

## Revisión

## Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario

Joaquín Jesús Blanca-Gutiérrez<sup>a,\*</sup>, María del Carmen Jiménez-Díaz<sup>b</sup> y Luis Felipe Escalera-Franco<sup>c</sup><sup>a</sup> Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba, España<sup>b</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España<sup>c</sup> Servicio Andaluz de Salud, Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 20 de junio de 2012

Aceptado el 14 de septiembre de 2012

On-line el 7 de noviembre de 2012

## Palabras clave:

Absentismo

Recursos humanos

Gerencia

Satisfacción en el trabajo

Investigación en administración de enfermería

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es seleccionar y sintetizar las intervenciones que han demostrado ser efectivas para reducir el absentismo de enfermería hospitalaria.**Métodos:** Revisión de tipo *scoping review* mediante búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Web of Science, Cinahl, Embase, Lilacs, Cuiden y Cochrane Library Plus. De un total de 361 textos extraídos, finalmente se seleccionaron 15 estudios para esta revisión.**Resultados:** La implementación de programas de soporte o entrenamiento físico multifacéticos puede producir resultados positivos en cuanto a la reducción del absentismo de enfermería hospitalaria. Las intervenciones de tipo cognitivo-conductual requieren el desarrollo de estudios con muestras más amplias para ofrecer resultados concluyentes. El establecimiento de sistemas de turnos más flexibles también puede reducir las tasas de ausencia, si bien de nuevo se necesitan estudios con muestras más numerosas. Los programas tendentes a la gestión del cambio desarrollados por la propia enfermería, la gestión participativa de las relaciones profesionales, el soporte proporcionado por los supervisores opuestos a estilos de liderazgo de tipo jerárquico y las remuneraciones que premian la falta de ausencias también pueden conseguir disminuciones en este tipo de indicadores.**Conclusiones:** El absentismo puede considerarse como un resultado final y una consecuencia del grado de satisfacción de los/las profesionales, y seguramente las intervenciones efectivas para disminuir el absentismo de enfermería hospitalaria lo son porque aumentan la satisfacción laboral de estos/as trabajadores/as.

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

## Effective interventions to reduce absenteeism among hospital nurses

## ABSTRACT

**Objectives:** To select and summarize the interventions that have proved effective in reducing absenteeism among hospital nurses.**Methods:** A scoping review was conducted through a literature search using Medline, Web of Science, Cinahl, Embase, Lilacs, Cuiden and Cochrane Library Plus databases. Of a total of 361 articles extracted, 15 were finally selected for this review.**Results:** The implementation of multifaceted support or physical training programs can produce positive results in terms of reducing absenteeism among hospital nurses. Cognitive-behavioral type interventions require studies with larger samples to provide conclusive results. Establishing more flexible working shifts may also reduce absenteeism rates, although again studies with larger samples are needed. Programs aimed at managing change developed by nurses themselves, participatory management of professional relations, the support provided by supervisors who are opposed to hierarchical leadership styles, and wage supplements that reward the lack of absence can also reduce these types of indicators.**Conclusions:** Absenteeism can be considered as a final result and a consequence of the level of job satisfaction. The effectiveness of interventions to reduce absenteeism among hospital nurses will no doubt largely depend on the ability of these interventions to increase the job satisfaction of these workers.

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

## Keywords:

Absenteeism

Human resources

Management

Job satisfaction

Nursing administration research

## Introducción

El absentismo puede definirse como el hecho de no acudir a trabajar conforme a la planificación establecida, y suele medirse por la frecuencia o la duración de los días de trabajo perdidos<sup>1,2</sup>. Se consideran dos tipos de absentismo: uno involuntario, que escapa al control del profesional, como las enfermedades, obligaciones familiares o legales, y otro voluntario que tiene su origen en la

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jjblanca@ephag.es](mailto:jjblanca@ephag.es), [jjblanca@hotmail.com](mailto:jjblanca@hotmail.com) (JJ. Blanca-Gutiérrez).

voluntad del trabajador<sup>1</sup>, como las incapacidades temporales, la maternidad, causas legales (licencias y permisos retribuidos, actividad sindical) y causas de tipo psicológico, derivadas en ocasiones del estrés, la desmotivación o el clima laboral<sup>2</sup>.

Los profesionales sanitarios y en concreto la enfermería son ciertamente algunos de los trabajadores más afectados por estas ausencias laborales. Mesa y Kaempffer<sup>3</sup> compararon en Chile el absentismo entre trabajadores hospitalarios, de minas, de la industria y de las universidades, y hallaron la tasa de incapacidad más alta entre los trabajadores hospitalarios. Moscoso et al.<sup>4</sup> analizaron las ausencias en un hospital privado de Argentina, y la enfermería fue la categoría profesional con más ausencias. En un informe publicado por la Canadian Health Services Research Foundation<sup>5</sup> se indica que los índices relacionados con el absentismo laboral en enfermería son mayores que en el resto de las profesiones sanitarias.

Varios autores han realizado revisiones sobre la literatura científica publicada respecto al absentismo de enfermería. Appolinario<sup>6</sup> señalaba una propensión de la enfermería a sufrir dolencias tales como hipertensión, diabetes, trastornos ortopédicos, neurológicos y psicológicos. El estudio de Umann et al.<sup>7</sup> apunta que en las unidades de trabajo más complejas y especializadas los índices de ausencia son mayores, con unos porcentajes inversamente proporcionales a las cargas de trabajo. Davey et al.<sup>1</sup> señalaron como predictores del absentismo de enfermería hospitalaria el síndrome de *burnout* y el estrés laboral, con énfasis en la existencia de factores protectores tales como la satisfacción laboral, el compromiso de la organización y la implicación de los propios trabajadores dentro de ella.

Las investigaciones que se han realizado sobre las ausencias laborales de enfermería se centran en el reconocimiento y la descripción de las circunstancias que envuelven al absentismo, así como en la identificación de las condiciones de trabajo y de los riesgos ocupacionales que pueden propiciarlos<sup>7</sup>, si bien los propios autores de los trabajos de tipo primario o de algunas de las revisiones<sup>6</sup> concluyen que es necesario llevar a cabo investigaciones que busquen soluciones a este problema.

El objetivo del presente trabajo es seleccionar y sintetizar las intervenciones que han demostrado ser efectivas para reducir el absentismo de la enfermería hospitalaria. Las preguntas de investigación que se pretende responder son:

- ¿Qué tipo de intervenciones pueden ser desarrolladas por los gestores sanitarios para tratar de disminuir el absentismo de enfermería hospitalaria?
- ¿Qué resultados cuantitativos han propiciado estas intervenciones en relación con las ausencias?

## Método

Se ha desarrollado la técnica denominada *scoping review*, que consiste en un proceso de "mapeo" de la literatura y de la evidencia científica con el objetivo de resumir resultados de investigación sobre un tema concreto, y donde la aplicación de filtros de calidad no es una prioridad inicial, tal y como sí ocurre en las revisiones sistemáticas<sup>8</sup>. Para llevar a cabo el proceso de investigación y la posterior redacción de este manuscrito se elaboró un protocolo de revisión, a partir de las recomendaciones del estándar PRISMA<sup>9</sup>.

### Criterios de elegibilidad

Se han incluido trabajos de investigación que estudian la ejecución de alguna intervención para reducir el absentismo de enfermería hospitalaria y que evalúan cuantitativamente sus resultados, obteniendo una reducción de las ausencias laborales.

Los idiomas aceptados para los trabajos fueron el inglés, el español y el portugués, y la fecha de publicación entre enero de 2000 y diciembre de 2011. No se excluyeron trabajos en función del tipo de diseño de la investigación.

### Fuentes de información

Las bases de datos bibliográficas empleadas fueron Medline, Web of Science, Cinahl, Embase, Lilacs, Cuiden y Cochrane Library Plus. La búsqueda se realizó durante los meses de febrero y marzo del año 2012. También se hizo una búsqueda secundaria mediante revisión de las referencias bibliográficas de los trabajos que definitivamente se incluyeron.

### Búsqueda y selección de los estudios (fig. 1)

En las bases de datos en lengua inglesa se introdujo la siguiente cadena de búsqueda: (absenteeism OR sick leave) AND (nursing staff, hospital) AND (program\* OR strateg\* OR intervention\* OR organization\*). En las que aceptan el español, el algoritmo fue (absentismo OR ausentismo) AND enfermer\* AND hospital\*. En total se extrajeron 361 referencias (tabla 1).

A continuación se retiraron las publicaciones duplicadas y se procedió a realizar un proceso de discriminación mediante el análisis del título, el resumen y las palabras clave de las referencias, en función de los criterios de elegibilidad antes expuestos. A los documentos que superaron este filtro se les sometió a un nuevo proceso de cribado leyendo los textos al completo, tras el cual se descartaron 21 artículos<sup>10-30</sup>.

Estas etapas de búsqueda y selección las desempeñaron de forma independiente cada uno de los autores. Tras la etapa de análisis del título, resumen y palabras clave, se realizó una puesta en común de los participantes y, mediante discusión y consenso, se solventaron las diferencias. Del mismo modo se procedió después del análisis independiente de los artículos con su texto completo. Finalmente fueron 15 los trabajos incluidos en la revisión<sup>31-45</sup>.

### Recopilación y análisis de los datos

Se diseñó una matriz con una serie de datos extraídos de los estudios seleccionados (tabla 2): datos generales (autor y año de publicación), tipo de diseño, muestra incluida y localización geográfica, intervención o estrategia evaluada y principales resultados obtenidos en relación con el absentismo.

Se determinaron una serie de categorías (exhaustivas y mutuamente excluyentes) con el fin de agrupar a las distintas investigaciones en función de los programas de intervención evaluados: programas de entrenamiento-soporte físico o psicológico, gestión de los turnos, y transformación cultural en la gestión del cambio, las relaciones profesionales o el liderazgo. Tras la clasificación según las citadas categorías, se hizo una síntesis cualitativa descriptiva de los logros de los estudios.

### Rigor científico

Como ya hemos indicado, las revisiones de tipo *scoping review* no priorizan el establecimiento de filtros en función del diseño o de la calidad de los estudios recopilados. Además, es evidente la dificultad de realizar diseños de tipo ensayo clínico controlado aleatorizado para evaluar estrategias en relación con el absentismo, ya que en muchos casos sería poco factible e incluso poco ético distribuir aleatoriamente a los trabajadores en diversos grupos. La práctica totalidad de las investigaciones revisadas se basan en diseños de tipo cuasi-experimental, donde se ha producido una manipulación por parte de los investigadores (el programa o

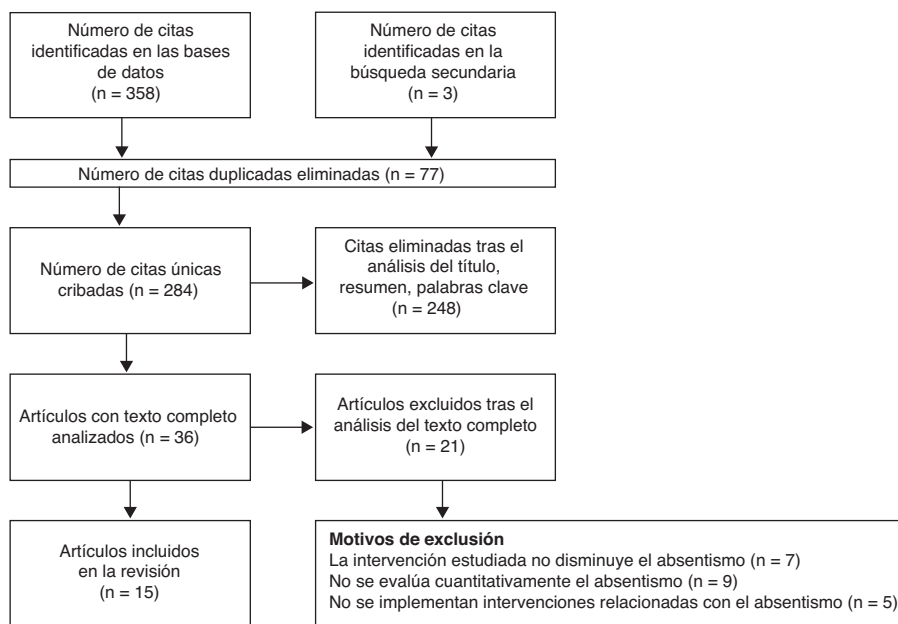


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de los estudios según el estándar PRISMA.

estrategia de intervención), pero no ha sido posible una aleatorización de los participantes.

**Resultados (tablas 2 y 3)**

*Programas de entrenamiento-soporte físico o psicológico*

En el estudio de Stenger et al.<sup>31</sup> se obtuvieron resultados positivos sobre el absentismo mediante la implementación con las participantes de un «programa de movilización segura del paciente». En los años 2002, 2003 y 2004 se evolucionó, respectivamente, de 2881, 1020 hasta 529 días de trabajo perdidos, y de 92, 83 hasta 75 incidentes adversos en relación con la movilización de pacientes. Se trata de un estudio con un tamaño de muestra considerable (1400 participantes).

La evaluación de un programa de tipo multifacético elaborado a partir de aspectos muy similares al anterior<sup>32</sup> (evaluación de

la ergonomía, algoritmos de decisión en el manejo de pacientes, enfermería referente en el tratamiento de las lesiones de espalda, equipamientos, reevaluación) produjo en otro estudio una reducción del 18% en los días de trabajo perdidos, de nuevo en una muestra importante (825 participantes).

El empleo de grúas portátiles sin otras medidas asociadas consiguió en 61 enfermeros/as unos valores de riesgo relativo de 0,35 (factor protector) con respecto a la posibilidad de sufrir una lesión al movilizar a los pacientes<sup>33</sup>.

Tras la participación en un programa de acondicionamiento físico<sup>34</sup>, un grupo de 11 enfermeros/as tuvieron 30 días de ausencia por enfermedad en 1 año, frente a 50 días perdidos por parte de sus nueve compañeros que no habían participado en dicho entrenamiento.

Además de estos trabajos centrados en aspectos físicos de la atención, mención aparte merece el estudio de Menzel y Robinson<sup>35</sup>, en el cual la intervención evaluada consistió en una

**Tabla 1**  
Búsqueda bibliográfica detallada

EMBASE	MEDLINE	WOS	CINAHL
1. absenteeism OR sick leave 2. nursing staff, hospital 3. program* OR strateg* OR intervention* OR organization* 4. 1 AND 2 AND 3	1. absenteeism OR sick leave 2. nursing staff, hospital 3. program* OR strateg* OR intervention* OR organization* 4. 1 AND 2 AND 3	1. absenteeism OR sick leave 2. nursing staff, hospital 3. program* OR strateg* OR intervention* OR organization* 4. 1 AND 2 AND 3	1. absenteeism OR sick leave 2. nursing staff, hospital 3. program* OR strateg* OR intervention* OR organization* 4. 1 AND 2 AND 3
Limits 2000-2011	Publication date from 2000/01/01 to 2011/12/31	Limitada desde el año 2000 hasta el año 2011	LIMITS January 2000/December 2011
43 referencias	121 referencias	25 referencias	37 referencias
CUIDEN	LILACS	COCHRANE LIBRARY PLUS	Búsqueda secundaria
(absentismo OR ausentismo) AND enfermer	1. absentismo OR ausentismo 2. enferm\$ 2. hospital\$	absentismo OR ausentismo	3 referencias
Se aplica el límite temporal manualmente (2000-2011)	Se aplica el límite temporal manualmente (2000-2011)	Se aplica el límite temporal manualmente (2000-2011)	
68 referencias	49 referencias	15 resultados	

**Tabla 2**  
Resumen de los estudios incluidos en la revisión

Autores y año de publicación	Diseño	Tamaño de la muestra y localización geográfica	Intervención evaluada	Resultados sobre el absentismo
Anton i Riera et al. (2010) <sup>45</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 3075. Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona	Objetivo remunerado que premia la ausencia de absentismo	Disminución del 24,97% del total de días de absentismo
Smith y Rudd (2010) <sup>40</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 52. Planta de cirugía y ortopedia del Hospital Universitario Coventry y Warwickshire	Programa de gestión de la productividad	De un 7,8% de absentismo mensual se pasó a un 0,99%
Hall (2007) <sup>41</sup>	Observacional. Se comparan tres unidades distintas	N = 69. Centro médico de Lexington	Soporte proporcionado por el supervisor	A mayor soporte del supervisor menos síntomas somáticos ( $r = -0,37$ ) y menos días en que las enfermeras se sentían enfermas ( $r = -0,25$ )
Stenger et al. (2007) <sup>31</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 1400. Hospitales y clínicas asociados a la Universidad de Iowa	Programa de manejo seguro del paciente	76% de reducción de días de trabajo perdidos
Nelson et al. (2006) <sup>32</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 825. Hospital de Veteranos James A. Haley de Florida	Programa multifacético basado en la ergonomía y en el manejo seguro del paciente	18% de reducción de días de trabajo perdidos
Brunges et al. (2006) <sup>34</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo e intergrupos	N = 20. Universidad de Florida	Programa de acondicionamiento físico	El grupo de intervención presentó 30 días de ausencia por enfermedad en 1 año frente a 54 días en el grupo control
Menzel y Robinson (2006) <sup>35</sup>	Ensayo controlado aleatorizado	N = 16 (7 en el grupo intervención y 9 en el grupo control). Centro académico y médico de cuidados terciarios en Florida	Terapia cognitivo-conductual	El grupo de intervención presentó una media de 2,29 horas de ausencias no programadas frente a una media de 14 horas en el grupo control
Mulcahy y Betts (2005) <sup>42</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 90. Unidad neonatal del Royal Women's Hospital de Melbourne	Transformación cultural respecto a las relaciones entre las propias enfermeras y con otros profesionales	El porcentaje de absentismo disminuyó desde el 12,8% hasta el 4%
Li et al. (2004) <sup>33</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 61. Hospital de St. Louis, Missouri	Grúas portátiles para la movilización de pacientes	Riesgo relativo ajustado de 0,35 de sufrir una lesión (factor protector)
Adam y Bond (2003) <sup>43</sup>	Observacional	N = 825. 100 hospitales de agudos de Reino Unido	Grado académico de las enfermeras, estabilidad del personal, organización de los cuidados y práctica de enfermería	Menos absentismo en las unidades menos jerarquizadas ( $r = 0,19$ ; $p < 0,0001$ )
Sullivan y Reading (2002) <sup>36</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 29. Hospital Wesley, Queensland, Australia	Flexibilidad en los turnos (turnos desde 4 horas de duración hasta 12 horas)	41% de reducción del absentismo
Bloodworth et al. (2001) <sup>37</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 20. Centro médico de Queens, Nottingham	Dos turnos cortos de 6 horas y cuarto y dos turnos largos de 12 horas	La proporción de días de ausencia del turno estándar y el nuevo turno fue de 137:111
Williams y Slater (2000) <sup>38</sup>	Cuasi-experimental con comparación intragrupo	N = 347. Hospital Princesa Alejandra, Essex	Turno de 38 horas semanales más un día libre adicional mensual	El absentismo pasó de un 4,58% en 1994 (turno estándar) a un 4,36% en 1995 (nuevo turno)
Burke y Greenglass (2000) <sup>39</sup>	Observacional	N = 1362. Enfermeras hospitalarias de Ontario	Se compararon los resultados de enfermeras que trabajaban a tiempo completo frente a otras que trabajaban a tiempo parcial	3,2 días de media de absentismo en las enfermeras a tiempo completo frente a 2,5 en las de trabajo a tiempo parcial
Lee et al. (2000) <sup>44</sup>	Cuasi-experimental con comparación intergrupo	N = 53. Hospital de 500 camas en Taiwan	Establecimiento de círculos de calidad	Las enfermeras en las unidades ajenas a la intervención tuvieron tres veces más ausencias

terapia cognitiva-conductual diseñada para combatir el dolor y las lesiones de espalda. Se trata éste de un ensayo controlado y aleatorizado, que arrojó unos resultados llamativos, ya que el grupo de intervención reportó una media de 2,29 horas de ausencia en 12 semanas, frente a 14 horas el grupo control, pero hemos de tener en cuenta el tamaño reducido de la muestra (16 participantes).

#### Gestión de los turnos

Sullivan y Reading<sup>36</sup> implementaron un nuevo sistema flexible de turnos, basado en turnos con una duración de 4, 7, 8, 9, 10 o

12 horas. Comparando el absentismo de 29 enfermeros/as durante un semestre del año 2000, cuando aún trabajaban con los turnos estándar, frente al mismo semestre del año 2001 trabajando con el nuevo sistema flexible, se produjo una reducción del 41% de este indicador.

El sistema de rotaciones establecido por Bloodworth et al.<sup>37</sup> consistía en dos turnos cortos de 6 horas y cuarto, más dos turnos largos de 12 horas, para cada semana. Se registraron los días de ausencia de 20 enfermeros/as durante 4 meses antes y después de la implementación del turno, obteniendo un total de 137 días de ausencia con los turnos estándar y 111 días con el nuevo sistema.

**Tabla 3**  
Resumen de resultados distribuidos según categorías

Categoría	Resumen de resultados
Programas de entrenamiento-soporte físico o psicológico <sup>31-35</sup>	Los programas de soporte o entrenamiento físico (manejo seguro del paciente, ergonomía, dispositivos de apoyo, entrenamiento físico) producen disminuciones de las tasas de absentismo de enfermería hospitalaria. Las intervenciones de tipo cognitivo-conductual (terapias para mejorar las lesiones y el dolor de espalda) parecen reducir el absentismo, pero se necesitan más estudios y con muestras más numerosas para confirmar o refutar esta conclusión.
Gestión de los turnos <sup>36-39</sup>	La gestión de los turnos de una manera flexible, mediante horarios de trabajo más adaptados a las necesidades de conciliación familiar (no exclusivamente a las necesidades de la institución) y en los que pueden convivir turnos cortos de 4 o 6 horas junto con otros más largos de 8, 10 o 12 horas, pueden reducir las tasas de ausencias. Se necesitan estudios con muestras más amplias.
Transformación cultural en la gestión del cambio, las relaciones profesionales y el liderazgo <sup>40-45</sup>	Los programas que proporcionan a la enfermería el control de la planificación del cambio derivado de la innovación, la gestión mediante la formación de equipos de trabajo de las relaciones profesionales (entre compañeros, entre las diversas categorías profesionales y con los pacientes y sus familiares), el apoyo proporcionado por los líderes o responsables opuesto a estilos de liderazgo de tipo jerárquico y las gratificaciones económicas que premian la falta de ausencias, producen disminuciones de las cifras de absentismo.

Williams y Slater<sup>38</sup> evaluaron las cifras de absentismo de 347 enfermeros/as durante 2 años consecutivos: en 1994, con un turno estándar de 40 horas semanales, y en 1995, con un sistema de 38 horas semanales más un día libre adicional al mes. El absentismo total se redujo de un 4,58% a un 4,36% ( $\chi^2 = 5,09$ ;  $p = 0,024$ ).

Burke y Greenglass<sup>39</sup> indicaron que los/las enfermeros/as que trabajaban a tiempo completo presentaban, por mes, una media de 3,2 jornadas de ausencia, frente a 2,5 los que trabajaban a tiempo parcial ( $p = 0,001$ ). Si bien se trata de un estudio con una muestra considerable ( $n = 1362$ ), en el caso concreto del absentismo las propias autoras afirman que «el informe puede reflejar el hecho de que a tiempo completo el personal de enfermería trabaja más días en total y por lo tanto podía faltar más días».

#### *Transformación cultural en la gestión del cambio, las relaciones profesionales o el liderazgo*

Smith y Rudd<sup>40</sup> implicaron a 52 enfermeros/as en un programa de gestión de la productividad basado en el cambio dinámico. Las horas perdidas mensualmente por enfermedad pasaron del 7,8% en enero de 2009 al 0,99% en junio de 2009 (en el mes de mayo el porcentaje fue de tan solo un 0,47%).

Hall<sup>41</sup> estudió qué grado de soporte percibían por parte de su supervisor 69 enfermeros/as de tres unidades distintas. En aquellas donde se percibía un mayor apoyo por parte del líder, la enfermería experimentaba menos síntomas somáticos ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,05$ ) y era menor el número de días en que se sentían enfermos en el trabajo ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,05$ ). También se producían menos episodios ( $r = -0,09$ ; NS) y menos días de ausencia ( $r = -0,09$ ; NS) cuando se percibía más soporte, aunque en el caso de estas dos variables no se alcanzaron valores estadísticamente significativos.

La intervención de Mulcahy y Betts<sup>42</sup> estaba basada en las relaciones humanas y el liderazgo: identificación de conflictos, establecimiento de un código de conducta, formación en gestión, desarrollo de talleres de comunicación y creación de un grupo de trabajo para gestionar las relaciones entre el personal y las familias de los pacientes. Consiguieron una disminución del absentismo desde el 12,8% en el año 2001 hasta el 4% en 2002.

Adam y Bond<sup>43</sup> analizaron los resultados de una encuesta realizada a 825 enfermeros/as de Reino Unido. Se evidenció una débil correlación entre la «práctica jerarquizada» y el absentismo ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,0001$ ), que indicaba que la enfermería era menos propensa a estar enferma en las unidades con una organización de tipo horizontal.

Lee et al.<sup>44</sup> establecieron «círculos de calidad» basados en reuniones grupales en las cuales se identificaban barreras y problemas en la práctica asistencial, y se buscaban soluciones consensuadas. De los 53 enfermeros/as que participaron en el estudio, los/las

que trabajaban en las tres unidades donde estaba establecido este sistema sufrieron un tercio de ausencias en comparación con sus compañeros/as de las tres unidades de control.

Anton i Riera et al.<sup>45</sup> comprobaron la influencia de la inclusión de un objetivo que pagaba a los trabajadores por no sufrir absentismo, entre los años 2007 y 2009, dentro de su programa de «dirección participativa por objetivos». El total de días de absentismo disminuyó un 7,52% en 2007 y un 26,81% en 2008, y aumentó un 10,85% en 2009 (disminución global del 24,97% entre los años 2006 y 2009).

## Discusión

Schaafsma et al.<sup>46</sup> realizaron una revisión sobre cómo los programas de acondicionamiento físico pueden influir sobre los resultados de los trabajadores que padecen dolor de espalda. En el caso del dolor lumbar crónico se observó una pequeña reducción del número de ausencias, pero solo cuando se evaluaba este resultado a largo plazo. Cuando el dolor era subagudo se observó cierta reducción del absentismo, pero solo cuando la intervención se aplicaba en el propio lugar de trabajo, tal y como ocurría con la enfermería quirúrgica del programa de acondicionamiento de Brunges et al.<sup>34</sup> (30 días de ausencia por año, frente a 50 días en el grupo control). Aas et al.<sup>47</sup>, que estudiaron la realización de intervenciones, también el lugar de trabajo, para los empleados con dolor de cuello, indicaron una mejora del absentismo a los 6 meses de seguimiento de los trabajadores, pero no a los 3 y 12 meses. Cuando a estos programas se añadían terapias conductuales<sup>46</sup> no se evidenciaron mejores resultados en los profesionales, mientras que en el trabajo de Menzel y Robinson<sup>35</sup> la terapia cognitivo-conductual aplicada de forma aislada produjo resultados muy importantes en la enfermería hospitalaria, pero con una muestra muy reducida de participantes.

La presente revisión ofrece resultados sobre cómo la flexibilidad en los turnos de trabajo produce reducciones en el absentismo de enfermería hospitalaria<sup>36-39</sup>. Joyce et al.<sup>48</sup> observaron en su revisión que la autoprogramación de turnos por parte de los profesionales también tiene una serie de efectos positivos en la salud: tensión arterial, frecuencia cardíaca, cansancio, salud mental, calidad del sueño, salud autopercebida y apoyo social entre los compañeros de trabajo.

Smith y Rudd<sup>40</sup> demostraron que el cambio de tipo dinámico produce efectos beneficiosos sobre las ausencias. Verhaeghe et al.<sup>31</sup> ponen de manifiesto que cuando los cambios son impuestos por la organización, sin participación de la enfermería en la toma de decisiones, los resultados son negativos: si la enfermería percibía el cambio como una amenaza, aumentaba el riesgo de sufrir ausencias laborales (*odds ratio* = 1,26;  $p = 0,04$ ).

Smith y Rudd<sup>40</sup>, y Rauhala et al.<sup>28</sup>, enunciaban que «el absentismo por enfermedad es un indicador clave de la moral de la



unidad». Lu et al.<sup>49,50</sup> realizaron una revisión en la cual recopilaban investigaciones de diversos ámbitos geográficos que evidenciaban que la satisfacción laboral es un predictor del absentismo de enfermería hospitalaria. Por lo tanto, las ausencias también están influenciadas por los determinantes y las fuentes de satisfacción, tales como las condiciones laborales, el ambiente organizativo, el estrés, los conflictos laborales, la percepción del rol y el grado de compromiso de los profesionales y de la organización<sup>50</sup>. En definitiva, el absentismo puede ser considerado como un resultado final y una consecuencia de la satisfacción de los profesionales, y seguramente las intervenciones efectivas para disminuir el absentismo de enfermería hospitalaria lo son porque están aumentando la satisfacción laboral de este personal. No obstante, como indican Lu et al.<sup>50</sup>, aún se necesitan «robustos modelos causales» que expliquen definitivamente las interacciones entre unos y otros factores, lo cual facilitará a su vez el diseño de intervenciones gestoras eficaces dirigidas a la satisfacción laboral y al absentismo.

Según algunos autores, las tasas de absentismo entre los profesionales sanitarios españoles oscilan entre un 9% y un 12%, lo cual representaría aproximadamente el doble de la media española del año 2009, un porcentaje del 5,3%<sup>51,52</sup>. Esta situación, además de elevar el coste de mantenimiento del sistema sanitario, produce importantes problemas organizativos en los centros. Si se procediera a la sustitución del personal afectado, se necesitarían periodos adicionales de formación para este personal de incorporación temporal, o en todo caso el desempeño de más horas de trabajo por parte del personal de las unidades de referencia de los profesionales ausentes. Si no se procediera a la sustitución, puede propiciarse el desarrollo de problemas de seguridad en el desempeño de la atención a los pacientes, quienes también verán mermada su satisfacción en relación con la actividad sanitaria, aumentando en definitiva la sobrecarga laboral de los profesionales y repercutiendo también negativamente en su satisfacción laboral, rendimiento, salud física y psíquica, etc.

A modo de conclusión, indicaremos que la mayoría de las actuaciones que han demostrado ser eficaces en cuanto a reducción del absentismo de enfermería hospitalaria no son intervenciones complejas desde el punto de vista tecnológico u organizativo, y además consiguen efectos positivos desde el punto de vista de la sostenibilidad sanitaria y respecto a la satisfacción de los profesionales implicados.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

Los estudios que se han realizado respecto al absentismo de enfermería se centran en la identificación de las condiciones de trabajo y de los riesgos ocupacionales que pueden propiciarlos, pero es necesario llevar a cabo y difundir investigaciones que traten de buscar soluciones a este problema.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Diversos grupos de intervenciones han demostrado su efectividad para reducir el absentismo de enfermería hospitalaria: programas de entrenamiento-soporte físico, sistemas flexibles de turnos, participación de la enfermería en la gestión del cambio y en el manejo de las relaciones profesionales, soporte de los líderes y complementos retributivos. El absentismo está influenciado por los mismos determinantes y fuentes de la satisfacción laboral, tales como las condiciones laborales, el modelo organizativo, el estrés, los conflictos laborales, la percepción del rol y el grado de compromiso de los/las profesionales y de la organización.

### Contribuciones de autoría

J.J. Blanca Gutiérrez concibió y diseñó el trabajo, realizó la búsqueda bibliográfica y la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos; redactó el artículo, hizo una revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobó la versión final para su publicación. M.C. Jiménez Díaz realizó la búsqueda bibliográfica y la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos; hizo una revisión crítica del manuscrito con importantes contribuciones intelectuales y aprobó la versión final para su publicación. L.F. Escalera Franco realizó la búsqueda bibliográfica y la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos; hizo una revisión crítica del manuscrito con importantes contribuciones intelectuales y aprobó la versión final para su publicación.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

- Davey M, Cummings G, Newburn-Cook C, et al. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *J Nurs Manag.* 2009;17:312-30.
- Molinera Mateos JF. Absentismo laboral: causas, control y análisis, nuevas formas técnicas para su reducción. Madrid: Fundación CONFEMETAL; 2001, 262 p.
- Mesa F, Kaempffer A. Work absenteeism in Chile according to the type of work place. *Rev Med Chile.* 2004;132:1100-8.
- Moscoso N, Gómez P, Montangie P, et al. Absentismo en el sector enfermería: estudio de caso en un hospital privado de Argentina. *Rev Tesela [edición electrónica].* 2010. (Consultado el 1/12/2011.) Disponible en: <http://www.indexf.com/tesela/ts8/ts7333.php>
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, et al. Commitment and care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2001. (Consultado el 1/12/2011.) Disponible en: [http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare_e.pdf)
- Appoolinario RS. Absenteeism in the nursing team: analysis of the scientific production. *R Enferm UERJ.* 2008;16:83-7.
- Umann J, Guidó LA, Leal KP, et al. Absenteeism na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. *Cienc Cuid Saude.* 2011;10:184-90.
- Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, et al. Scoping the scope of a cochrane review. *J Public Health [edición electrónica].* 2011. (Consultado el 22/8/2012.) Disponible en: <http://pubhealth.oxfordjournals.org/content/33/1/147.full.pdf+html>
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ.* 2009;339:b2700.
- Isaksson Rø KE, Gude T, Tyssen R, et al. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: one-year follow-up study. *Patient Educ Couns.* 2010;78:191-7.
- Braungardt T, Fought SG. Leading change during an inpatient critical care unit expansion. *J Nurs Adm.* 2008;38:461-7.
- Gábor K, Tulkán I, Helembai K, et al. At the European union's door: a Hungarian team's experiences of participating in the Project Leonardo for better nursing care. *Int J Nurs Pract.* 2008;14:329-34.
- Dwyer T, Jamieson L, Moxham L, et al. Evaluation of the 12-hour shift trial in a regional intensive care unit. *J Nurs Manag.* 2007;15:711-20.
- Cooke M, Holzhauser K, Jones M, et al. The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparison between summer and winter. *J Clin Nurs.* 2007;16:1695-703.
- Silverwood S, Haddock M. Reduction of musculoskeletal injuries in intensive care nurses using ceiling-mounted patient lifts. *Dynamics.* 2006;17:19-21.
- McGettrick KS, O'Neill MA. Critical care nurses-perceptions of 12-h shifts. *Nurs Crit Care.* 2006;11:188-97.
- Baumann AO, Blythe JM, Underwood JM. Surge capacity and casualization: human resource issues in the post-SARS health system. *Can J Public Health.* 2006;97:230-2.
- Shirey MR. Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *Am J Crit Care.* 2006;15:256-67.
- Brox JI, Frøystein O. Health-related quality of life and sickness absence in community nursing home employees: randomized controlled trial of physical exercise. *Occup Med (Lond).* 2005;55:558-63.
- Wortley V, Grierson-Hill L. Developing a successful self-rostering shift system. *Nurs Stand.* 2003;17:40-2.

21. Lea A, Bloodworth C. Modernising the 12-hour shift. *Nurs Stand*. 2003;17:33–6.
22. Lim A, Chongsuvivatwong V, Geater A, et al. Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *J Occup Health*. 2002;44:254–63.
23. Hall LM, Waddell J, Donner G, et al. Outcomes of a career planning and development program for registered nurses. *Nurs Econ*. 2004;22:231–8.
24. Quian J, Gutiérrez S, Dibarboure H, et al. Vacunación antigripal en personal de salud del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell: evolución de la cobertura del año 2006 al 2008. *Rev Méd Urug*. 2010;26:65–73.
25. Ferrer Caro F. Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación. *Rev ROL Enferm*. 2001;24:177–80.
26. Ng ANM, Lai CKY. Effectiveness of seasonal influenza vaccination in healthcare workers: a systematic review. *J Hosp Infect*. 2011;79:279–86.
27. Wählin I, Ek AC, Idvall E. Staff empowerment in intensive care: nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26:262–9.
28. Rauhala A, Kivimäki M, Fagerström L, et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *J Adv Nurs*. 2007;57:286–95.
29. Burke RJ. Survivors and victims of hospital restructuring and downsizing: who are the real victims? *Int J Nurs Stud*. 2003;40:903–9.
30. Verhaeghe R, Vlerick P, Gemmel P, et al. Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence. *J Adv Nurs*. 2006;56:646–56.
31. Stenger K, Montgomery LA, Briesemeister E. Creating a culture of change through implementation of a safe patient handling program. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19:213–22.
32. Nelson A, Matz M, Chen F, et al. Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. *Int J Nurs Stud*. 2006;43:717–33.
33. Li J, Wolf L, Evanoff B. Use of mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers. *Inj Prev*. 2004;10:212–6.
34. Brunges M, Avigne G, Wasik M. Health promotion in the operating room — a quality improvement project. *AORN J*. 2006;83:171–2, 175–7.
35. Menzel NN, Robinson ME. Back pain in direct patient care providers: early intervention with cognitive behavioral therapy. *Pain Manag Nurs*. 2006;7:53–63.
36. Sullivan C, Reading S. Nursing shortages: let's be flexible. *Collegian*. 2002;9:24–8.
37. Bloodworth C, Lea A, Lane S, et al. Challenging the myth of the 12-hour shift: a pilot evaluation. *Nurs Stand*. 2001;15:33–6.
38. Williams G, Slater K. Absenteeism and the impact of a 38-hour week, rostered day off option. *Aust Health Rev*. 2000;23:89–96.
39. Burke RJ, Greenglass ER. Effects of hospital restructuring on full time and part time nursing staff in Ontario. *Int J Nurs Stud*. 2000;37:163–71.
40. Smith J, Rudd C. Implementing the productive ward management programme. *Nurs Stand*. 2010;24:45–8.
41. Hall DS. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nurs Adm Q*. 2007;31:68–80.
42. Mulcahy C, Betts L. Transforming culture: an exploration of unit culture and nursing retention within a neonatal unit. *J Nurs Manag*. 2005;13:519–23.
43. Adams A, Bond S. Staffing in acute hospital wards: part 2. Relationships between grade mix, staff stability and features of ward organizational environment. *J Nurs Manag*. 2003;11:293–8.
44. Lee LC, Yang KP, Chen TY. A quasi-experimental study on a quality circle program in a Taiwanese hospital. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:413–8.
45. Anton J, Planas N, Márquez M, et al. El incentivo económico: un instrumento efectivo para la disminución del absentismo entre el personal de enfermería. *Rev Tesela [edición electrónica]*. 2010. (Consultado el 1/12/2011.) Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7406.php>
46. Schaafsma F, Schonstein E, Whelan KM, et al. Programas de acondicionamiento físico para mejorar los resultados laborales en trabajadores con dolor lumbar. En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010, 1. Oxford: Update Software Ltd. (Consultado el 1/5/2012.) Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001822>
47. Aas R, Tuntland H, Holte K, et al. Intervenciones en el lugar de trabajo para empleados con dolor de cuello. En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2011, 4. Oxford: Update Software Ltd. (Consultado el 1/5/2012.) Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=3774916&DocumentID=CD008160>
48. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, et al. Flexibilización laboral y sus efectos sobre la salud y el bienestar de los empleados. En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010, 2. Oxford: Update Software Ltd. (Consultado el 5/5/2012.) Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=3774916&DocumentID=CD008009>
49. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2005;42:221–7.
50. Lu H, Barriball KL, Zhang X, et al. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud [edición electrónica]*. En prensa. (Consultado el 5/5/2012.) Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004536>
51. López del Val A, Arenas Díaz CA. Los actores del Sistema Nacional de Salud en España. *Sedisa [edición electrónica]*. 2012. (Consultado el 22/8/2012.) Disponible en: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article280>
52. Arenas Díaz CA. Sostenibilidad del sistema sanitario en España. *Sedisa [edición electrónica]*. 2011. (Consultado el 22/8/2012.) Disponible en: <http://www.sedisasigloxxi.com/spip.php?article242>