura.
- ⇒ Defender los exámenes y pruebas, el asesoramiento posterior a la exposición, la profilaxis, la ayuda jurídica y los grupos de apoyo.
- ⇒ Comprar equipo seguro según el poder adquisitivo.
- ⇒ Establecer o mantener un sistema de eliminación seguro y completo.
- ⇒ Fomentar la conciencia de la seguridad.
- ⇒ Evaluar las iniciativas de prevención y facilitar observaciones sobre los resultados.

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 120 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar la calidad de los cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Más información:
Mireille Kingma, C. elect: kingma@icn.ch

Julio de 2000

¹ Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo (NIOSH). Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings. Noviembre, 1999. Publicado en NR. N° 108 de 2000.

² Red mundial de la OMS para la seguridad de las inyecciones.

³ Henry et al., 1990. NIOSH Preventing Needle Stick Injuries in Health Care Settings

⁴ Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos, Nursing Facts: Needlestick Injury, 1998

⁵ Recomendación 157 de la OIT: Empleo y condiciones de vida y de trabajo del personal de enfermería.

LA ENFERMERÍA IMPORTA

*En las hojas informativas **La enfermería importa** se facilita información de referencia rápida y perspectivas internacionales de la profesión de enfermería sobre cuestiones actuales de salud y sociales.*

Inmunizaciones para los trabajadores de atención de salud: gripe o influenza y hepatitis B

Antecedentes

Las vacunas se usan ampliamente en todo el mundo para proteger a la población contra la enfermedad induciendo inmunidad. Los beneficios de la inmunización se reconocen en general: según estimaciones de la OMS, la vacunación evitó unos dos millones de muertes en 2002; desde 1998, cinco millones de personas han evitado la parálisis causada por la polio; y entre 1999 y 2003 las muertes por sarampión descendieron casi un 40%.¹ Además de reducir la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, la inmunización reduce también la presión que se ejerce sobre los sistemas de salud y, en muchos casos, ahorra dinero que puede orientarse hacia otros servicios de salud.¹ Por ello, la OMS reconoce que la vacunación es una de las inversiones en salud más económicas.¹

Los trabajadores de atención de salud que se ocupan de los pacientes corren un riesgo mayor de exposición a enfermedades evitables mediante vacunas, y de contagiar esas enfermedades a otros pacientes. Por eso, los sistemas de atención de salud de todo el mundo recomiendan la inmunización de los trabajadores de atención de salud contra determinadas enfermedades infecciosas. La razón de ello es triple. La vacuna contra determinadas enfermedades importantes protegerá a los trabajadores de salud, a sus familias y protegerá a sus pacientes. Sin embargo, a pesar de haberse adoptado estas políticas de inmunización, y de que los trabajadores de salud son los que aplican los programas de vacunación en toda la sociedad, los estudios demuestran que los índices de inmunización de los trabajadores de salud deben mejorarse.²

En la presente hoja informativa se estudian los problemas relacionados con la inmunización de los trabajadores de atención de salud contra dos importantes enfermedades que pueden evitarse con vacunas: la gripe y la hepatitis B.

¹ OMS: Boletín 288 "Inmunización contra las enfermedades importantes para la salud pública".

² Hoffman F et al. Infection 2006; 34:142-147.

Inmunización de los trabajadores de atención de salud contra la gripe

La gripe es la más común de las enfermedades evitables mediante vacuna y representa una morbilidad y mortalidad importantes.³ En los Estados Unidos, la gripe y la neumonía causan unas 40.000 muertes y más de 200.000 hospitalizaciones al año; juntas son la séptima de las principales causas de muerte y causan muchas más muertes que el SIDA.^{3,4}

El virus de la gripe es muy contagioso y en las instituciones de atención de salud se identifica frecuentemente la transmisión nosocomial de la gripe. Por su exclusivo entorno de trabajo, los trabajadores de salud corren un riesgo mayor de contraer la gripe y, por sus elevados niveles de dedicación a su trabajo, aun estando infectados muchos siguen cuidando a los pacientes.^{2,3} A la posibilidad resultante de difusión de la enfermedad en todas las instituciones de atención de salud viene a unirse el hecho de que aproximadamente el 50% de las personas que padecen la gripe no desarrollan los síntomas clásicos de ella y, por eso, quizá no sean conscientes de la infección, pero pueden difundir el virus durante 5 a 10 días.³

Durante los brotes de gripe, las instituciones de atención de salud se encuentran muchas veces con personal escaso y tienen una capacidad reducida. Protegiendo a los trabajadores de salud mediante la vacunación puede contribuirse a aliviar esta situación y a reducir la transmisión a los pacientes, aminorando así los mayores costos hospitalarios relacionados con los brotes nosocomiales de enfermedades. En consecuencia, muchas instituciones recomiendan a los trabajadores de salud la vacunación rutinaria contra la gripe. Por ejemplo, el Centro estadounidense de Lucha y prevención de las enfermedades adoptó esta recomendación a principios del decenio de 1980 y, en antes del año 2000, 12 países europeos habían hecho otro tanto.²

Índices de vacunación contra la gripe entre los trabajadores de atención de salud

Los estudios demuestran que, a pesar de las ventajas que la vacunación contra la gripe tiene para los trabajadores de salud y sus familias y para los pacientes, los índices de cobertura son muy diferentes y con frecuencia son bajos. En un examen de los estudios hechos sobre los índices de vacunación, se vio que los vacunados variaban entre el 2% y el 82 por ciento.² Aun cuando los índices son más altos en los EE.UU. que en Europa, los vacunados en 2002 en los EE.UU. fueron sólo el 38% mientras que, de los trabajadores de atención de salud europeos sólo se vacunaron entre el 12% y el 25 por ciento.²

Mejorar los índices de vacunación contra la gripe

Aun cuando la decisión de vacunarse corresponde en definitiva a cada uno de los trabajadores de salud, los estudios muestran que con las campañas de inmunización integrada puede aumentar el número de vacunados. Entre las características más notables de unas campañas más eficaces pueden citarse “la notificación, la formación y la vacunación”.² Entre las notificaciones se cuentan las comunicaciones

3 Backer H. Enfermedades clínicas infecciosas 2006; 42 (15 de abril).

4 Véanse más detalles en la dirección www.ifpma.org/influenza

individuales, tales como las que se hacen por correo electrónico, en las hojas de salarios y en memorandos. La formación puede adoptar muchas formas, como las sesiones de formación durante el servicio, y las conferencias. Finalmente, la inmunización debe ser gratuita y fácilmente accesible, por ejemplo en clínicas de día y en vehículos de vacunación.

El elemento de formación es importante y, además de incluir el motivo de protegerse a sí mismo, a la familia y a los pacientes, debe tratar las razones que dan generalmente los trabajadores de atención de salud para no recibir la vacuna. Los estudios demuestran que los trabajadores de atención de salud evitaban la vacunación por diversas razones erróneas. En particular, los trabajadores citaban el temor a efectos perjudiciales, la creencia de que la vacuna puede causar la gripe, y la percepción de que el riesgo de infección es bajo y la vacuna carece de eficacia.² Y ello, a pesar de que, como sucede con cualquier vacuna, pueden darse casos adversos, pero son en general reacciones locales a la inyección, benignas y de corta duración; otros efectos pueden darse menos frecuentemente. Además, la vacuna es eficaz contra la gripe en un 70% a 90% en los adultos sanos cuando las cepas de la vacuna son iguales a las que están en circulación.² En conjunto, es evidente que, para ser eficaces, las campañas han de demostrar que las ventajas de la vacunación superan a los temores de los trabajadores.

Immunizar contra la hepatitis B

Con más de 300 millones de portadores en todo el mundo,^{5 6} la hepatitis B representa un grave riesgo de infección para los trabajadores de salud.⁷ Según estimaciones de los científicos, puede ser que en el año 2000 contrajeran la hepatitis B hasta 66.000 trabajadores de atención de salud, por las heridas profesionales causadas por instrumentos cortantes o punzantes.⁸ En los Estados Unidos, 1.450 personas de atención de salud, según las estimaciones, contrajeron la enfermedad en 1993 por exposición a sangre infectada o a fluidos corporales serosos, cifra que por sí sola representa una disminución del 90% de los casos desde 1985.⁵ En su recomendaciones de 1997 sobre la inmunización de los trabajadores de atención de salud, el Centro estadounidense de Lucha y prevención de las enfermedades sugería que entre el 5% y el 10% del personal de atención de salud adquiere una infección crónica de hepatitis B que les pone en peligro de cirrosis hepática, de cáncer, o de muerte.⁵ Las personas que sufren la enfermedad pueden ser contagiosas durante el resto de su vida. Las estimaciones sugieren que antes morían en los Estados Unidos por infección de la hepatitis B entre 100 y 200 trabajadores de atención de salud.⁵

Por tanto, para protegerse contra los graves efectos de la infección de la hepatitis B, los trabajadores de atención de salud que están expuestos a la sangre u otros fluidos corporales contaminados con sangre deben vacunarse. Si bien puede ser que las políticas de los distintos sistemas de atención de salud varíen, puede ser adecuado, más bien que vacunar a los trabajadores antes de la exposición, ofrecerles la profilaxis después de la exposición, aunque sólo raras veces estén expuestos a la sangre.

5 Maynard J. Vaccine 1990 Mar. 8 Suppl: S18-20; discussion S21-3.

6 OMS Página informativa 204 "Hepatitis B"

7 MMWR 1997;46(RR-18):1-42.

8 Pruss-Ustun A et al. Am J Ind Med 2005 Dec;48(6):482-90.

Puebas para los que corren riesgos

Además de la vacunación, puede ser conveniente que los trabajadores de salud que tienen probabilidades de verse expuestos a sangre, o contactos con pacientes, y los que corren riesgos de heridas por agujas o por instrumentos cortantes se hagan pruebas serológicas después de la inmunización para asegurarse de que los niveles de anticuerpos son suficientes para dar protección.

En resumen

Los trabajadores de atención de salud corren un riesgo cada vez mayor de infección por la naturaleza de sus ocupaciones. Con la exposición a los pacientes aumenta la probabilidad de contraer diversas enfermedades, entre ellas la gripe y la hepatitis B. Ambas infecciones son causa de una morbilidad y mortalidad importantes y, en consecuencia, los trabajadores de atención de salud deben vacunarse para protegerse a sí mismos, a sus familias y a sus pacientes⁹.

El **Consejo Internacional de Enfermeras** es una federación de más de 120 asociaciones nacionales de enfermeras, que representa a los millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para conseguir unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Para obtener más información, pónganse en contacto con:

icn@icn.ch

Seguridad de los pacientes

Declaración de posición del CIE:

La seguridad de los pacientes es fundamental para una atención de salud y de enfermería de calidad. El CIE está convencido de que para mejorar la seguridad de los pacientes es precisa una amplia diversidad de medidas en el reclutamiento, la formación y la retención de los profesionales de la atención de salud, es necesario mejorar las prestaciones, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, con inclusión de la lucha contra las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno de los cuidados, y la acumulación de un acervo integrado de conocimientos científicos centrados en la seguridad de los pacientes y la infraestructura necesaria para su mejoramiento.

Las enfermeras se ocupan de la seguridad de los pacientes en todos los aspectos de los cuidados que prestan. Esto incluye informar a los pacientes y otras personas del riesgo y del modo de reducirlo, defender la seguridad de los pacientes y comunicar los acontecimientos adversos.

La pronta identificación del riesgo tiene una importancia primordial para prevenir daños de los pacientes y depende de que se fomente una cultura de confianza, sinceridad, integridad, y abierta comunicación entre los pacientes y los dispensadores de cuidados en el sistema de atención de salud. El CIE es firme partidario de un planteamiento global, basado en la transparencia y en la comunicación – y no en culpar y avergonzar al dispensador de los cuidados – y de que se incorporen medidas para tratar los factores humanos y del sistema en los acontecimientos adversos.

El CIE se siente profundamente preocupado por la grave amenaza contra la seguridad de los pacientes y la calidad de los cuidados, que resulta de la insuficiencia del número de recursos humanos idóneamente formados. Esa amenaza proviene de la actual escasez mundial de enfermeras.

El CIE está convencido de que las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras tienen el deber de:

- Informar a los pacientes y sus familias de los posibles riesgos.
- Comunicar prontamente a las autoridades competentes los casos adversos.
- Ejercer una activa función de evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados.
- Mejorar la comunicación con los pacientes y los demás profesionales de atención de salud.
- Influir para que los niveles de dotación de personal sean adecuados.
- Favorecer las medidas que mejoren la seguridad de los pacientes.
- Promover programas rigurosos de lucha contra las infecciones.

- Influir a favor de políticas y protocolos de tratamiento normalizados que reduzcan al mínimo los errores.
- Relacionarse con los órganos profesionales que representan a los farmacéuticos, los médicos, etc., para que mejore el embalaje y etiquetado de los medicamentos.
- Colaborar con los sistemas de comunicación nacionales para registrar y analizar los acontecimientos adversos y aprender de ellos.
- Desarrollar mecanismos, por ejemplo mediante la acreditación, para que se reconozcan las características de los dispensadores de atención de salud, que constituyen la marca de excelencia en la seguridad de los pacientes.

Antecedentes

Si bien las intervenciones de atención de salud persiguen el beneficio del público, hay un elemento de riesgo de que se produzcan errores y casos adversos por la compleja combinación de procesos, tecnologías y factores humanos relacionados con los cuidados de salud. El caso adverso puede definirse como el daño o lesión causados por el modo en que los profesionales de la atención de salud han gestionado la enfermedad o condición del paciente, y no por la propia enfermedad o condición.¹ Entre las amenazas más comunes contra la seguridad de los pacientes pueden mencionarse los errores de medicación, las infecciones hospitalarias, la exposición a dosis de radiación elevadas y el uso de medicamentos falsificados.

Si bien los errores humanos desempeñan una importante función en los acontecimientos adversos graves, en general también son inherentes a esos acontecimientos factores sistémicos que, de haber sido adecuadamente tratados, hubieran impedido tales errores.

Hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal de las instituciones guardan relación con el aumento de acontecimientos tales como las caídas de los pacientes, las heridas causadas por la permanencia en cama, los errores de medicación, las infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales.² La escasez y los pobres rendimientos del personal por su baja motivación o la insuficiencia de sus capacidades técnicas son también importantes factores determinantes de la seguridad de los pacientes.

1 Thomas, E.J; & Brennan, BMJ, Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. 18 de marzo de 2000. pág. 9.

2 Aiken, I.H. et al. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA (2002); 288: 1987-1993.

La deficiente calidad de los cuidados es la causa de un número importante de casos adversos que tienen graves repercusiones financieras en los gastos de la atención de salud.

Adoptada en 2002

Declaraciones de posición relacionadas:

- Protección del título de "Enfermera"
- La reglamentación de la enfermería
- Ámbito de la práctica de la enfermería
- Personal auxiliar o de apoyo de enfermería

Publicaciones del CIE:

- Seguridad de los pacientes, Hoja informativa de la Alianza Mundial de Profesionales de Salud (2001).

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 120 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Abuso y violencia contra el personal de enfermería

Declaración de posición del CIE:

El CIE condena decididamente todas las formas de abuso y violencia contra el personal de enfermería, incluido el acoso sexual. Estos actos violan los derechos de la enfermera a la dignidad e integridad personales y a verse libre de todo daño.

El CIE condena los actos de abuso y violencia cometidos contra **cualquier persona**, incluidos los demás profesionales de cuidados de salud, pacientes, niños, ancianos y otros ciudadanos privados. Además, en el sector del empleo, las enfermeras son un grupo de trabajadores que están especialmente en peligro y, por ello, se ha de seguir procurando suprimir todas las formas de abuso y violencia contra el personal de enfermería.

El CIE está firmemente convencido de que, en las instalaciones de salud, la violencia en el lugar de trabajo amenaza la prestación de servicios eficaces de atención al paciente y, *por tanto, la seguridad de los pacientes*. Para poder dispensar unos cuidados de calidad, el personal de enfermería debe tener garantizado un entorno de trabajo seguro y un trato respetuoso. Las cargas de trabajo excesivas, las condiciones de trabajo inseguras y el apoyo inadecuado pueden considerarse formas de violencia e incompatibles con el buen ejercicio de la profesión.

El CIE promueve políticas de "no tolerancia" de la violencia, p. ej. legislación, reglamentos de personal, sanciones judiciales, normas del medio laboral y normas culturales, y contribuye al desarrollo de ellos. Deben aplicarse sanciones que reflejen la gravedad de cualquier incidente concreto. Es importante la cooperación con otras organizaciones que tengan metas comunes, en esta campaña contra la violencia.

El CIE está convencido de que cada enfermera tiene la responsabilidad personal de informar e intervenir eficazmente cuando se producen incidentes de violencia en el lugar de trabajo. Deben aplicarse medidas de seguridad adecuadas para proteger a los estudiantes de enfermería que corren riesgos especiales de violencia en el trabajo.

El CIE insta a las asociaciones nacionales de enfermeras a intervenir activamente para:

- Sensibilizar al público y a la comunidad de enfermería de las diversas manifestaciones de violencia contra el personal de enfermería.
- Asegurar el acceso del personal de enfermería (víctima o causante de violencia) a los servicios de asesoramiento, y apoyar a las enfermeras durante los procedimientos de denuncia/compensación y reclamación.

Abuso y violencia contra el personal de enfermería, página 2

- Negociar la introducción y mantenimiento en el entorno de trabajo de medidas de seguridad adecuadas y de un mecanismo confidencial de tramitación de quejas.
- Apoyar a las enfermeras y facilitarles el acceso a ayuda jurídica cuando proceda.
- Celebrar reuniones con altos cargos de los correspondientes grupos empleadores y con las organizaciones nacionales de salud y otras para obtener su ayuda en la consecución de entornos de trabajo seguros y respetuosos.
- Cerciorarse de que los empleadores cumplen sus obligaciones de seguridad e higiene en el trabajo, incluidas la de conseguir niveles adecuados de dotación de personal y métodos de trabajo que favorezcan los cuidados de calidad y la de promover pautas de comportamiento seguras. Esto puede incluir la vigilancia y la denuncia de los empleadores que no cumplan estas obligaciones.
- Cerciorarse de que se conocen y se tiene acceso a los recursos actuales de que disponen las enfermeras para tratar los abusos y o la violencia en el lugar de trabajo.
- Proporcionar e impulsar una mayor formación y capacitación continua en lo que se refiere al reconocimiento y la gestión del abuso y la violencia en el lugar de trabajo.
- Ayudar a crear una cultura de la enfermería que no perpetúe la tendencia de las enfermeras a culparse a sí mismas de los incidentes de violencia.
- Fomentar imágenes positivas de la enfermería y el respeto de los derechos de las enfermeras a la dignidad y a la seguridad personal mediante modelos de referencia. Integrar en los planes de estudios de enfermería cursos sobre la supresión y/o gestión de la violencia.
- Contribuir al acopio de datos fiables sobre la violencia en el sector de salud.
- Contribuir al desarrollo de métodos de trabajo que proporcionen cuidados de calidad, mantengan niveles adecuados de dotación de personal y fomenten pautas de comportamiento seguras.
- Negociar estrategias de reducción de la violencia en el lugar de trabajo que incorporen intervenciones orientadas a la organización, al entorno y a las personas.
- Crear o facilitar mecanismos de denuncia eficaces, confidenciales y de fácil acceso.
- Prestar apoyo a las instituciones de formación para que introduzcan formación oficial en lo referente al abuso y la violencia en el lugar de trabajo.

Antecedentes:

Con la enfermedad y otros factores capaces de amenazar la vida, se causa estrés en los pacientes, los miembros de su familia y el personal de los servicios de salud. Ese estrés puede agravar los factores conducentes a la violencia, cuyos niveles, según informes, van en aumento en la sociedad en general y en los lugares de trabajo de salud en particular.

La violencia en el lugar de trabajo es universal y generalizada. Las consecuencias de la violencia psicológica (más extendida) son tan graves, si no más, que las de la violencia física.

Las condiciones de trabajo específicas del sector de salud ponen a las enfermeras y otro personal de salud en mayores riesgos de violencia, por:

- Las pautas de dotación de personal, sobre todo cuando éstas y la supervisión son inadecuadas, el empleo de personal temporero e inexperimentado, y el hecho de ser las únicas responsables de las unidades de cuidados de salud.
- El trabajo por turnos, incluidos los desplazamientos nocturnos de ida y vuelta al trabajo.
- Las medidas de seguridad deficientes en las instalaciones de salud.
- Las intervenciones que exigen un contacto físico próximo.
- Las cargas de trabajo exigentes, que se dan con frecuencia en entornos emotivamente tensos.
- Los lugares de trabajo fácilmente accesibles con poca o ninguna privacidad.
- Las visitas a domicilio, con el aislamiento que conllevan.

Las investigaciones demuestran que, de todo el personal de salud, el de enfermería es el más expuesto al riesgo de violencia en el lugar de trabajo. La prevalencia y las repercusiones de la violencia contra el personal de enfermería, tanto masculino como femenino, resulta inquietante cuando se compara con lo que sucede en otras profesiones. Los efectos de la violencia van más allá del lugar de trabajo y afectan a la familia de la víctima y a los observadores: este fenómeno recibe el nombre de violencia contra terceros. No debe minimizarse la importancia del abuso verbal, cuyos efectos son similares a los de la violencia física, incluidas sus repercusiones en la prestación de los cuidados.

En el pasado, muchas culturas han aceptado de manera encubierta la violencia física, el acoso sexual o el abuso verbal contra la mujer, a pesar de ser una violación de sus derechos humanos. Con demasiada frecuencia también las enfermeras aceptan pasivamente el abuso y la violencia "como parte del trabajo": actitud que algunas veces comparten el público en general y el sistema judicial. Las presiones que se ejercen sobre las víctimas mujeres y hombres para que guarden silencio son enormes y la escasez de las denuncias ha dificultado el desarrollo y la aplicación de estrategias eficaces para reducir la violencia en el lugar de trabajo.

Se ha esperado de las enfermeras que hagan frente a la violencia aun cuando son pocos los programas de formación del personal de enfermería en los que se identifican situaciones posiblemente peligrosas y se preparan mecanismos eficaces para tratar las agresiones.

Las consecuencias del abuso físico y verbal y del acoso sexual son, entre otras, las siguientes:

- Conmoción grave, incredulidad, culpa, cólera, depresión, miedo, sentimiento de culpabilidad, impotencia, y explotación.
- Lesiones y perturbaciones físicas (p. ej. migraña, vómitos), y trastornos sexuales.
- Aumento del estrés y la ansiedad.
- Pérdida de la propia estima y de la confianza en la competencia profesional.
- Comportamiento elusivo que puede afectar negativamente al desempeño de las tareas, y absentismo.
- Efecto negativo en las relaciones interpersonales.
- Pérdida de satisfacción en el trabajo, pérdida de moral de trabajo y aumento del índice de rotación del personal.

La violencia es destructiva por naturaleza e incide de manera profundamente negativa en los observadores y en las víctimas, que a menudo muestran síntomas de respuesta postraumática al estrés. Puede decirse que la violencia "envenena" el entorno de trabajo.

Referencias:

Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo, Ginebra, CIE, 2004.
OIT/CIE/OMS/ISP Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de salud
(http://www.icn.ch/SewWorkplace/WViolence.es15Feb_03Fin.pdf)

Adoptada en 2000, revisada en 2006

Declaraciones de posición relacionadas:

- Bienestar social y económico de las enfermeras
- Permanencia, transferencia y migración de las enfermeras
- Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras
- Las enfermeras y el trabajo por turnos
- Desarrollo de los recursos humanos de salud
- Las enfermeras y los derechos humanos

Publicaciones del CIE:

- Directrices para hacer frente a la violencia
- Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de salud

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 120 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras

Declaración de posición del CIE:

El CIE hace suyos los resultados de la investigación según los cuales un entorno de trabajo seguro en el sector de salud contribuye en medida significativa a la seguridad de los pacientes y favorece los resultados positivos en ellos. Para ese fin, el CIE promueve la elaboración y aplicación de políticas o instrumentos internacionales que preserven el derecho de las enfermeras a un entorno seguro de trabajo, a la formación continua, la inmunización y los vestidos o equipo de protección. El CIE confirma de nuevo su mandato de alentar la investigación en este sector y de distribuir periódicamente información pertinente a los interesados que convenga.

El CIE lamenta la falta de una legislación nacional adecuada sobre seguridad e higiene en el trabajo, que cubra a las enfermeras en el lugar de su empleo; lamenta también los mecanismos, frecuentemente deficientes, para la participación de los trabajadores en la vigilancia y supresión de los riesgos profesionales, y la insuficiencia de los recursos asignados para conseguir unos servicios óptimos de seguridad e higiene en el trabajo y de inspección laboral.

El CIE apoya decididamente los diversos Convenios de la OIT sobre seguridad e higiene en el trabajo, y está convencido de que las asociaciones nacionales de enfermeras deben:

- Instar a sus respectivos gobiernos a velar por que todos los organismos de salud estén cubiertos por las disposiciones de la Legislación sobre Seguridad e higiene en el trabajo. Esto puede hacerse mediante el ejercicio de influencia y la acción política individual o colectiva.
- Iniciar y apoyar en sus respectivos países la investigación sobre la seguridad e idoneidad del entorno de trabajo de las enfermeras y sobre los comportamientos, actitudes, procedimientos y actividades de riesgo.
- Sensibilizar al personal de enfermería, a los empleadores y al público de los riesgos profesionales, con inclusión de la violencia y el abuso, que existen en el sector de salud.
- Mejorar la conciencia que las enfermeras (en tanto que trabajadoras) tienen de sus derechos a un entorno seguro de trabajo y de sus obligaciones, para proteger su seguridad y aumentar la seguridad de otras personas.
- Persuadir a los gobiernos y empleadores para que adopten y apliquen todas las medidas necesarias, inclusive la vacunación si fuera preciso, para preservar la salud y el bienestar de las enfermeras que corren riesgos en el desempeño de su trabajo.
- Instar a los gobiernos y empleadores a que garanticen que el personal de enfermería tendrá acceso a medidas y equipos de protección, sin costos adicionales.
- Alentar a las enfermeras a que se pongan las vacunas que convenga para su salud y seguridad en el lugar de trabajo.

- Colaborar con las autoridades competentes para conseguir que la Lista de enfermedades ocupacionales esté al día y evaluar regularmente su importancia para el personal de enfermería.
- Apoyar las reclamaciones de compensación hechas por las enfermeras en relación con enfermedades o lesiones laborales.
- Obtener y difundir información sobre la incidencia de los accidentes, lesiones y enfermedades laborales de las enfermeras.
- Cooperar con otras organizaciones favorables al derecho de los trabajadores a un entorno seguro de trabajo.
- Reconocer la importancia de las relaciones que existen entre los trabajadores y sus familias, para elaborar políticas de salud y seguridad en el trabajo y planes de tratamiento, culturalmente adecuados.
- Conseguir que las enfermeras, en su función de defensa de los pacientes, se vean libres de toda intimidación.
- Solicitar sistemas adecuados de vigilancia en todos los niveles, para que las políticas se apliquen de manera adecuada.
- Difundir información sobre la presencia de riesgos nuevos en el lugar de trabajo.
- Difundir información cuando los empleadores no cumplan la legislación sobre salud y seguridad en el trabajo, y utilizar mecanismos de información sobre tales incumplimientos.

El CIE es favorable a la ampliación de la función que desempeña la enfermera de salud e higiene en el trabajo para satisfacer las necesidades de atención primaria de salud de los trabajadores, y pide una remuneración equitativa y estructuras de carrera profesional adecuadas que favorezcan el desarrollo profesional. El CIE hace un llamamiento para que se reconozca la salud y seguridad en el trabajo como función profesional de la enfermería, con una remuneración adecuada que corresponda al nivel de experiencia y capacidad y con incentivos que atraigan y retengan a las enfermeras en este sector de su práctica profesional.

Antecedentes:

El CIE reconoce la importante función que la seguridad e higiene en el trabajo desempeñan en la promoción de la salud. Por otra parte, el CIE reconoce también que las enfermeras han adquirido unos conocimientos y experiencia cada vez mayores en el sector de la salud y seguridad en el trabajo, y que los servicios prestados a los trabajadores son eficientes en costos.

La atención a los pacientes mejora cuando el entorno de trabajo del personal de salud es seguro. El entorno de trabajo de la enfermera es a menudo inseguro por:

- La contaminación medioambiental causada por los desechos resultantes de la actividad humana e industrial.
- Los riesgos (p. ej. químicos, biológicos, físicos, ruidos, radiaciones, trabajo repetitivo).
- La tecnología médica: la falta de mantenimiento y la formación inadecuada para utilizar esa tecnología.

- El acceso inadecuado a vestidos de protección y equipos de seguridad.
- La perturbación de las pautas de vida diarias, relacionada con el trabajo por turnos.
- Las crecientes demandas que pesan sobre los recursos emocionales, sociales, psicológicos y espirituales de la enfermera que trabaja en contextos políticos, sociales, culturales, económicos y clínicos complejos.
- Los incidentes de violencia, inclusive de acoso sexual.
- Las características ergonómicas deficientes (ingeniería y diseño de los equipos, materiales e instalaciones médicos).
- La asignación inadecuada de los recursos, p. ej. humanos y financieros.
- El aislamiento.

El CIE hace observar que la mayoría de los gobiernos no recogen información actual y precisa sobre la incidencia de los accidentes, lesiones y enfermedades del personal de enfermería, como base para formular políticas sólidas. La falta de datos pertinentes es causa de gran preocupación.

En algunos países no hay legislación alguna sobre seguridad e higiene en el trabajo. En otros, los medios de vigilar su aplicación y los mecanismos de corrección de los empleadores infractores son ineficaces o inexistentes. Otros países han adoptado legislación que no se aplica a los hospitales ni a otros organismos de salud.

El Convenio N° 149 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre El empleo y las condiciones de vida y de trabajo del personal de enfermería ¹⁾ pide a los estados miembros “que mejoren las leyes y reglamentos vigentes sobre seguridad e higiene en el trabajo, adaptándolos al carácter especial del trabajo de enfermería y del medio en que se ejerce”. La Sección IX de la *Recomendación (157)* ¹⁾ que la acompaña, elabora aún más las medidas que se consideran necesarias para conseguir la seguridad e higiene de las enfermeras en el lugar de trabajo.

¹⁾ Organización Internacional del Trabajo, **Convenio 149 y Recomendación 157 referentes a las condiciones de empleo, trabajo y vida del personal de enfermería**, Ginebra, OIT, 1977.

Adoptada en 1987, revisada y actualizada en 2006

Declaraciones de posición relacionadas: <ul style="list-style-type: none">• Abuso y violencia contra el personal de enfermería• Las enfermeras y el trabajo por turnos	Publicaciones del CIE: <ul style="list-style-type: none">• Directrices para hacer frente a la violencia• Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de salud
--	---

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 120 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

El CIE hace un llamamiento en favor de los entornos favorables de la práctica profesional para asegurar la calidad de los cuidados dispensados al paciente

Ginebra, 12 de mayo de 2007 – Sobre la base de la convicción y con el apoyo de pruebas de que en los buenos lugares de trabajo de atención de salud se dispensan cuidados de calidad a los pacientes, el CIE ha hecho un llamamiento mundial para abordar y mejorar las graves deficiencias que actualmente hay en el entorno laboral de la salud en todas las regiones del mundo. La prestación de unos servicios de salud seguros, de gran calidad y eficientes depende de la competencia profesional de los trabajadores de salud y de un entorno laboral que favorezca la excelencia de los resultados. Las actuales desinversiones que están produciéndose en el sector de salud de muchos países han dado lugar al empeoramiento de las condiciones de trabajo. Ello ha tenido efectos negativos graves para la contratación y la retención del personal de salud, para la productividad y los resultados de las instituciones de salud y, en definitiva, para lo resultados obtenidos en los pacientes. Los entornos favorables para la práctica han de establecerse en todo el sector de salud, para que puedan alcanzarse las metas de salud, nacionales e internacionales.

“La meta que el CIE persigue al hacer un llamamiento en favor de los entornos favorables para el ejercicio de la profesión es mejorar la calidad de los servicios en todos los entornos de la atención de salud que favorecen la excelencia de los resultados” declaró Hiroko Minami, Presidenta del CIE. “Estamos convencidas de que los pacientes y el público tienen derecho a las mejores prestaciones de las enfermeras y demás profesionales de la atención de salud. Eso solamente puede conseguirse en un lugar de trabajo que capacite y sostenga unos recursos humanos capacitados y bien formados”.

El CIE ha puesto de relieve este problema con ocasión del Día Internacional de la Enfermera, al publicar un conjunto de instrumentos de información y de actuación titulado, “*Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente*”. El conjunto de instrumentos está destinado a hacer a las enfermeras más conscientes y estimular sus actuaciones, y puede ser utilizado por los directores, las enfermeras de atención directa, los funcionarios principales de enfermería, las asociaciones profesionales y los órganos de reglamentación. Proporciona datos sobre los entornos favorables para la práctica profesional a todas las personas que estén interesadas en mejorar la prestación de unos servicios de calidad. El conjunto de instrumentos se ha distribuido a todas las asociaciones miembros del CIE y a los representantes de la enfermería en todo el mundo. Puede accederse a él en tiempo real en la dirección www.icn.indkit.htm

El establecimiento de entornos favorables para la práctica seguirá siendo un programa prioritario en los años venideros, tanto para el CIE como para su recientemente inaugurado Centro internacional para los recursos humanos de enfermería. El objetivo de este Centro es mejorar la calidad de la atención a los pacientes impulsando la enfermería y los servicios de salud; y las actividades de promoción de los entornos favorables para la práctica serán impulsadas mediante los datos, los instrumentos y las normas que se encuentra en su sitio web. (mwww.ichrn.org).

Nota de la redacción

El **Consejo Internacional de Enfermeras** es una federación de 129 asociaciones nacionales de enfermeras, que representa a los millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras desde 1899, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para conseguir unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Para obtener más información, pónganse en contacto con Linda Carrier-Walker

Tfno.: +41 22 908 0100 Fax: +41 22 908 0101

C. elect.: carrwalk@icn.ch Sitio web del CIE: www.icn.ch

Referencias

- Ahlberg-Hulten GK, Theorell T & Sigala F (1995). Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21(6), 435-439.
- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM & Silber JH (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1619.
- Aiken LH, Sloane, DM & Klocinski JL (1997). Hospital nurses occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health*, 87(1), 103-107.
- Alexander JA, Bloom JR & Nuchols BA (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: An organization-level analysis. *Industrial Relations*, 33(4), 505-520.
- Al-Shammari MM (1992). Organizational climate. *Leadership & Organization Development*, 13(6), 30-32.
- Federación estadounidense de profesores (1995). *Definition of "safe staffing."* Disponible en el sitio web de Federación estadounidense de profesores, <http://www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm>
- Baguley K (1999). *Workplace empowerment, job strain, and affective organizational commitment in critical care nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behavior*. Tesis no publicada de Master, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.
- Baker R, Norton P, Flitoff V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Baumann A, Blythe J, Cleverley K, Grinspun D & Tompkins A (2006). *Health Human Resource Series Number 3. Educated and underemployed: The paradox for nursing graduands*. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, Yan J, Degelder J & Malikov K (2006). *Health Human Resource Series Number 4. Retention strategies for nurses: A four country comparison*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Baumann A, Hunsberger M, Blythe J & Crea M (2006). *Health Human Resource Series Number 6. The new healthcare worker: Implications of changing employment patterns in rural and community hospitals*. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron, et al. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.

- Becton, Dickinson and Company (2006). *BD y el Consejo Internacional de Enfermeras colaboran para abordar la crisis de los recursos humanos de salud en África*. Disponible en el sitio web de BD, <http://www.bd.com/>
- Best M & Thurston E (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 283-290.
- Best M & Thurston E (2006). Canadian public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nursing*, 23(3), 250-255.
- Blegen MA (2006). Patient safety in hospital acute care units. *Annual Review of Nursing Research*, 24.
- Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Bryce EA, Ford J, Chase L, Taylor C & Scharf S (1999). Sharps injuries: Defining prevention priorities. *American Journal of Infection Control*, 27(5), 447-452.
- Brown SP & Leigh TW (1996). A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 358-368.
- Buchan J & Calman L (2004). *La escasez mundial de enfermeras especialistas: Visión general de los problemas y actuaciones*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Centro canadiense de salud y seguridad en el trabajo (Enero de 2005). *Needlestick injuries*. Disponible en el sitio web del Centro canadiense de salud y seguridad en el trabajo, http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html
- Asociación de Enfermeras del Canadá (2006). *Vision and mission*. Recuperado el 1º de diciembre de 2006, en http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default_e.aspx
- Choi BCK, Levitsky M, Lloyd RD & Stones IM (1996). Patterns and risk factors for sprains and strains in Ontario, Canada 1990: An analysis of the workplace health and safety agency database. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(4), 379-389.
- Cox S & Flin R (1998). Safety culture: Philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*, 12(3), 189-201.
- Dickson M W, Resick C J & Hanges PJ (2006). When organizational climate is unambiguous, it is also strong. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 351-364.
- Downey HK, Hellriegel D & Slocum JW (1975). Congruence between individual needs, organizational climate, job satisfaction and performance. *The Academy of Management Journal*, 18(1), 149-155.
- Engkvist IL, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E, Menckel E & Ekenvall L (1998). PROSA study group. The accident process preceding overexertion back injuries in nursing personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24, 367-375.
- Flexner A (1910). *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching*. Recuperado el 18 de octubre de 2006, en http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf

- Gaudine AP (2000). What do nurses mean by workload and work overload? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(2), 22-27.
- Griffin MA & Neal A (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 347-358.
- Consejo Internacional de Enfermeras (n.d.). *Coeficientes de pacientes por enfermera*. Disponible en el sitio web del CIE, http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm
- Consejo Internacional de Enfermeras (2004). *Medición de la carga de trabajo para determinar los niveles de personal*. Ginebra, Suiza
- Consejo Internacional de Enfermeras (2006). *Personal fiable, vidas salvadas: conjuntos de instrumentos de información y actuación*. Disponible en el sitio web del CIE, <http://www.icn.ch/indkit2006.htm>
- Institute of Medicine (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine 2000). Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- Kingma M (2006). *Nurses on the move*. New York: Cornell University Press.
- Koehoorn M, Kennedy S, Demers P, Clyde Hertzman C & and Village J (2000). *Musculoskeletal injuries among health care workers: Individual, biomechanical and work organization factors*. Disponible en el sitio web de Work Safe BC, http://www.worksafebc.com/about_us/library_services/reports_and_guides/wcb_research/Default.asp
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer M & Schmallenberg C (1988). Magnet hospitals: Part 1 institutions of excellence. *Journal of nursing Administration* 18(1), 13-24.
- Kristensen TS (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25(6), 550-557.
- Lancaster AD (1997). Consult stat: Understaffing can increase infection rates. *RN*, 60(10), 79.
- Laschenger HKS, Wong C, McMahon L & Kaufmann C (1999). Leader behaviour effect on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29 (5), 28-39.
- Leveck ML & Jones CB (1996). The nursing practice environment, staff retention and quality of care. *Research in Nursing and Health* 19(4), 331-343.
- Lowe GS (2004). *Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results*. Disponible en el sitio web de Canadian Policy Research Network, <http://www.cprn.com/en/doc.cfm?doc=536>
- Lowe GS (2005). Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become "preferred employers." *Healthcare Quarterly*, 8, 60-63.

- McClure ML (2005). Magnet hospitals: Insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198-201.
- McClure M, Poulin M, Sovie M & Wandelt M (1983). *Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.
- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9-37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Mearns KJ & Flin R (1999). Assessing the state of organizational safety—Culture or climate? *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social* 18(1), 5-17.
- Morrison R S, Jones C B & Fuller B (1997). The relationship between leadership style and empowerment on job satisfaction on nurses. *Journal of Nursing Administration* 29(5), 28-29.
- National Task Force on Violence Against Social Care Staff (2001). *Report and national action plan*. Recuperado el 1º de diciembre de 2006, en <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/28/20/04062820.pdf>
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nolan M, Lundh U & Brown J (1999). Changing aspects of nurses' work environment: A comparison of perceptions in two hospitals in Sweden and the UK and implications for recruitment and retention of staff. *NT Research*, 4(3), 221-233.
- O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C & Bruce S (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weave, MT, Williams OD et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2006a). *Healthy work environments best practice guidelines: Collaborative practice among nursing teams*. Toronto, Ontario, Canadá: Autor. (Próxima publicación: Invierno de 2006).
- Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2006b). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining effective staffing and workload practices*. Toronto, Ontario, Canadá: Autor. (Próxima publicación: Invierno de 2006).
- Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2006c). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining nursing leadership*. Toronto, Ontario, Canada: Autor.
- Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2006d). *Healthy work environments best practice guidelines: Professionalism in nursing*. Toronto, Ontario, Canadá: Autor. (Próxima publicación: Invierno de 2006).
- Rousseau DM (1996). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Newbury Park, CA: Sage.

- Rowell P (2003, September 30). The professional nursing association's role in patient safety. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3), Manuscript 3. Recuperado el 1º de diciembre de 2006, en www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_3.htm
- Schindul-Rothschild J, Berry D & Long-Middleton E (1996). Where have all the nurses gone? *American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39.
- Scott J, Sochalski J & Aiken L (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Seigrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Shullanberger G (2000). Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature. *Nursing Economic\$,* 18(3), 124-132, 146-148.
- Sinclair CM (2000). *Report of the Manitoba pediatric cardiac surgery inquest*. Disponible en el sitio web de la Province of Manitoba Pediatric Cardiac Inquest, <http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/>
- Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Tourangeau AE, Giovanetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tovey EJ & Adams AE (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 150-158.
- Weisman CS & Nathanson CA (1985). Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23(10), 1179-1192.
- White JP (1997). Health care, hospitals, and reengineering: The nightingales sing the blues. In A. Duffy, D. Glenday, & N. Pupo (Eds.), *Good jobs, bad jobs, no jobs: The transformation of work in the 21st century*. Toronto, Ontario, Canada: Harcourt & Brace.
- Wiegmann DA, Zhang H, von Thaden T, Sharnam G & Mitchell A (2002). *A synthesis of safety culture and safety climate research*. Technical Report ARL-02-3/FA-02-2. Prepared for Federal Aviation Administration Atlantic City International Airport, NJ. Contract DTFA 01-G-015.
- Wilson B & Laschinger HKS (1994). Staff nurse perception of job empowerment: A test of Kantor's theory of structural power in organizations. *Journal of Nurse Administration*, 24(Suppl. 4), 39-47.