



UNIVERSIDAD DE MURCIA FACULTAD DE ENFERMERÍA

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS
ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO
ORGANIZATIVO EN EL ÁREA DE SALUD VI,
VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE
MURCIA

D^a Encarnación Martínez Sánchez
2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
TESIS DOCTORAL

**LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A
TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL ÁREA DE
SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.**

Encarnación Martínez Sánchez

Dirigida por:

Dr. César Carrillo García

Dra. Carmen Ballesteros Meseguer

Dra. M^a Emilia Martínez Roche

Murcia, 2015



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. CÉSAR CARRILLO GARCÍA, Doctor de Universidad del Área de ENFERMERÍA en el Departamento de ENFERMERÍA, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA", realizada por D^a. ENCARNACIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 17 de NOVIEMBRE de 2015

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. CARMEN BALLESTEROS MESEGUER, Doctora de Universidad del Área de ENFERMERÍA en el Departamento de ENFERMERÍA, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA", realizada por D^a. ENCARNACIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 17 de NOVIEMBRE de 2015

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. MARIA EMILIA MARTÍNEZ ROCHE, Profesora Titular de Universidad del Área de ENFERMERÍA en el Departamento de ENFERMERÍA, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA", realizada por D^a. ENCARNACIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 17 de NOVIEMBRE de 2015

Mod:T-20

A mis padres por su ejemplo y dedicación.

A Felipe por acompañarme siempre en todo.

A mis hijos Aitor, Elia y África por ser el motor.

“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”.

Einstein

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	7
BLOQUE I MARCO TEÓRICO	11
Capítulo 1: La Atención Primaria de Salud.	13
1.1. Antecedentes y Normativa de la Atención Primaria de Salud.	13
1.2. Situación actual de la Atención Primaria de Salud.	18
1.3. Datos Epidemiológicos.	20
1.4. Modelos de Gestión y Administración de los Servicios Sanitarios.	24
1.4.1. Modelos en la Gestión Sanitaria.	24
1.4.2. Gestionar o Administrar: Características de los Modelos de Gestión.	25
1.4.3. Autonomía de Gestión: Dirección por objetivos, contrato programa, contratos de gestión, gestión clínica o gestión por procesos.	28
1.4.4. Calidad Total: Unidades clínicas, gestión de procesos.	29
1.4.5. Empresas de Profesionales: Cooperativas Sociedades.	29
1.5. Misión y Visión del Área VI, Vega Media del Segura.	30
Capítulo 2: Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Salud	32
2.1. El Cambio de los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Salud	32

2.2. Cuidar en Atención Primaria de Salud	37
Capítulo 3: La Consulta Enfermera a Demanda y Programada en el Centro de Salud y en el domicilio del paciente.	40
3.1. La Consulta a Demanda.	41
3.2. La Consulta Programada.	46
Capítulo 4: La Organización de las Enfermeras en Atención Primaria de Salud	48
4.1. La Organización de las Enfermeras en el Centro de Salud.	48
4.2. Continuidad de Cuidados.	50
4.3. Las Agendas de las Enfermeras.	52
4.4. Asignación de la Población a una Enfermera de Referencia	57
Capítulo 5: Análisis del Contexto	59
5.1. Descripción de las zonas básicas de salud, los recursos humanos, la dispersión geográfica y la población total.	59
5.2. Zona Básica de Salud de Abanilla	63
5.3. Zona Básica de Salud de Alguazas	65
5.4. Zona Básica de Salud de Archena	66
5.5. Zona Básica de Salud de Ceutí	67
5.6. Zona Básica de Salud de Fortuna	68
5.7. Zona Básica de Salud de Lorquí	70
5.8. Zona Básica de Salud de Molina-Norte/Antonio García	71
5.9. Zona Básica de Salud de Molina-Sur/Jesús Marín	72
5.10. Zona Básica de Salud de Mu-Cabezo de Torres	74
5.11. Zona Básica de Salud de Mu-Centro/ San Juan	75
5.12. Zona Básica de Salud de Mu- El Ranero	76

5.13. Zona Básica de Salud de Mu-Santa M ^a de Gracia	77
5.14. Zona Básica de Salud de Mu-Vistalegre/La Flota	78
5.15. Zona Básica de Salud de Mu-Zarandona	79
5.16. Zona Básica de Salud de Las Torres de Cotillas	80
5.17. Descripción de la Organización del Área VI	83
Capítulo 6: Justificación.	92
BLOQUE II MARCO EMPÍRICO	95
Capítulo 1: Objetivos e Hipótesis	97
1.1. Objetivo General	97
1.1.1. Objetivos Específicos	97
1.2. Hipótesis	98
Capítulo 2: Metodología	99
2.1. Bases de datos y términos de la búsqueda	99
2.2. Diseño de la Investigación	100
2.3. Población de Referencia	100
2.3.1. Población de estudio	101
2.3.2. Criterios de inclusión	101
2.3.3. Criterios de exclusión	101
2.4. Variables de estudio	102
2.5. Cronograma de desarrollo de la investigación	103
2.6. Pilotaje del Estudio	104
2.7. Rediseño de las Estrategias a implementar en el Área VI	121
2.8. Extensión de las Estrategias al resto del Área VI	122

2.9. Análisis estadístico de los datos	124
2.10. Consideraciones Éticas	124
2.11. Limitaciones del Estudio	128
Capítulo 3: Resultados	129
3.1. Centro de Salud de Abanilla	129
3.2. Centro de Salud de Alguazas	132
3.3. Centro de Salud de Archena	135
3.4. Centro de Salud de Ceutí	138
3.5. Centro de Salud de Fortuna	140
3.6. Centro de Salud de Lorquí	143
3.7. Centro de Salud de Molina-Norte/Antonio García	145
3.8. Centro de Salud de Molina-Sur/Jesús Marín	148
3.9. Centro de Salud de Mu-Cabezo de Torres	151
3.10. Centro de Salud de Mu-El Ranero	154
3.11. Centro de Salud de Mu-Santa M ^a de Gracia	157
3.12. Centro de Salud de Mu-Vistalegre/La Flota	159
3.13. Centro de Salud de Mu-Zarandona	162
3.14. Centro de Salud de Torres de Cotillas	164
Capítulo 4: Discusión	171
Capítulo 5: Conclusiones	181
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	187
ANEXOS	213

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Listado de especialidades para asignar a agendas de enfermería.	55
Tabla 2.	Zona Básica de Salud, dispersión geográfica, población y nº de profesionales. Abanilla.	65
Tabla 3.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Alguazas.	66
Tabla 4.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Archena.	67
Tabla 5.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Ceutí.	68
Tabla 6.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Fortuna.	70
Tabla 7.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Lorquí.	71
Tabla 8.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Molina-Norte/ Antonio García.	72
Tabla 9.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Molina Sur/Jesús Marín.	73
Tabla 10.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Cabezo de Torres.	75
Tabla 11.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-Centro/San Juan.	76
Tabla 12.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-El Ranero.	77
Tabla 13.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-Santa M ^a de Gracia.	78
Tabla 14.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-Vistalegre/La Flota.	79

Tabla 15.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-Zarandona.	80
Tabla 16.	Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Las Torres de Cotillas.	81
Tabla 17.	Zona Básica de Salud/ población adscrita, factor de dispersión, y recursos humanos. Resumen Área VI.	82
Tabla 18.	Número de Enfermeras y de consultas en cada Zona Básica de Salud.	84
Tabla 19.	Zona básica de salud, nº de Enfermeras y horarios de atención a la población.	87
Tabla 20.	Trabajo por tareas o por población. Resumen del Área VI.	89
Tabla 21.	Cronograma de desarrollo de la investigación.	103
Tabla 22.	Recursos humanos en Mu-Centro y Simón García. Fuente elaboración propia.	105
Tabla 23.	Situación de Recursos humanos después del cambio. Fuente elaboración propia.	111
Tabla 24.	Ratios por Enfermera. Fuente elaboración propia.	111
Tabla 25.	Actividad en tareas comunes y por cada una de las Enfermeras con la población asignada. Comparativa 2011-2012 (Resultados indicador 1 y 2). Fuente elaboración propia.	116
Tabla 26.	Resumen de tareas comunes y por población 2011 y 2012. Fuente elaboración propia.	118
Tabla 27.	Resumen de la evaluación de los indicadores de Mu-Centro/San Juan.	120
Tabla 28.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Abanilla en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	130
Tabla 29.	Comparación de la presión asistencial total en las salas	130

	comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	
Tabla 30.	Evaluación de los indicadores Abanilla antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	132
Tabla 31.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Alguazas en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	133
Tabla 32.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras de Alguazas en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	133
Tabla 33.	Evaluación de los indicadores Alguazas antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	135
Tabla 34.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Abanilla en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	136
Tabla 35.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	136
Tabla 36.	Evaluación de los indicadores Archena antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	138
Tabla 37.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Ceutí en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	138
Tabla 38.	Comparación de la presión asistencial total en las salas	139

	comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	
Tabla 39.	Evaluación de los indicadores Ceutí antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	140
Tabla 40.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Fortuna en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	141
Tabla 41.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	141
Tabla 42.	Evaluación de los indicadores Fortuna antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	143
Tabla 43.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Lorquí en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	143
Tabla 44.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	144
Tabla 45.	Evaluación de los indicadores Lorquí antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	145
Tabla 46.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Molina-Norte/Antonio García en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia	146
Tabla 47.	Comparación de la presión asistencial total en las salas	146

	comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	
Tabla 48.	Evaluación de los indicadores Molina-Norte/Antonio García antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	148
Tabla 49.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Molina-Sur/Jesús Marín en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	149
Tabla 50.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	150
Tabla 51.	Evaluación de los indicadores Molina-Sur/Jesús Marín antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	151
Tabla 52.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-Cabezo de Torres en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	152
Tabla 53.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	152
Tabla 54.	Evaluación de los indicadores Mu-Cabezo de Torres antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	154
Tabla 55.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-El Ranero en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	155
Tabla 56.	Comparación de la presión asistencial total en las salas	155

	comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	
Tabla 57.	Evaluación de los indicadores Mu- El Ranero antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	156
Tabla 58.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-Santa M ^a de Gracia en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	157
Tabla 59.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en Mu-Santa M ^a de Gracia 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración.	158
Tabla 60.	Evaluación de los indicadores Mu-Santa M ^a de Gracia antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	159
Tabla 61.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-Vistalegre/La Flota en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	160
Tabla 62.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en Mu-Vistalegre/La Flota, 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	160
Tabla 63.	Evaluación de los indicadores Mu-Vistalegre/La Flota antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	162
Tabla 64.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-Zarandona en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	162

Tabla 65.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en Mu-Zarandona, 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	163
Tabla 66.	Evaluación de los indicadores Mu-Zarandona antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	164
Tabla 67.	Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Torres de Cotillas en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.	165
Tabla 68.	Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en Las Torres de Cotillas 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.	166
Tabla 69.	Evaluación de los indicadores Torres de Cotillas antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.	167
Tabla 70.	Resumen de Indicadores 1 y 2 del Área VI con la Significación estadística (2012-14). Fuente: Elaboración propia.	168
Tabla 71.	Resumen Indicadores 3, 4, 5 y 6 del Área VI (2012-14). Fuente: Elaboración propia .	169

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Pirámides de Población del Área VI. Tramos de edad quinquenales.	62
Gráfica 2.	Pirámide Población Zona Básica de Salud de Abanilla.	64
Gráfica 3.	Pirámide Población Zona Básica de Salud de Alguazas.	65

Gráfica 4.	Pirámide Población Zona Básica de Salud de Archena.	66
Gráfica 5.	Pirámide Población Zona Básica de Salud de Ceutí.	68
Gráfica 6.	Pirámide Población Zona Básica de Salud de Fortuna.	69
Gráfica 7.	Pirámide Población Zona Básica de Salud de Lorquí.	70
Gráfica 8.	Pirámide Población Zona Básica Molina-Norte/Antonio García.	71
Gráfica 9.	Pirámide Población Zona Básica Molina Sur/ Jesús Marín.	73
Gráfica 10.	Pirámide Población Zona Básica Mu-Cabezo de Torres.	74
Gráfica 11.	Pirámide Población Zona Básica Mu-Centro/San Juan.	75
Gráfica 12.	Pirámide Población Zona Básica Mu-El Ranero.	76
Gráfica 13.	Pirámide Población Zona Básica Mu-Santa M ^a de Gracia.	77
Gráfica 14.	Pirámide Población Zona Básica Mu-Vistalegre/La Flota.	78
Gráfica 15.	Pirámide Población Zona Básica Mu-Zarandona.	79
Gráfica 16.	Pirámide Población Zona Básica Las Torres de Cotillas.	80
Gráfica 17.	Actividad de total por 100 habitantes y por zona básica de salud. Fuente elaboración propia.	106
Gráfica 18.	Resumen actividad Enfermeras año 2011 Mu-Centro/San Juan. N ^o de consultas totales comunes y por población en el centro de salud y en el domicilio. Fuente elaboración propia.	107
Gráfica 19.	Mu-Centro/ San Juan. Evolución 2012.Consultas Enfermeras. Fuente elaboración propia.	114
Gráfica 20.	Mu-Centro/ San Juan. Evolución 2012. Consultas comunes. Fuente elaboración propia.	114
Gráfica 21.	Representación de la actividad por población y tareas comunes, antes y después del piloto en Mu-Centro. Fuente elaboración propia.	117
Gráfica 22.	Comparativa de actividad en Consulta Enfermera entre el 4 ^o Trimestre 2011 y el 4 ^o Trimestre 2012. Consultas en	117

	Centro de Salud. Fuente:elaboración propia.	
Gráfica 23.	Resumen de tareas comunes por población y totales de 2011 y 2012. Fuente elaboración propia.	118
Gráfica 24.	Comparativa 4ºTrimestre 2011_2012 consultas en domicilio.	119
Gráfica 25.	Presión asistencial y media de domicilios Abanilla 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	131
Gráfica 26.	Presión asistencial y media de domicilios Alguazas 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	134
Gráfica 27.	Presión asistencial y media de domicilios Archena 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	137
Gráfica 28.	Presión asistencial y media de domicilios Ceutí 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	139
Gráfica 29.	Presión asistencial y media de domicilios Fortuna 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	142
Gráfica 30.	Presión asistencial y media de domicilios Lorquí2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	144
Gráfica 31.	Presión asistencial y media de domicilios Molina-Norte 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	147
Gráfica 32.	Presión asistencial y media de domicilios Molina-Sur/Jesús Marín 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	150
Gráfica 33.	Presión asistencial y media de domicilios Cabezo de Torres 2012-2014 Fuente: Elaboración propia.	153
Gráfica 34.	Presión asistencial y media de domicilios Ranero2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	156
Gráfica 35.	Presión asistencial y media de domicilios Mu-Santa M ^a de Gracia 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	158
Gráfica 36.	Presión asistencial y media de domicilios Mu-Vistalegre/La Flota 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.	161

Gráfica 37. Presión asistencial y media de domicilios 163
Zarandona2012-2014. Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 38. Presión asistencial y media de domicilios Torres de 166
Cotillas 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa Sanitario de la Región de Murcia (2009).	60
Figura 2.	Imagen de agendas en OMI-AP.	90

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.	Propuestas de líneas estratégicas. Área VI.	215
Anexo 2.	Matrices agendas enfermería. Aclaraciones.	219
Anexo 3.	Demoras en enfermería: agendas de demanda en las Áreas del Servicio Murciano de Salud.	227
Anexo 4.	Propuestas de agendas de enfermería en el Área VI.	233
Anexo 5.	Planos de centros de salud para adaptar las consultas de enfermería.	237
Anexo 6.	Reuniones con los responsables de enfermería.	245
Anexo 7.	Circuitos organizativos de los centros de salud para la implantación de las nuevas agendas de enfermería.	261
Anexo 8.	Permisos al Sr. Director Gerente del Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia.	265

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO
EN EL ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

Resumen

La actividad asistencial de las Enfermeras de Atención Primaria en el centro de salud, se centra fundamentalmente en la Consulta Enfermera programada, solo accesible para la población a través de otro profesional, y las consultas de tareas comunes, donde la población es atendida a demanda cada día por una Enfermera diferente. Esta situación propicia que aunque hayan pasado 30 años de la reforma de la Atención Primaria y la profesión está alcanzando metas insospechadas a nivel académico, socialmente hay poca visibilidad de la prestación de los Cuidados de las Enfermeras.

La puesta en marcha de la asignación de población a una Enfermera de referencia, es un elemento clave para realizar un cambio organizativo en la actividad asistencial Enfermera, e implementar unas estrategias con los siguientes objetivos, contrastar la actividad asistencial en la Consulta Enfermera, con la población asignada, en la consulta de tareas comunes, y en domicilio, antes y después de la aplicación de las estrategias de cambio. Fomentar la accesibilidad a la Consulta Enfermera, con fin de aumentar la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial.

Metodología

Se trata de un estudio de intervención, descriptivo y longitudinal. La población está constituida 132 Enfermeras. La secuencia seguida ha sido:

- 1) Análisis descriptivo de la actividad de las Enfermeras de los equipos de Atención Primaria del Área VI en 2012.
- 2) Pilotaje en un centro de salud. Implementación de estrategias para el cambio organizativo, evaluación y rediseño del proyecto.
- 3) Extensión al Área VI.
- 4) Análisis comparativo 2012-2014.

- 5) Los datos se expresan en números absolutos, porcentajes y medias. Para ello se ha utilizado el software Excel 2007 como hoja de cálculo para realizar las tablas y el paquete estadístico EpiInfo™ 7.1.5 para analizar los datos. Los resultados se han comparado mediante la prueba de chi-cuadrado y se han considerado significativos a partir de una $p < 0,05$.

Resultados

Los indicadores de actividad registrada al día, son en la Consulta Enfermera de 1.409,36 en 2012 y 2.165,95 en 2014. La actividad en las consultas de tareas comunes, ha pasado de 1.167,75 a 689,79 en 2012 y 2014 respectivamente. La actividad asistencial a domicilio, se ha mantenido sin variación. El incremento de horas de atención en Consulta Enfermera a la semana en toda el Área, ha sido de media 24,3, en un rango entre 6 y 45 horas. La accesibilidad, a la consulta Enfermera se ha conseguido en un 100% en todas las agendas al existir al menos un espacio de demanda.

Conclusiones

Se ha logrado el objetivo general planteado, conocer, describir y valorar la actividad de la atención Enfermera en Atención Primaria de Salud, implementando estrategias para aumentar la accesibilidad de la población asignada de los centros de salud del Área VI de Salud Vega Media del Segura de la Región de Murcia.

Se ha producido un aumento significativo en la actividad asistencial de la Consulta Enfermera. Cuantitativamente se ha pasado de 1.403,63 Consultas Enfermeras de media al día con la población asignada en toda el Área en 2012, a 2.315,7 en 2014, lo que facilita la atención integral y la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial. Como

consecuencia se han incrementado en 24,3 horas/semana de media de atención en las consultas Enfermeras. Lo que demuestra la eficiencia del cambio organizativo.

Por lo que se confirma la hipótesis de que el cambio de la actividad asistencial Enfermera de las consultas de tareas comunes a la Consulta Enfermera con la población asignada, facilita la accesibilidad y la Continuidad de Cuidados dentro del mismo escenario asistencial.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Enfermería de Atención Primaria; Organización y Administración.

Summary

Health care activity of primary care nurses at the health center, focuses mainly on the nurse consultation scheduled, only available to the population through other professional, and queries for common tasks, where the population is attended to demand every day by a different nurse. This favorable situation which although they have spent 30 years of primary care reform and the profession is reaching unexpected goals at the academic level, socially there is low visibility of the care of nurses.

Implementation of the allocation of population to a nurse's reference, is a key element for making an organizational change in health care activity nurse, and implement strategies with the following objectives, contrasting the care activity in consultation nurse, with the assigned population, in the consultation of common tasks, and at home, before and after the implementation of change strategies. Promote accessibility consultation nurse, with purpose of increasing continuity of care in the same health care scenario.

Methodology

This is an intervention study, descriptive and longitudinal. The population consists of 132 nurses. The sequence has been followed:

- 1) Descriptive analysis of the activity of nurses in primary care teams of the area VI in 2012.
- 2) Pilot in a health center. Implementation of strategies for organizational change, evaluation and redesign of the project.
- 3) Extending the Area VI
- 4) Comparative analysis 2012-2014.
- 5) Data are expressed in absolute numbers, percentages and averages. To do this we used the Excel 2007 spread sheet software and to make tables and EpiInfo™ 7.1.5 statistical package to analyze the data. The results were compared using the chi-square, and were considered significant from a $p < 0.05$.

Results

Indicators of activity registered a day, are in consultation nurse 1.409,36 in 2012 and 2.165,95 in 2014. The activity in queries for common tasks, it has gone from 1.167,75 to 689,79 in 2012 and 2014 respectively.

Health care activity at home, has remained unchanged.

The increase in consultation nurse hours a week throughout the area, has been average 24.3, in a range between 6 and 45 hours. Accessibility, consultation nurse has been 100% on all agendas when there is at least one area of demand.

Conclusions

The proposed overall objective has been achieved, to know, to describe and assess the activity of Care Nurse in Primary Health Care, implementing strategies to increase the accessibility of the population assigned to one of the health centers in the Area VI of Health Vega Media of Segura of the Region of Murcia.

A significant increase has occurred in health care activity of the nursing consultation. Quantitatively it passed 1.403,63 Nurses average daily consultations with the population assigned throughout the Area in 2012, to 2.315,7 in 2014, which facilitates the comprehensive Care and continuity of Care in the same health care scenario. As a result they have increased by 24.3 hours per week of average attendance in Nurse consultations. Demonstrating the efficiency of the organisational change.

So it is confirmed the hypothesis that change health care activity Nurse consultations of tasks common to the Nurse consultation with the assigned population, facilitates accessibility and Continuity of Care within the same health care scenario.

Key words: Nursing Care; Nursing of Primary Care; Organization and Administration.

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO
EN EL ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

INTRODUCCIÓN

La motivación que me ha llevado a realizar el estudio, está relacionada con mi vida profesional unida a la Atención Primaria de Salud desde el año 1986. Como Enfermera Comunitaria y trascurridos todos estos años el lugar donde desarrollo en estos momentos mi trabajo, es la Subdirección de Continuidad de Cuidados del Área VI, que me ha posibilitado conocer de cerca los quince centros de salud que componen dicha Área.

Y partiendo de la premisa de que La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial y accesible a todos los individuos de la comunidad a través de medios aceptables, con su participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Según la Declaración de Alma Ata, implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud y una organización de los servicios de salud que permitan servicios globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia.

Es por lo que en estas circunstancias se plantea un cambio en la organización de la atención en la Consulta Enfermera, coincidiendo con la asignación de la población a una Enfermera de referencia. El estudio estaría siempre acorde a los planteamientos del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia del Área VI, Vega Media del Segura de la Región de Murcia.

Después de la revisión de las actividades que se realizan en los centros de salud, se evidencia que cada uno de ellos tiene una organización del trabajo y modo de funcionar particular, en los horarios de atención en el centro y en domicilio, hay dificultades en la accesibilidad por parte del ciudadano a su Enfermera, se usa el término Enfermera en femenino, por ser el adoptado por el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras, 1989) con lo

que se dificulta que la Enfermera sea otra puerta de entrada al sistema sanitario. Los espacios disponibles son escasos en algunos centros de salud, no existiendo en algunos de ellos consultas para todos los profesionales. La misma variabilidad existe en relación a la organización de la actividad asistencial de las Enfermeras, sin olvidar la gran variabilidad en cuanto a la práctica clínica, ya que no hay cultura del uso de guías de práctica clínica que aseguren una asistencia sanitaria eficiente. No hay herramientas eficaces de comunicación entre los diversos escenarios asistenciales que hagan posible la Continuidad de los Cuidados incluso en el mismo escenario asistencial con la organización existente y aunque existen protocolos y antiguos programas de salud, estos no se han actualizado y a menudo han sido olvidados por los profesionales sanitarios.

En cuanto a los profesionales se encontró una gran diversidad en su procedencia y formación, enfermeros funcionarios, de la asistencia pública domiciliaria, ayudantes técnicos sanitarios adscritos a un médico concreto que únicamente realizaban una actividad de ayuda al profesional médico, Enfermeras procedentes de los hospitales, las que por traslado acceden a plazas en los EAP (Equipos de Atención Primaria), y un grupo minoritario constituido por las Enfermeras que accedieron a una plaza de EAP por concurso oposición. Este hecho ha dado lugar a manejar distintos conceptos y enfoques de lo que debe ser la atención Enfermera en Atención Primaria.

Esta situación supuso una gran dificultad cuando se puso en marcha la reforma de la Atención Primaria, debido a la variabilidad en la formación de los profesionales que componían los equipos de enfermería. Al no existir la Enfermería Familiar y Comunitaria, las nuevas plazas se fueron ocupando por antigüedad, sin tener en cuenta ningún otro factor. Algunas profesionales procedentes de los hospitales, se adaptaron, se formaron y han constituido un valor añadido para el trabajo en los equipos. Otras, por el contrario, vieron en la Atención Primaria una salida del hospital, turno fijo, sin preocuparse por

adaptarse ni formarse al no haber ningún tipo de filtro ni exigencia por parte de la Administración para esta nueva forma de entender el trabajo de las Enfermeras.

Con el paso del tiempo, se comprueba que existen en los centros de salud, Enfermeras doctoras, máster, licenciadas, Diplomados en Enfermería y ayudantes técnicos sanitarios, existen desde “auténticas expertas en Cuidados” a otras que nunca actualizaron sus conocimientos. Con los médicos sucedió algo parecido en un principio, pero con la gran diferencia de que la Especialidad de Medicina de Familia estaba en marcha y las nuevas plazas de medicina de familia vacantes en los centros de salud, de forma paulatina se fueron ocupando en su totalidad, por estos especialistas, que tenían una formación académica y una filosofía del trabajo en Atención Primaria semejantes. Esta situación nos genera desconcierto, en la actualidad al tener acceso a los datos, y seguir comprobando que pasados los años, sigue sin ser visible el trabajo real que realizan las Enfermeras en los centros de salud y se siga comentando: “en primaria no se hace nada”, “van a jubilarse”, “por el turno fijo etc” y es que la organización de la atención Enfermera, sigue haciendo en muchos casos, que no sea visible el trabajo de las Enfermeras en Atención Primaria de Salud. Seguimos teniendo una agenda para la consulta programada, otra para la consulta a demanda, nos cambiamos de consulta y de agenda para hacer técnicas: electrocardiogramas, extracciones, espirometrías, curas, asistencias a domicilios, pero sin una estructura y horarios normalizados y conocidos por todos los profesionales y usuarios, que dificulta a menudo, que otro profesional o el propio usuario pueda tener acceso a las Enfermeras.

Esta reflexión, hizo que se planteara, realizar un análisis profundo de la situación que existe en la organización de la atención Enfermera en Atención Primaria en el Área VI, valorando la actividad asistencial de las Enfermeras, antes y después de implementar unas estrategias para cambiar

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

la atención Enfermera en los centros de salud en consultas de tareas comunes a la atención en las Consultas Enfermeras con la población asignada, con el objetivo de facilitar la accesibilidad, y mejorar la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial.

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

BLOQUE I MARCO TEÓRICO

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

En el marco teórico en el capítulo 1, mostraremos un recorrido por la Atención Primaria de Salud, desde sus orígenes, el marco legal que la ampara su puesta en marcha y la situación en la actualidad en cuanto a la epidemiología, y los modelos utilizados en la atención sanitaria. En el segundo capítulo se describe la situación de las Profesionales de Enfermería en el marco de la Atención Primaria, sus orígenes, evolución y organización en la actualidad. En el tercer capítulo, se describe la Consulta Enfermera a demanda y programada, en el cuarto capítulo un análisis del contexto donde se realiza el estudio y por último en el capítulo 6 la justificación de la investigación.

CAPÍTULO 1: La Atención Primaria de Salud

1.1. Antecedentes y Normativa de la Atención Primaria de Salud.

En el año 1974, el ministro de salud de Canadá, Lalonde, en el informe sobre la salud de los canadienses concluyó que los determinantes de salud no solo se relacionan con los estilos de vida, medioambiente y biología, sino también con la organización del Sistema Sanitario (Lalonde, 1981).

Es en la declaración de la Conferencia Internacional de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978), donde se reunieron los representantes de todos los países del mundo, y después de haber hecho el análisis de la situación mundial concerniente a la salud, elaboraron una estrategia, una alternativa para resolver los problemas de salud y llegar a la meta: "Salud para todos en el año 2000". Este documento serviría como base para la elaboración de las políticas, estrategias y planes de acción nacionales con el objetivo de alcanzar un estado de salud aceptable para todos en el año 2000. Su objetivo se basó en dos condiciones esenciales, reducir las desigualdades entre países, disminuir la enfermedad y reforzar la salud. Los ejes básicos de esta estrategia, llevan implícitos una serie de conceptos como la accesibilidad, reducir al mínimo las

desigualdades dentro del país y entre países, reforzar la idea positiva de la salud y utilizar plenamente las capacidades físicas, mentales y afectivas. Así mismo se hace imprescindible la información y la participación de la Comunidad, trabajar con un objetivo de salud común, coordinación intersectorial. Esta estrategia para conseguir la "Salud para todos en el año 2000" es la "Atención Primaria de Salud" (Organización Mundial de la Salud, 1978).

La Atención Primaria de Salud, según la Declaración de Alma Ata, implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud y una organización de los servicios de salud que permitan servicios globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia. Cada país, debía adaptar en su territorio la implantación de la Atención Primaria de Salud, con el objeto de conseguir la meta propuesta: salud para todos en el año 2000.

En esta línea, la Carta de Ottawa, elaborada en el primer Congreso Internacional de Promoción de Salud en 1986, señala entre las 5 estrategias para promocionar la salud, la de reorientar los servicios sanitarios, fundamental para este estudio.(Organización Mundial de la Salud,1986).El concepto de Promoción de la Salud, cristalizado en este documento, surgió como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud que aún hoy exigen solución en todas las partes del mundo. Los cambios tan rápidos e irreversibles que caracterizan a los tiempos en que vivimos, obligan a proyectarse constantemente hacia el futuro, pero los sistemas de salud ni siquiera han logrado avanzar al ritmo que imponen las necesidades sentidas por las poblaciones. En los países industrializados, esta dilación se manifiesta en no haber abordado a tiempo los problemas de salud derivados de los estilos de vida propiciados por la abundancia, a pesar de las grandes inversiones realizadas en el sector salud y de los adelantos alcanzados (Organización Mundial de la Salud,1986).

En España se inicia la reforma de la Atención Primaria, mediante el RD 137/1984 de 11 de enero, y se desarrolla conforme a la Ley General de Sanidad. Desde entonces, las actividades de prevención y promoción de la salud han sido parte importante del trabajo en Atención Primaria y la mejor estrategia integrada en la práctica clínica, para mejorar el nivel de salud de la población.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia este hecho tiene lugar en Febrero de 1985, mediante la creación de los primeros once Equipos de Atención Primaria (Ley General de Sanidad, 1986). Se intenta transformar la situación en base, fundamentalmente a unificar las redes y servicios sanitarios que comportarían y ejecutarían las competencias sanitarias hasta ese momento dispersas.

En la actualidad la Región de Murcia está dividida en 9 Áreas de Salud, que “son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos”. (Ley General de Sanidad 1986) cada Área de Salud tiene un hospital de referencia y un número determinado de zonas básicas de salud.” Las Zonas Básicas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos de vías y medios de comunicación, disponiendo de una cabecera en donde se ubicará un Centro de Salud, como estructura física y funcional”. (Ley General de Sanidad 1986), que es la referencia para la atención a la población asignada. En la zona básica de salud como delimitación geográfica, se encuentra el Centro de Salud como estructura física, donde se ubica el equipo de Atención Primaria, que es el grupo humano compuesto por profesionales médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería y de administración, celadores y las unidades de apoyo al equipo como matronas,

fisioterapeutas, psiquiatra, psicólogo, odontólogos, higienistas dentales y trabajadoras sociales, auxiliares de enfermería, de administración y celadores, con el objetivo de trabajar en equipo, ejerciendo su profesión atendiendo a la población de forma integral, en los aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, teniendo como objetivo la salud y no la enfermedad.

Continuando con el marco legislativo, en 1986, se aprueba la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, lo que supone la creación del Sistema Nacional de Salud y de los Equipos de Atención Primaria (Ley General de Sanidad, 1986). Con la aprobación de esta Ley, pasamos a un modelo que, además de los problemas colectivos, se centra también en la atención individual con la puesta en marcha de la Atención Primaria de Salud como base de la atención sanitaria. Esta Ley hace referencia al sistema de salud donde describe la universalización de la asistencia sanitaria pública y que esta se realice en condiciones de igualdad, garantizando el acceso por igual a todos los ciudadanos de la asistencia sanitaria. (Ley General de Sanidad 1986).

El conjunto de la Ley tiene, como primera finalidad, la atención al usuario; mejorando la accesibilidad, preservando la equidad, aumentando la información al ciudadano, mejorando el trato mediante la atención personalizada y potenciando los mecanismos para conocer la opinión de los usuarios.

Una vez desarrollada la estructura del sistema sanitario a nivel del Estado, pasamos a su aplicación en la Región de Murcia con la creación en 1990 del Servicio Murciano de Salud.

En la Región de Murcia, se aprueba la Ley 4/1994, de 26 de julio, que deroga la Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, que nació con una señalada vocación de ordenar el sistema sanitario público en la Región de Murcia dotándolo de la adecuada organización de los

servicios de salud existentes, todo ello, en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra Región establece en el artículo 1.1.f en materias de sanidad e higiene, mediante la creación de un organismo autónomo con competencias de gestión de servicios de salud y atención a la enfermedad(Boletín Oficial de la Región de Murcia, 176/1994).

Una vez que la Ley 4/1994, de 26 de julio, aprueba la creación del Servicio Murciano de Salud, el Real Decreto 1474/2001 de 27 de diciembre sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, por el cual, a partir del 1 de enero de 2002 se hacen efectivas las transferencias en materia de sanidad, siendo así el Servicio Murciano de Salud el responsable de prestación y gestión en materia de sanidad en la Región de Murcia(Ley de 26 de julio, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia).

La Ley de Salud de la Región de Murcia hace referencia a la planificación sanitaria, se establece en el artículo 10, la estructura del Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia, que se está desarrollando y en el cual se intentan identificar los problemas específicos de la Región de Murcia y los condicionantes sociales que pueden influir. El Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015, se desarrolla en tres ámbitos de actuación: Salud y Población, Salud y Sistema Sanitario y por último, implicación de pacientes (Ley de 26 de julio, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia).

Con la Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia y publicada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia de 7 de Mayo de 2009, por la que se establecen nueve Áreas de Salud cada una de ellas con su Hospital de referencia y 89 Zonas Básicas de Salud, dos de ellas pertenecientes al Área VI, pendientes de creación (Boletín Oficial de la Región de Murcia, 103/2009). (Figura1)

El último elemento en términos legislativos, incorporado en el Servicio Murciano de Salud , ha sido el proyecto Cívitats Enfermera en la Región de Murcia, (Servicio Murciano de Salud 2011), amparado en el marco legal, para la puesta en marcha de la asignación formal de la población a una Enfermera de referencia, es la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad, que establece en el artículo 10.13, el derecho a elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en la propia ley. De conformidad con el artículo 36 de la Constitución Española y a los efectos de esta ley (Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), son profesiones sanitarias tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención a la salud y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable, a esto hay que añadir que en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tenemos la Ley 3/2009 de derechos y deberes de los usuarios de la sanidad pública de la Región de Murcia que en su artículo 12 habla de los derechos relacionados con la atención sanitaria, que regula las bases de la libre elección como un derecho de los usuarios. Este proyecto ha sido una de las claves para el inicio de esta investigación. (Servicio Murciano de Salud 2012).

1.2. Situación actual de la Atención Primaria de Salud

En España se inicia la reforma de la Atención Primaria, mediante el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero (*Boletín Oficial del Estado, 27/1984*), y se desarrolla conforme a la Ley General de Sanidad (*Boletín Oficial del Estado, 102/1986*). Desde entonces, las actividades de prevención y promoción de la salud han sido parte importante del trabajo en Atención Primaria (Martín-Zurro, 2003) y la mejor estrategia integrada en la práctica clínica, para mejorar el nivel de salud de la población. (Brotons, 2001; Iglesias, 1997; Martín-Zurro, Martín y Flores, 1999; Sanfélix, 2000). La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

constituyen los pilares básicos de la Atención Primaria, exigiendo un esfuerzo colectivo de políticos, profesionales diferentes, y de los ciudadanos, en un trabajo interdisciplinar y continuado, para poder abordar la salud. “La salud no puede seguir identificándose únicamente con los servicios sanitarios; la salud es en primera instancia, una responsabilidad individual, pero para que se haga realidad es necesario que las personas conozcan los factores que condicionan su salud y sean capaces de realizar los cambios pertinentes para su mejora” (Sarlet y García, 1996).

Los cambios necesarios en el modelo asistencial, requieren una atención más centrada en el paciente con una mayor definición de roles y competencias profesionales adecuadas a la cronicidad, la potenciación del trabajo en equipo multidisciplinar y una mayor integración y continuidad asistencial. Es fundamental potenciar el seguimiento activo del paciente utilizando las nuevas tecnologías evitando las visitas ineficaces (España tiene la frecuentación en Atención Primaria más alta de Europa con 9 visitas/persona/año), favorecer la interacción entre pacientes y profesionales y promover la gestión clínica de la cronicidad mediante un sistema de incentivos basado en indicadores clínicos. (Palomo, Gené-Badía y Rodríguez, 2012). Los indicadores sanitarios han mejorado gracias a la Atención Primaria, por su universalidad, accesibilidad, amplias prestaciones y gratuidad; sin embargo, el determinismo tecnológico y la fascinación por la innovación han favorecido el crecimiento de la medicina hospitalaria. En Atención Primaria se reclaman mejoras en su financiación, y adaptar su organización y sus competencias clínicas para hacer frente al incremento y la banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización, con el fin de mejorar su capacidad resolutive y evitar el descontento de los profesionales (Martín-Zurro, 2007). Además el modelo organizativo de la Atención Primaria y del conjunto de la sanidad española no ha logrado exprimir todas sus posibilidades debido a los corsés propios del conjunto de la administración pública, en especial la contratación

y la gestión del personal. Era poco probable que la mayoría de los centros de Atención Primaria pudieran funcionar bien basándose en equipos humanos contruidos de manera forzada, con sistemas de pago salariales y sin mecanismos reconocibles de incentivación que estimularan tanto la cantidad como la calidad del desempeño.(Gervas J, Ortún V, Palomo L, y Ripoll ML, 2007).

1.3. Datos Epidemiológicos

El envejecimiento de la población, las desigualdades en salud, la aparición de nuevas necesidades, la tecnología, la desmotivación, la invisibilidad de la atención Enfermera, son elementos que han marcado de alguna manera la situación por la que pasa en la actualidad la Atención Primaria.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2010, la esperanza de vida, es para el conjunto de la población, española de 81,1 años, una cifra mayor que la media de 79,0 años de la Unión Europea. Por sexos la esperanza de vida al nacer de los hombres y mujeres españolas es de 77,8 años y 84,3 años, respectivamente (Instituto de Información Sanitaria, 2010).La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte en España, representa el 32,2% del total de defunciones. El segundo lugar corresponde a los tumores, siendo responsables de prácticamente el 26% del total de fallecimientos. El tercer grupo es el de las enfermedades del sistema respiratorio. El 75,2% de los hombres y el 65,0% de las mujeres valoran su salud como buena o muy buena. La aplicación de vacunas en la prevención de enfermedades transmisibles es uno de los mayores éxitos de la historia de la salud pública. La vacunación sistemática de la población infantil ha contribuido en gran medida a la disminución de la morbimortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación. Desde el inicio del sida en España se han notificado un total de 77.231 casos. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados de sida ha experimentado un progresivo declive, de forma que los notificados en 2008

suponen un descenso del 80% respecto a los notificados en 1996, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (Instituto de Información Sanitaria, 2010).

En relación a los hábitos de vida, el consumo de tabaco constituye una de las principales causas de mortalidad prematura evitable. En España un 21,5% de las mujeres mayores de 16 años se declaran fumadoras diarias frente al 31,5% de los hombres. El consumo de bebidas alcohólicas constituye un enorme problema de salud pública en la mayoría de los países desarrollados, tanto por el continuo incremento como por los efectos nocivos que produce. Se observa un incremento generalizado del consumo en los últimos años. El consumo de drogas ilegales engloba un conjunto de características sociales y sanitarias que permiten considerarlas como un problema de salud prioritario. En 2005 se notificaron 50.630 admisiones a tratamientos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. El consumo de tabaco y alcohol junto con el sobrepeso y la obesidad son factor de riesgo para un amplio número de enfermedades y problemas de salud: hipertensión, hipercolesterinemia, diabetes de adulto, enfermedades coronarias, ciertos tipos de cáncer y muchas otras enfermedades crónicas. Entre la población de 18 y más años, el 15,4% presenta obesidad y un 37,1% sobrepeso. En población infantil, de 2 a 17 años, la obesidad se sitúa en el 9,4% y el sobrepeso en el 19,2%. Es conocido que la actividad física es un hábito beneficioso para la salud. El porcentaje de la población de 16 y más años que no realiza actividad física ha disminuido notablemente, tanto para hombres como mujeres, situándose en un 33,3% y un 39,4%, respectivamente. Asimismo, un 60% de la población considera que no realiza todo el ejercicio físico deseable (Instituto de Información Sanitaria. 2010).

La autovaloración del estado de salud es una medida subjetiva de la salud que refleja la percepción que tienen los individuos sobre la propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o sociocultural y constituye un buen

predictor de la esperanza de vida, del nivel de mortalidad, del riesgo de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de los servicios asistenciales. Los factores dependientes del paciente, como la autopercepción del estado de salud (Guerra, 2007; Meléndez, Montero, Jiménez, Blanco, 2001), las variables demográficas y las características socioeconómicas (García et al, 2007), sus expectativas y, fundamentalmente, la morbilidad crónica y los problemas de salud mental (Bellón, Delgado-Sánchez, de Dios y Lardelli-Claret, 2007; Rodríguez, Cebriá, Corbella, Segura y Sobreques, 2003), se relacionan con la variabilidad en la utilización de recursos sanitarios y parecen influir especialmente en la decisión de la primera, sin embargo, la utilización de servicios sanitarios depende del usuario, del profesional y de la organización, donde el uso excesivo o inapropiado contribuye a generar una carga asistencial inadecuada (Smits, Brouwer, ter Riet y van Weert, 2009).

El envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en los últimos años demandan la necesidad de un cambio en los sistemas sanitarios más organizados para atender la enfermedad aguda (Coleman, Austin, Brach y Wagner, 2009), sin embargo, los sistemas de salud no cambian al mismo ritmo que lo hace la realidad sanitaria (Ham, 2009) y el aumento de la cronicidad y la pluripatología plantea grandes desafíos, tanto a profesionales clínicos como a gestores y políticos (Comisión de las Comunidades Europeas, 2002). El cambio de orientación en España es tan necesario que de no dar respuesta a estos retos podría estar en juego la sostenibilidad del sistema actual de salud, como hemos mencionado anteriormente, las enfermedades crónicas son actualmente la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, causantes del 59% de las muertes y del 46% del gasto sanitario, esta situación nos invita a gestionar con el máximo rigor y eficiencia los recursos sanitarios de que disponemos (Palomo, 2010).

Se estima de acuerdo a diversos estudios, que el patrón epidemiológico ha variado en los últimos años (Bengoia y Nuño, 2008). Este hecho, obliga a tomar decisiones que reorienten los servicios de salud, como consecuencia de las cambiantes necesidades de la persona enferma. El gasto sanitario de las enfermedades crónicas, en la mayor parte de los países industrializados representa un 70% del total, siendo la mayoría personas de más de 65 años con una comorbilidad próxima al 25%. Son enfermedades que no se curan, pero si se gestionan eficazmente su vida es prácticamente normal Asimismo De Pedro y Morales (2004) afirman que “el envejecimiento poblacional, cronicidad de procesos, incremento de la discapacidad, disminución de la red de apoyo informal, aumento de la tecnología sanitaria disponible, generan problemas nuevos o hacen aflorar nuevas dimensiones de cuestiones tradicionales”.

En el marco de la «Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas» se ha elaborado la «Declaración de Sevilla para la atención al paciente con enfermedades crónicas» documento de consenso que pretende impulsar el desarrollo en las distintas comunidades autónomas de planes integrales para la atención al paciente con enfermedades crónicas en los que se promueva un sistema de atención basado en la integralidad, la continuidad asistencial y la intersectorialidad reforzando el paradigma de un paciente informado, y comprometido que asume el protagonismo en el manejo de su enfermedad (Ollero et al, 2011). Esta declaración ha sido avalada por las 17 Comunidades Autónomas y 16 Sociedades Científicas. Los cambios necesarios se centran en seis líneas estratégicas: actividades organizativas sistémicas; paciente competente; apoyo al autocuidado; modelo asistencial; sistemas de información y evaluación; apoyo a la toma de decisiones, y actividades comunitarias. Por actividades organizativas del sistema de salud se entiende la necesidad de compromiso de los líderes para desarrollar un marco estratégico y un esquema de financiación que facilite un enfoque poblacional, con herramientas informáticas que

permitan la segmentación de la población en función del riesgo, con sistema de información para la evaluación y mejora, la existencia de contratos programa y del desarrollo de políticas sociosanitarias e intersectoriales (Ollero et al, 2011).

1.4. Modelos de Gestión y Administración de los Servicios Sanitarios

Según la Real Academia de la Lengua Española, se define modelo como arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo y gestionar, hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera (Real Academia de la Lengua Española, 2013). Asimismo, Tobar (2002), define modelo de gestión como una unidad mínima que contiene los elementos de identidad de la organización, expresa un estilo de gerencia, expresa jerarquías e incluye la razón e intuición, lo formal y lo informal. En relación a los sistemas de salud, este mismo autor, comenta que los modelos de gestión tienen tres componentes que denomina, modelo de gestión, relacionado con el nivel político, el modelo de financiación o el económico y por último el modelo técnico o modelo de atención. El modelo de gestión, marcará por tanto las directrices o líneas estratégicas a seguir en la política sanitaria de las distintas comunidades autónomas del Estado, que a través del modelo de financiación existente, deberán implementar las organizaciones sanitarias aplicando el modelo de atención que impere en el contexto en ese momento.

1.4.1. Modelos en la gestión sanitaria

Las instituciones sanitarias, tienen varios modelos de referencia para adecuarse al que mejor se adapte a la idiosincrasia del contexto a aplicar. Actualmente en el sector sanitario se están empleando tres modelos, Sistemas de gestión basados en las normas de la serie UNE EN ISO 9001, el modelo de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, y el modelo de excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM). Son tres opciones con principios similares. En la Región de Murcia el modelo adoptado en

todo el Servicio Murciano de Salud, es el European Foundation por Quality Management (EFQM). El objetivo de este modelo es la búsqueda de la excelencia en la prestación de los servicios sanitarios mediante la evaluación continua y la mejora de la calidad. Se basa en la premisa de que los resultados excelentes con respecto al rendimiento, clientes, personal y sociedad se logran a través del liderazgo, el personal, la política y estrategia, las alianzas y los recursos, y los procesos, basando su enfoque en determinados agentes facilitadores de la organización y en los resultados y estableciendo un conjunto de criterios utilizados para evaluar la calidad y la excelencia organizacional, identificando las fortalezas y las áreas que precisan mejorar, dentro del modelo se concretan unos subcriterios que lo hace más explícito, tenemos el criterio de liderazgo, y algunos de los subcriterios como la motivación, el apoyo y el reconocimiento de las personas o impulsar el cambio organizacional (Nieves y Ros, 2006). En política y estrategia, los subcriterios de información procedente de actividades relacionadas con el rendimiento, en el criterio de proceso y clientes, orientación de los procesos y procedimientos hacia la satisfacción del cliente.

Según Bohmer, (2010, Citado por Rodrigo, 2011) “muchas de las propuestas para la mejora de la calidad y la reducción de costes en el sector de la salud invocan cambios radicales que afectan a las reglas del juego. Estas propuestas no funcionan y la única esperanza realista es que las organizaciones sanitarias se reinventen desde dentro”.

1.4.2. Gestionar o Administrar: características de los modelos de gestión.

Las diferencias entre administración y gestión son, que administrar es ordenar, disponer de recursos de forma racional o según criterio lógico. Administrar por tanto recursos humanos sería sincronizar conductas, sin embargo gestionar o hacer gestión es conducir personas, o sincronizar voluntades (Tobar, 2002). Las

instituciones, en la mayoría de las situaciones administran en exceso el funcionamiento de las organizaciones, situándolas en un corsé impidiendo de este modo el aporte de los componentes de la organización y de los usuarios a los que va destinado el servicio a prestar.

Las dimensiones del modelo de gestión, según Tobar (2002, p 32), son el ser, referido a la misión, visión y valores de la organización, el estar referente a la cultura, ambiente y por último el hacer en cuanto a las prioridades, funciones y actividades de la organización, en este caso, la sanitaria y “solo cuando las prioridades resultan claras y son incorporadas por todos los actores de la institución comienza a haber una verdadera organización”. En opinión de Tobar (2002, p 34) “la visión cobra vida cuando todos en la organización perciben como su aporte se convierte en un factor decisivo y una forma de avanzar hacia ello”, es lograr que todas las personas en todos los departamentos o sectores de la organización traduzcan la visión en papeles y metas que tengan significado para ellas personalmente (Blanchard y Randolph, 1997). Por consiguiente el rol del gerente, en la actualidad, es el de agente de cambio y adaptación, un acelerador de los mismos, pero fundamentalmente "un constructor de certezas, un abridor de caminos para la organización" (Tobar, 2002, p 37). Sin embargo en estos momentos el modelo de organización y gestión que prima en la Atención Primaria tiene un claro sesgo en su diseño en favor de los intereses de los profesionales sanitarios, de ahí las resistencias y fricciones puestas de manifiesto a la hora de introducir cambios que permitan una mejor adaptación a las necesidades de la población (Sociedad de enfermería de Atención Primaria de Asturias, 2004). El famoso jugador de baloncesto Mikel Jordan, comenta “el talento gana juegos, pero el trabajo en equipo y la inteligencia ganan campeonatos”, citado en el libro “Equipos con emoción”(Danet,. Romera, Prieto, 2011). “Los criterios para crear equipos que funcionan, son propósito, plazos, especialización, selección de integrantes, evaluación, estilo del equipo, calidad, contabilidad, pactos, ética y

motivación” pág 24 y 25 las conductas a reforzar para conseguir un equipo eficaz son, liderazgo, metas específicas y cuantificables, respeto, compromiso y lealtad, más comunicación, reconocimiento, pensamiento positivo y aprender del camino recorrido pág 44, por tanto las condiciones para llevar a cabo una buena gestión de personas en una organización sanitaria pública son las mismas que en cualquier otra organización, sanitaria o no, tanto pública como privada.

Taylor (Díaz, 2002), fue quien sentó las bases de las teorías de las organizaciones, y se le atribuye la estandarización, la codificación y la enseñanza de prácticas que permiten un trabajo eficiente, sin embargo se le acusa de haber robotizado a los trabajadores al eliminar la originalidad en la realización de las tareas. El establecimiento de manuales, reglamentos para determinar quién, cómo y cuándo, tienen que hacer una actividad concreta, supone una gran dificultad la resistencia al cambio el hecho de intentar cambiar las rutinas de la organización. Si cambian las necesidades en salud, la tecnología, y la financiación donde la adaptación y reorganización de la organización pueden resultar calve para su supervivencia (Tobar, 2002 p 39). En estos años de cambios vertiginosos, no imaginables en otros momentos, a nivel de la tecnología, redes sociales, información, aparición de necesidades diferentes, intereses profesionales, apunta Tobar (2002, p 44) que los servicios de salud se encuentran en una gran encrucijada entre responder a los cambios del entorno y ceder al interés de los profesionales.

Dentro de las estrategias para la mejora de la Atención Primaria realizada por un grupo de expertos y propuesta por el Ministerio en 2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), se plantea en la estrategia nº 41, “adaptar el modelo organizativo y funcional del equipo de Atención Primaria a las necesidades de salud de los ciudadanos y a la oferta de servicios, asegurando su gestión en el marco de sistema sanitario público”, la estrategia nº 42 hace referencia a consolidar y fortalecer el trabajo en equipo en Atención Primaria y el nº 43, impulsar el trabajo

conjunto y el desarrollo profesional compartido entre médicos de familia, pediatras y Enfermeras.

Cuando hablamos de gestión de calidad, mejora continua o excelencia en la gestión en las organizaciones sanitarias, especialmente en las públicas, suele objetarse como obstáculo, la diferente naturaleza de las administraciones públicas, las dificultades específicas de gestionar las organizaciones sanitarias, la poca disposición a la mejora de los profesionales sanitarios, o la imposibilidad de poner en práctica estrategias adecuadas de gestión de personas en un entorno laboral funcionarial. Sin embargo, cada vez más organizaciones nos aportan experiencias en las que estos obstáculos no solamente son franqueables, sino que, en muchos casos, no existen (Rodrigo, 2011). En relación a la gestión en Atención Primaria, tenemos diversos modelos, según Canals (Canals et al, 2003, citado por Palomo et al, 2010) cada uno de ellos con sus características y beneficios concretos:

1.4.3. Autonomía de Gestión: dirección por objetivos, contrato programa, contratos de gestión, gestión clínica o gestión por procesos

La Real Academia Española (Real Academia de la Lengua Española, 2013) define la autogestión como un sistema de organización empresarial según el cual los trabajadores participan en todas las decisiones. Las características de este modelo es la descentralización y la competencia entre los distintos centros de salud dentro de la misma empresa. La autogestión conduce a los profesionales a asumir un rol de liderazgo compartido donde cada uno de los miembros del equipo de salud ha de ser gestor de sus actividades y funciones para el logro de los objetivos de toda organización, contribuyendo a incrementar los niveles de salud. Es un sistema de organización, participativo y democrático con la finalidad de conseguir objetivos comunes en salud.

Los beneficios son la transparencia, flexibilidad, la valoración individual y colectiva de la motivación y su carácter participativo. Los problemas son las dudas sobre la capacidad de los incentivos para producir mejoras, la falta de integración entre niveles asistenciales, la descoordinación en la protocolización, intromisión del planificador, escaso sustento epidemiológico y en planes de salud, criterios económicos, cantidades poco significativas (Palomo, 2010).

1.4.4. Calidad Total: unidades clínicas, gestión de procesos

Las características del modelo son la mejora continua de la calidad, gestión de la asistencia sanitaria individual, gestión de procesos asistenciales, gestión de la unidad. Los beneficios del modelo de Calidad total es la novedad, el rediseño de las actividades en la relación medicina/enfermería. La mejora en los equipos de Atención Primaria, se traduce en el reparto de tareas, individualización de objetivos y preocupación por la calidad. Existe un aumento del grado de compromiso de los profesionales y una mejora de la calidad asistencial, se liga actividad con formación continuada. Existe una necesidad de coordinación entre niveles asistenciales y el papel del coordinador de enfermería o coordinador médico es fundamental. Los problemas que plantea son la reticencia a participar en la gestión e incentivos poco atractivos, la desigualdad en la negociación del presupuesto, impuesto por la administración, los controles de calidad dudosos a través de las encuestas de satisfacción. En cuanto a los objetivos de asistencia, no se pueden predecir el volumen de pacientes a atender (Palomo, 2010).

1.4.5. Empresas de Profesionales: cooperativas sociedades limitadas

Las características de este modelo es la diversificación de proveedores privados. Equipos de Atención Primaria gestionados por una empresa propiedad de profesionales con finalidad lucrativa. Los beneficios son la mejor utilización de recursos, se facilita el trabajo en equipo, mayor grado de incentivación profesional,

mejor relación médico-paciente, más receptividad ante las demandas de los usuarios, mejora la accesibilidad, la potenciación de los servicios auxiliares y el reequilibrio en la relación Atención Primaria-especializada. Entre los problemas que plantea este modelo se encuentran la desconfianza de los usuarios, los imperativos financieros, la limitación de beneficios, la carrera profesional, el tipo de dedicación, universalidad, equidad de acceso, selección de riesgos, abuso de la temporalidad laboral, falta de equidad en la atención, falta de asunción de riesgos reales, el predominio casi exclusivo de la función asistencial, el clientelismo, y por último el aumento de los costes administrativos (Palomo, 2010).

De todos estos modelos de Gestión el que mejor se adapta a la Misión y Visión de la Gerencia del Área VI Vega Media del Segura, es el Modelo de Calidad total: Unidades clínicas, gestión de procesos.

1.5. Misión y Visión del Área VI, Vega Media del Segura

Dentro de la misión de los Equipos de Atención Primaria, el papel de la Enfermera es aportar a la sociedad Cuidados, entendidos como acciones intencionadas para que se pueda mantener la vida, la salud y el bienestar; identificando la capacidad de respuesta humana de los individuos y los grupos, y planificando las intervenciones a través de las cuales se alcancen óptimos niveles de autonomía e independencia y por tanto de calidad de vida (Gerencia del Área VI, Vega media del Segura, 2011)(Anexo1).

El contrato de gestión como instrumento que establece anualmente los objetivos institucionales y estratégicos, asistenciales, de calidad, de gestión de recursos, formación e investigación y gestión económica, del sistema sanitario, con la que el Servicio Murciano de Salud traslada a sus centros las líneas estratégicas de la política sanitaria regional, y se suscriben en cada ejercicio por el director gerente y los directores de los centros que componen la estructura del Servicio

regional de Salud. Algunas de las propuestas existentes en las Líneas estratégicas del contrato de gestión de 2010 son:

- Fomentar la atención de tipo preventivo y de promoción de la salud, estableciendo programas de colaboración con otros recursos sociales, que puedan contribuir a mejorar el nivel de salud, mediante la educación para la salud, con servicios de apoyo u otros.
- La atención de calidad basada en conocimientos científico-técnicos actualizando permanentemente los conocimientos científico-técnicos y garantizando una práctica clínica basada en la evidencia y la eficiencia.
- La gestión racional y sostenible los recursos, utilizando de forma efectiva y eficiente los recursos materiales disponibles, así como optimizar los recursos humanos, adaptándolos a la organización y a las necesidades del paciente.
- La satisfacción de las expectativas de la población orientando la atención a las necesidades de los ciudadanos, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Mejorando la integración y coordinación entre la Atención Primaria y hospitalaria, y favoreciendo la participación ciudadana a través de los canales establecidos.
- Asegurar la equidad y accesibilidad de la atención a los pacientes, controlando el uso inadecuado de recursos.
- Satisfacción de sus profesionales.

Nuestra organización debe estar basada en los profesionales como su principal activo, preocupada por su satisfacción, desarrollo personal y profesional, desarrollando programas de incentiación, motivación y haciéndoles partícipes en la toma de decisiones que afectan a su unidad o servicio, fomentando el reconocimiento del trabajo en equipo en la atención del paciente y distribuyendo equitativamente las cargas de trabajo.

La Misión, como profesión Enfermera, afirma Soldevilla (2011), que cuidar es el principio mágico y guía de nuestra actividad, etapa y meta de nuestra andadura profesional, ciencia y arte, cabeza, tronco y extremidades de nuestro ser Enfermero, que la Enfermería es la ciencia del cuidado, con un cuerpo de conocimientos propio y base científica de donde procede el servicio que ofrece a la sociedad y que la aportación de la disciplina Enfermera, y, en base a ella, el campo profesional del enfermero es la prestación del Cuidado.

CAPÍTULO 2: Los profesionales de enfermería en Atención Primaria.de Salud

2.1. El Cambio de los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Salud

En la década de los 60, tiene lugar la eclosión tecnológica del sector sanitario, lo que trae consigo un hecho fundamental: se crea la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (Decreto de 4 diciembre 1953). El Decreto 2319/1960 sobre el ejercicio profesional de Ayudante Técnico Sanitario, matronas y Enfermeras, establece que su trabajo profesional “se realice bajo la dirección e indicación de un médico, y que se hallen inscritos en los respectivos Colegios Profesionales” (Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre). Se establece así la vinculación subordinada a la figura del médico (Mínguez, 2011). En Julio de 1977, el Real Decreto 2128, concede rango Universitario a las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario, a partir de entonces denominadas Escuelas Universitarias de Enfermería. Se crea así la figura del Diplomado Universitario de Enfermería (Decreto 2128/1977 de 23 de julio). Al mes siguiente, se dictan normas para la

elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería (Orden 1977/ 28232).

En fechas más recientes, se establece la nueva estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los Estudios Oficiales de Grado (Real Decreto 55/2005), y se establece con posterioridad la nueva ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales en el Espacio Europeo de Educación Superior (Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre) que entre otras, garantiza la compatibilidad con las normas reguladoras de la carrera profesional de los empleados públicos, hecho importante, dado el alto porcentaje de Enfermeras que ejercen en el sector. Por el contrario en España, el florecimiento de la Enfermería se produce en el área hospitalaria, hecho este que condiciona en parte su desarrollo en el ámbito extra-hospitalario. Los cambios que se han producido en los últimos treinta años en la Enfermería han sido realmente de vértigo. Se han enfrentado distintos modelos enfermeros, legislado en distintas épocas en favor de especialidades, que en su mayoría de veces se han visto frustradas por los gobiernos de turno. En este proceso histórico, hay elementos que se incorporan, desechan o revitalizan, gracias a los cuales, se posibilitan los cambios que a su vez están influidos por las ideas y creencias de nuestra cultura, siendo las instituciones y organizaciones que tienen más poder, las que configuran la profesión con sus luces y sombras. Así vemos como en el espacio inmediatamente anterior y según estudios de Rubio y Mendieta, la Enfermera de los ambulatorios de los años sesenta, no hace intermediación entre el médico y el paciente, se limitaba a ser la amanuense que cumplimenta recetas y estadísticas, desvirtuando completamente su papel e identidad profesional (Rubio y Mendieta, 1984). La costumbre se construye en base a las experiencias anteriores, según lo que se hace día tras día en los centros de trabajo. Esta situación trae consigo un sinfín de anécdotas, y cuando se incorporaban a los distintos equipos, antiguos ambulatorios, donde “la costumbre”, era que las Enfermeras preparaban las consultas de los distintos

médicos, atender y proporcionar las batas para el trabajo y multitud de tareas más de tipo doméstico o de servidumbre.

Aunque el cambio de paradigma enfermero se inicia con los planes de estudio del año 1977 y la reforma sanitaria, estos cambios suponen, para un sector del personal sanitario, un motor e incentivo de cambios, mientras que para otros produce malestar y oposición por alterar el orden tradicionalmente establecido (Mínguez,2011). Son circunstancias que dificultan la existencia de iniciativas con suficiente alcance, que auspicien la aplicación de un modelo enfermero de forma sistemática y con metodología propias, elementos que son esenciales para completar la transformación del paradigma. Hemos constatado que pasados los años, sigue sin ser visible el trabajo real que realizan las Enfermeras, teniendo en cuenta una serie de consideraciones previas como que las Enfermeras de Atención Primaria son mayoritariamente mujeres y el paradigma biomédico obligaba a que la actividad laboral de las Enfermeras se centrara en la enfermedad, y a actuar como personal auxiliar (Martínez-Riera, 2003). Las experiencias vividas en el ejercicio del rol autónomo de las Enfermeras de los equipos de Atención Primaria, es motivo de importantes conflictos interestamentales entre médicos y Enfermeras, no existiendo tampoco una cartera de servicios con entidad propia Enfermera, ensombreciendo y difuminando sus potenciales, dentro de una cartera más general del equipo de Atención Primaria por el amplio contenido biomédico. La visibilidad social de la Enfermera de los equipos de Atención Primaria es insuficiente, aunque son bien valoradas por sectores sociales con los que se relacionan directamente en su actividad laboral (Salmerón-Arjona E, Núñez E, Lario S, Inclán A, Piqueras R, Muñoz E, 2006).

Con el paso de los años, se constata que la presión asistencial, la medicalización, las nuevas necesidades sociosanitarias, sigue siendo el objetivo del Sistema Nacional de Salud, sin embargo aunque en los discursos siguen alabando las bondades de la Atención Primaria y las grandes posibilidades de las

Enfermeras en su aportación a la salud de los ciudadanos, seguimos apareciendo ante la sociedad como poco visibles. Algunos autores (Comas,2000), indican que el cuidado es una tarea invisible socialmente, más invisible aún que las faenas rutinarias, aunque posee una gran importancia social, un valor económico considerable y relevantes implicaciones políticas. La expectativa que se tenía con el aumento de plantilla de las Enfermeras en la reforma de la Atención Primaria, era por un lado disminuir la demanda médica y el impacto de los Cuidados y su efectividad, expectativa que no se ha visto cumplida. La pretensión de cambiar una profesión en 10 o 15 años, en el papel es posible pero no en la cultura de la profesión. Debido a la fusión de las carreras de practicante, Enfermera y matrona, atendiendo a la concepción de la enfermería tenemos 3 grupos “Enfermeras cuidadoras, “Enfermeras tecnológicas” y “Enfermeras ATS”. A estos últimos “se les preparaba para ser dignos e indispensables, pero ayudante, y el que ayuda, nunca asume la responsabilidad final.(Alberdi, 1983; Alberdi, 1988).

Siendo una profesión eminentemente femenina, el rol de la mujer en casi todas las culturas sigue relegado a un papel secundario, el estereotipo femenino se caracterizaba por la sumisión, pasividad, dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad (Alberdi,2000), afirma también, que en la actualidad y en lo relativo a nuestro ámbito cultural, en España, parece claro que la profesión Enfermera ha alcanzado estas primeras características mencionadas, pero, si empleamos un enfoque más estricto, nos encontraremos que una profesión para poder ser definida como tal, tiene también que cumplir unas premisas, y estas son:

“a.-Tiene que tener un cuerpo de conocimiento propio, o sea, una disciplina sobre la que se sustenta. Tiene que desarrollar su práctica de acuerdo a dicho cuerpo teórico.

b.-Tiene que haber definido y ajustarse a un código de ética profesional, cuya difusión sirva a los usuarios de carta de presentación de sus servicios, a los propios profesionales, y a la sociedad en general.

c.-Tiene que tener como objetivo de su actuación aquellas cuestiones que significan necesidades o problemas de la comunidad en que se desarrollan.

d.-Tienen que disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación, y sobre los métodos que emplea para realizar su labor, incluyendo su modificación” (Alberdi,2000).

A pesar del marco de referencia del funcionamiento de la Atención Primaria, (Ferrer, 2009) hace un análisis de los resultados obtenidos desde la puesta en marcha, alabando los logros y los errores. En relación a estos últimos, señala la demanda creciente de la consulta médica sin justificación, la medicalización, la medición del nº de pacientes, sin embargo no se ha trabajado el aumentar la capacidad de resolución de los problemas de la población, poco apoyo a las tareas de promoción de la salud y sobre todo los equipos desestructurados, donde hay un trato desigual en cuanto al reconocimiento de las aportaciones de las Enfermeras, aumentando la invisibilidad, y la desmotivación. Del Pino Casado y Martínez Riera (2007), analizan, por un lado las posibles causas de la actual situación de la no visibilidad de la Enfermera comunitaria y por otro las estrategias que proponen los autores para el desarrollo profesional. Según estos autores, los frenos para el desarrollo profesional, son por un lado los relacionados con los profesionales, como la cultura profesional dominante anclado en el paradigma biomédico, la motivación no existiendo una política de incentivos y el grado de desarrollo de las prácticas, se definen con la estandarización y sistematización de los Cuidados que prestamos. Por otro lado los usuarios, en cuanto a los cambios en las necesidades de Cuidados, y el reconocimiento social de los Cuidados. Y por último la administración, poco motivadora. Plantean que puede ser un reto y una oportunidad. Así pues, las estrategias que proponen Del Pino y Martínez Riera son

en primer lugar la organización de la atención Enfermera mediante la asignación de usuarios a cada Enfermera y la existencia de la consulta a demanda para facilitar el acceso y conocimiento de las prestaciones Enfermeras por parte de la población. Por último concluyen que entre las dificultades de la organización por población, tenemos la falta de recursos materiales y de espacio físico y los profesionales en los que predomina el paradigma de carácter biomédico, que no aceptan la implantación del modelo de Cuidados y la libre elección de Enfermera, ya que según ellos esta situación premiaría a las más ineficaces y castigaría a las más eficaces.

2.2. Cuidar en Atención Primaria de Salud

En Atención Primaria cobra especial sentido la promoción del autocuidado como estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y, así, lograr el desarrollo humano, es decir, promocionar el autocuidado es promocionar la salud, reorientando la intervención Enfermera fundamentalmente en el cambio de las actitudes y el desarrollo de las habilidades que se reflejan en los comportamientos saludables (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000; Pérez de Hita, 2008).

La definición de cuidar, (Collière, 1993) como:

“Un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca...cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales”.

Es aquí donde la Enfermera, realiza su atención, aplicando sus Cuidados, ya que es el profesional de la salud que mantiene un contacto más directo y

prolongado con la persona que requiere ayuda para cubrir sus necesidades (Guirao-Goris, 2004).

Victoria Antón (1989), define la enfermería comunitaria como:

“Aquella que conoce las necesidades de cuidado de la salud de la población, posee los conocimientos científicos y las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proveerlos a individuos aislados, en familia, o en otros colectivos allá donde vive, donde trabajan o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso desde una concepción Enfermera como miembro de un equipo interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y abierta a la participación comunitaria” (Antón, 1989).

Y la Asociación de Enfermería Comunitaria a su vez como:

“La disciplina que desarrollan los Enfermeras/os generalistas, basada en la aplicación de los Cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y la comunidad, en el marco de la Salud Pública. Pretendiendo contribuir de forma específica a que las personas, la familia y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su auto-cuidado” (Asociación de Enfermería Comunitaria, 2001).

Otra forma de definirla es desde una perspectiva integral:

“La que con sus conocimientos científicos habilidades y actitudes es capaz de detectar necesidades de la población, ofreciendo Cuidados en promoción, prevención, y rehabilitación directa sobre la comunidad, en instituciones, asociaciones y domicilios, de forma programada desde la participación comunitaria y el trabajo en equipo con una estrategia común, utilizando todos los recursos institucionales y de la comunidad” (Martínez Riera, 2006).

Con la implantación de la Atención Primaria, la Enfermera aparecía como clave para prestar Cuidados a individuos y familias, desde el paradigma

biopsicosocial, sin embargo, estos Cuidados no han calado en la sociedad, los usuarios piensan que los Cuidados son algo intuitivo que carece de valor.(Miguélez-Chamorro, A., Ferrer-Arnedo, C., 2014)

Nuestra razón como profesionales de Enfermería es el cuidado integral del ser humano, y nuestro objetivo, capacitar al individuo y a la familia para potenciar el autocuidado, haciendo referencia a D. Orem, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Marriner,1994).Por tanto la gestión de los Cuidados de enfermería tiene como meta adecuar los Cuidados a las demandas y necesidades de la población, y tal como contempla la Visión del Área VI, Vega Media del Segura, la atención continuada, integral, integrada, basada en la gestión de procesos, mediante la unificación de la historia clínica en todo el área, eliminando la complejidad de los trámites administrativos y unificando protocolos, vías clínicas y guías de práctica clínica con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial (Olmedo, MC. et al, 2010) a través de mecanismos como la gestión de casos, asimismo, en la citada misión, se menciona la provisión a los ciudadanos de una atención sanitaria integral y humanizada, fomentando el buen trato entre todo el personal, evaluación continuada sobre la calidad y trato a los pacientes y familiares(Gerencia del Área VI, Vega Media del Segura, 2011).

Atendiendo a las definiciones anteriormente expresadas, los profesionales de Enfermería, orientan los Cuidados, para cubrir las necesidades de salud-enfermedad, del individuo o la comunidad que no pueden atender por sí solos, por tanto la oferta de la atención Enfermera, debe ir en la línea de realizar todo aquello que mejore la autonomía de las personas y ser capaces de hacer entender los condicionantes que afectan a su salud (Hernandez-Aguado, I., Santaolaya, M.,

Campo, P., 2012).

CAPÍTULO 3: La Consulta Enfermera a Demanda y Programada en el Centro de Salud y en el domicilio del paciente

Es en los años ochenta, en febrero de 1984 cuando se constituyen las Estructuras Básicas de Salud y los Equipos de Atención Primaria (Real Decreto 137/1984 de 11 de enero), momento donde se crea un espacio enfermero que posibilita una mayor autonomía Enfermera de acuerdo al nivel de capacitación formativa que se inicia a finales de los años setenta con el ingreso en la Universidad y la reforma de planes de estudio mencionados anteriormente. Este espacio propio, con rol diferenciado repercute en la autonomía Enfermera dentro del equipo multidisciplinar. Así ejerce sus actividades (De la Cuesta, 1987) en un espacio físico, consulta de Enfermería, atención domiciliaria, educación sanitaria a grupos, e intervención comunitaria. Allí al amparo de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), debe desarrollar su actividad en el fomento, promoción, prevención y recuperación de la salud, de acuerdo al nivel de titulación.

Estos espacios tanto físicos como profesionales de reciente creación, muestran al colectivo social y profesional una imagen de autonomía que lleva implícito un cambio de paradigma profesional. Aún con las sospechas de distorsión, producidas por los elementos subyacentes anteriormente mencionadas, de la propia historia y la tradición profesional, determinan y condicionan el desarrollo de las cuatro funciones básicas: la asistencial, la docente, la gestora y la investigadora.

La actividad que se desarrolla en esta Consulta de Enfermería, se define como “un proceso de atención directa, donde la Enfermera realiza promoción de la

salud, así como prevención y rehabilitación de la enfermedad a personas, de una forma integral, con una participación activa por parte del usuario y/o familia, y en la que se solicitan sus servicios para la resolución de uno o varios problemas de salud en el ámbito de sus competencias y funciones, siempre tratando de buscar la autonomía y la mejora del autocuidado, todo esto en el marco de trabajo de un equipo multidisciplinar” (Servicio Valenciano de Salud, 2007). La atención Enfermera se debe desarrollar en la consulta a demanda, programada, tanto en el Centro de Salud como en el domicilio del usuario.

3.1. La Consulta a Demanda

Los objetivos generales de la consulta de enfermería a demanda son la de prestar atención inmediata no urgente, a determinados problemas o necesidades de salud mediante la citación directa demandada por el propio usuario u otros profesionales y ampliar y mejorar los servicios sanitarios ofertados a toda la población en el ámbito de la Atención Primaria de Salud mediante el incremento de los servicios prestados en la consulta de enfermería. Uno de los aspectos álgidos de la calidad de los servicios en Atención Primaria es la gestión de la demanda asistencial, donde confluyen los intereses de los ciudadanos y los profesionales. Para los ciudadanos, la percepción de esta calidad está determinada, en gran medida, por aspectos de accesibilidad. La inmediatez en la prestación de este servicio incorpora otra mejora importante en la calidad final de la atención sanitaria y redundante, por tanto, en el incremento de la satisfacción de los usuarios, a la vez que evita otros costes sociales añadidos (pérdidas de tiempo laboral y social, gastos de transporte...) y controla la frecuentación innecesaria.

Como ámbito de trabajo y marco para la identificación de necesidades de salud, la consulta de enfermería facilita la coordinación con otras actuaciones de enfermería, como la atención domiciliaria y la intervención comunitaria. Además, en esta consulta se deben cumplir unos objetivos previamente pactados entre el

profesional y el paciente, para alcanzar el autocuidado como objetivo fundamental de la intervención. Mantener como única puerta de entrada al sistema sanitario las consultas de medicina general y de pediatría, resulta ineficiente y potencia efectos por todos conocidos que implican insatisfacción en la población y en los propios profesionales (Salmerón- Arjona, 2006). Brugués, citado por Lleras dice que “la atención por el personal de enfermería de las consultas a demanda, en procesos protocolizados, resuelve más del 60% de los casos” (Brugués Brugués A, et al 2008 citado por Lleras-Muñoz, 2011). También hace referencia Lleras Muñoz, citando a Martínez-Cañavate (2004), en que “la influencia de los factores relacionados con el profesional y la organización puede llegar a explicar más del 50% de la variabilidad en las consultas de Atención Primaria”, lo que pone de manifiesto, las posibilidades reales de intervenir sobre la gestión de la demanda asistencial desde la propia organización. Si además se ponen en marcha otras medidas como la gestión de las agendas, se consigue un impacto positivo en la satisfacción de los profesionales y de los pacientes y en la mejora de la calidad (Barragán, 2008). Uno de los puntos clave para esta autora es que la integración real del personal administrativo y su participación activa en la organización de trabajo, son una pieza fundamental en la gestión del tiempo. La relación profesional y personal con ellos debería ser excelente. En este contexto, las consultas de enfermería a demanda, se deben configurar como otra puerta de entrada al sistema, ofertando respuestas a las necesidades de Cuidados de salud demandadas por los usuarios (Girbés, Jurado, Rodríguez, Esteban, Aréjula, Fontova et al, 2005; Martín, Morilla, Morales y Gonzalo, 2005).

Los objetivos específicos que se plantean en esta consulta de Enfermería son la de establecer la Enfermera de referencia a fin de favorecer una adecuada relación Enfermera-paciente (Girbés, et al, 2005), reforzar la confianza de los usuarios en relación con el servicio prestado, favorecer la comunicación entre las Enfermeras y los otros miembros del equipo de Atención Primaria (Martín, 2005),

aplicar un modelo metodológico común en todas las actuaciones, unificando criterios, lo que permitirá disminuir la incertidumbre de los profesionales en la toma de decisiones e implicará una disminución de la variabilidad en la práctica Enfermera. Otros serían el aumentar los conocimientos y habilidades de la población asignada en materia de salud-enfermedad a fin de potenciar y fomentar el autocuidado por parte de los individuos, familias y comunidad. La consulta de enfermería a demanda debe resolver los problemas más comunes planteados por los pacientes, aplicando protocolos de actuación en aquellos casos en los que se requiera. El sistema de informatización OMI-AP (oficina médica informatizada de Atención Primaria), facilita la utilización de metodología en Cuidados de enfermería basados en la valoración de los patrones funcionales de M. Gordon, que integra diferentes áreas de interés en los diagnósticos enfermeros (NANDA internacional, 2013) y en las posteriores intervenciones a realizar y resultados esperados (NANDA internacional, 2007). Así también, el soporte informático OMI-AP facilita la gestión de las agendas permitiendo una mejor organización del trabajo. El correcto funcionamiento de la consulta a demanda conlleva la reorganización global de las agendas de las Enfermeras teniendo en cuenta la disponibilidad de espacios de demanda, programada, domicilio y el ajuste de los tiempos a las actividades a realizar. Además, será necesario alcanzar la mayor coincidencia horaria posible con las consultas de médicos y pediatras de tal manera que las derivaciones que se produzcan entre éstas y las consultas de Enfermería se atiendan en el mismo día, con la menor demora posible, aumentando así la eficiencia de la prestación.

Las actuaciones que se realizarán en la consulta a demanda al igual que otras actividades Enfermeras en Atención Primaria, se enmarcarán en los siguientes bloques de actividad, con las características específicas de este servicio a demanda (Iglesias, Álvarez, Jiménez, Mira y Suffo, 2003; Martínez, 2000; Martínez, Pérez y Martínez, 2003).

A.- Promoción del autocuidado

Desarrollo de procesos educativos individuales o familiares, orientados a enseñar a los usuarios a abordar y resolver sus problemas de salud.

B.- Actividades preventivas

Realización de controles a la población sana o a enfermos crónicos para la detección precoz de problemas de salud y evitar complicaciones.

C.- Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación. Acciones encaminadas a abordar alteraciones de la respuesta humana grave o compleja.

D.- Procedimientos técnicos básicos

Realización de técnicas, información sobre la realización de las mismas, de los Cuidados necesarios, etc.

Los servicios a proporcionar en la consulta a demanda de enfermería están enmarcados en los bloques de actividad anteriormente citados y se proporcionarán al menos en los servicios siguientes:

- Adiestramiento terapéutico y medicamentoso: broncodilatadores, autoinyección, medicación compleja, orientación sobre medicamentos del botiquín, consumo farmacológico, automedicación, etc.
- Consulta por problemas menores que no precisan medicación como primera medida.
- Educación para la salud sobre hábitos saludables: alimentación y nutrición, ejercicio físico, deshabituación tabáquica, prevención de accidentes, etc.

- Asesoramiento, información y adiestramiento al usuario sobre aspectos relacionados con ingresos hospitalarios, pruebas diagnósticas, utilización de recursos, etc.
- Detección de necesidades sociales y derivación al trabajador social para el asesoramiento e información al usuario sobre prestaciones complementarias y sobre la adecuada utilización de los recursos sociosanitarios.
- Valoración de problemas o necesidades de salud y derivación de los usuarios, si procede, a otros profesionales del equipo para su correcta atención.
- Atención a pacientes y familiares tras altas hospitalarias que requieran Cuidados de enfermería (Iglesias, 2003; Martínez, 2009; Martínez-Riera, 2003).

En cada centro, dependiendo de sus características y de la población a atender, adecuarán a la cartera básica de servicios a proporcionar desde la consulta de Enfermería a demanda, asimismo, se establecerán los criterios de derivación necesarios para garantizar la coordinación de las Enfermeras con el resto de profesionales del Equipo de Atención Primaria (INSALUD, 2001). En cuanto a la atención urgente, entendiendo esta como la atención que realiza la Enfermera al usuario por motivos no demorables, tanto en el centro como fuera de este, dentro del marco organizativo establecido en el equipo. Se crea de esta manera un nuevo escenario de oportunidades para la resolución de problemas de forma inmediata y para la detección de problemas y necesidades de Cuidados que facilite su resolución a través de la atención programada. Así pues, dentro de las estrategias a implementar, se propone la organización de la atención Enfermera mediante la asignación de usuarios a cada Enfermera, (Alberdi, 1992) y la consulta a demanda para facilitar el acceso y conocimiento de las prestaciones Enfermeras. En definitiva, la consulta de Enfermería a demanda contribuye también a hacer más

visible la labor de las Enfermeras en la satisfacción de las necesidades de Cuidados de salud de la población y en la mejora global de los servicios sanitarios.

3.2. La Consulta Programada

Tanto en la consulta programada del Centro de Salud como en la visita a domicilio, se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de alteraciones y seguimiento de patologías crónicas, acorde a las especificadas, o no, en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria, puesto que en dicha modalidad de consulta la Enfermera realiza la detección de problemas de autocuidado y el seguimiento de los planes de Cuidados. La Cartera de Servicios de los Equipos de Atención Primaria (Instituto Nacional de la Salud, 1994), recoge el conjunto de actividades científico-técnicas (Instituto Nacional de la Salud, 1993 (a)) y administrativas que se realizan en el primer nivel de atención, estableciendo y unificando criterios de puesta en práctica, para que se consiga una producción enmarcada en los objetivos del Servicio Murciano de Salud. Desde el nacimiento de Cartera de Servicios de Atención Primaria (Instituto Nacional de la Salud, 1993 (b)), su objetivo fundamental ha sido el establecimiento de un catálogo de prestación de servicios relacionados con los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población susceptible de resolución en el primer nivel de atención. A lo largo de estos años, la Cartera de Servicios ha sufrido varias modificaciones tanto en los servicios como en los indicadores de cobertura y normas técnicas que definen cada servicio, de tal manera que se ha ido adaptando a las necesidades reales y demandas de los usuarios. Por este motivo, la Cartera es un documento «dinámico» que define gran parte de la actividad diaria de los profesionales y cuya revisión continua hace posible lograr el objetivo.

Así pues, se define Servicio como actividad/es desarrolladas o fomentadas por los profesionales de Atención Primaria, destinadas a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria (Instituto Nacional de la

Salud, 1993 (b)). Los servicios deben cumplir con una serie de criterios de acreditación, como es el estar sustentado por un programa o protocolo, donde se especifiquen los criterios de derivación entre profesionales, criterios de inclusión y de exclusión de pacientes, entre otros (Instituto Nacional de la Salud, 2001).

La Cartera de Servicios debe servir para:

- De instrumento para mostrar de una forma atractiva y comprensible a los usuarios, la actuación del nivel de Atención Primaria.
- Como uno de los instrumentos de medida de la actividad, con monitorización de indicadores relevantes, a todos los niveles de gestión.
- Para contribuir a establecer el producto de Atención Primaria.

El Pacto de Gestión de la Gerencia del Área VI, Vega Media del Segura, se hace con los Equipos, tomando como base la Cartera de Servicios, con lo que se constituye como una herramienta de Gestión donde se traslada al seno de los equipos las líneas estratégicas de la política sanitaria regional, y se pretende impulsar un sistema de gestión con profesionales implicados y apoyado en la mejora continua de la calidad (Gerencia Área VI, Vega Media del Segura, 2011).

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y, así, lograr el desarrollo humano, es decir, promocionar el autocuidado es promocionar la salud, reorientando la intervención Enfermera fundamentalmente en el cambio de las actitudes, sin olvidar el conocimiento y las habilidades que se reflejan en los comportamientos saludables (Sociedad de Enfermera Atención Primaria de la Región de Murcia, 2010). Y es en este terreno donde la Atención Primaria ocupa un lugar privilegiado para contribuir a cambiar definitivamente la forma en que cada persona cuida de su salud y se compromete con ella, permitiendo el derecho a adoptar, pero también a rechazar, medidas que eleven de forma progresiva su nivel de salud. Y para ello

contamos con profesionales capacitados y habilitados en promocionar la salud y fomentar el autocuidado. Un aspecto importante dentro de las actividades programadas se encuentra la Educación para la Salud a grupos y comunidad en general.

CAPITULO 4: La organización de las Enfermeras en Atención Primaria de Salud

4.1. La organización de las Enfermeras en los centros de salud

Después de 30 años de la reforma de la Atención Primaria, las reformas organizativas propuestas no han demostrado diferencias concluyentes a favor unas u otras, tampoco han demostrado impacto sobre la demanda derivada, sobre el coste de la atención ni sobre los resultados en salud (Palomo 2012). Los equipos de Atención Primaria se han ido organizando según sus peculiaridades, sin que la Institución haya dado indicaciones claras. Los modelos organizativos de enfermería no deben considerarse de manera aislada a la organización interprofesional del Equipo de Atención Primaria, y la opción más deseable será aquella que mejor se adapte, básicamente a las características de los profesionales y al entorno donde se presta la atención sanitaria.

Cuando nos referimos a la organización de los equipos, podríamos hablar básicamente de tres modelos: atención de enfermería por actividades, por sectores y la unidad básica asistencial. La atención de enfermería por actividades, se inicia en el comienzo de la Atención Primaria y según los protocolos que marcaban qué hacer, cuándo y por qué profesional. En la organización por actividad, médicos y Enfermeras trabajan de manera independiente, ofreciendo servicios en paralelo, con escasa interacción entre ambos profesionales, en éste modelo organizativo ha de quedar garantizado que, si en la actividad de uno de los profesionales, se

precisan los servicios del otro profesional, debe estar bien establecida la forma de dar respuesta a ese requerimiento de manera ágil y accesible para el usuario.

En cuanto a trabajar por sectores, el objetivo era atender a grupos de población delimitados geográficamente dentro de la zona básica de salud. Y por último la unidad básica asistencial, que se define como el conjunto de profesionales generalmente médicos y Enfermeras con la responsabilidad de ofrecer servicios de Atención Primaria a una población determinada, trabajan en equipo de forma complementaria, con criterios comunes (Cebrián, 2001). Con este modelo se asume que la atención de los problemas de salud de los pacientes es responsabilidad de ambos profesionales, por lo que el funcionamiento en la práctica de la Unidad básica asistencial, se basa en que ambos profesionales tienen mayoritariamente horarios comunes y agendas paralelas, se trabaja físicamente en un espacio de trabajo muy cercano y es necesario que existan programas y/o protocolos de derivación y de abordaje de los diferentes problemas de salud, por lo que solicitud de visita para uno u otro profesional se entiende simplemente como un mecanismo de acceso, que está condicionado por diversos aspectos tanto organizativos como culturales. Lo que busca el paciente es una solución para su problema, independientemente de qué profesional sea quien se la ofrezca (Salmerón-Arjona, 2006).

Otra forma de agrupar (Servicio Madrileño de Salud, 2005) la organización Enfermera es “*por tareas*”, desarrollada en el inicio de la Atención Primaria, las Enfermeras se especializaban o eran el referente de programas como el de diabetes, hipertensión, en curas, salud escolar...referente para la población y el resto de Enfermeras, pero con una atención fragmentada. La segunda forma de organizarse se denominó “*por cupo*”, donde la existencia del cupo de población asignada al médico y una Enfermera de referencia , favorecía la organización y la atención de la mayoría de los Cuidados a esa población asignada. Por último “*por unidad familiar*” en este modelo la Enfermera se ocupaba de los Cuidados del

grupo familiar. En todos estos años, han convivido en paralelo varios modelos, dependiendo de las características de cada equipo de Atención Primaria.

4.2. Continuidad de Cuidados

La Continuidad de Cuidados, es clave para que nuestros ciudadanos perciban la atención sanitaria como un servicio de calidad, (Calvo, MJ., Infantes, JA; Solano, C., Rebollo, E., Martín, JL., 2015). “La consecución de los objetivos de continuidad dependerá del grado de coordinación que se consiga entre los niveles políticos, financieros, organizativos y clínicos” (Malone, TW., Crowston, K., 1991). Lejos de esta afirmación, y dentro de nuestra realidad, la continuidad asistencial y dentro de ella, a Continuidad de Cuidados, es un elemento clave para la Atención Primaria y se relaciona con la satisfacción que muestran los usuarios, la calidad de vida, menos hospitalizaciones, y menos medicalización (Corrales-Nevado, Alonso-Babarro y Rodríguez-Lozano, 2012). En el mismo orden, mejorar la coordinación entre profesionales, produce en el usuario, sensación de seguridad y cuidado, esenciales para entender la atención sanitaria (Ortega-López, Tristán-Rodríguez, Aguilera-Pérez, Pérez-Vega y Fang-Huerta, 2014) y debido al crecimiento de las personas con patologías crónicas, surge la necesidad de dar respuesta a las necesidades que planteen los usuarios, destacando la figura de la Enfermera en equipos multidisciplinares (Sánchez-Martín, 2014).

El apoyo a la toma de decisiones requiere estrategias que faciliten el uso en la práctica clínica de guías y protocolos compartidos entre los diferentes entornos asistenciales (Hospital, Atención Primaria), el desarrollo de iniciativas dirigidas a la evaluación y mejora de la competencia profesional, habilitar vías de comunicación fluidas para facilitar la consultoría entre profesionales. que atienden al paciente, evitando duplicidades de pruebas así pues la asistencia sanitaria es un proceso complejo, en el que intervienen diferentes agentes, centros y niveles asistenciales, además, los pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario tienen cada vez más

edad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas (Fernández et al, 2007). Estas características de salud han condicionado que entre las expectativas de mayor relevancia para los pacientes, se indiquen la accesibilidad al sistema y la continuidad en los Cuidados (Mira et al, 2002; Redondo, Bolanos, Almaraz, Maderuelo, 2005).

Sin embargo la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada tras un ingreso no existe de manera institucionalizada (Gómez, Orozco y Merino, 1997), los profesionales de Atención Primaria consideran que esta falta de comunicación y coordinación con Atención Especializada es la principal barrera para la continuidad asistencial, ya que produce que las primeras consultas en Atención Primaria sean ineficaces (Gómez, 1997; Medrano y Moya, 2001; Terraza, Vargas y Vázquez, 2006), como consecuencia, cuando el paciente acude al Centro de Salud tras un ingreso, en Atención Primaria no se tiene información sobre el proceso en el hospital, y las primeras consultas son poco «efectivas», ya que se producen cambios (por ejemplo, nuevos tratamientos) de los que no se tiene información, también impide la planificación de las consultas en domicilio, al no conocer los tiempos de ingreso y alta. Los sistemas de información comunes a ambos servicios de salud serían una oportunidad, pero también destacan reforzar el papel de Atención Primaria, que se lograría con más tiempo para la consulta y seguimiento, realizando educación para la salud centrada en pacientes mayores y fomentando las intervenciones a domicilio.

La falta de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada es una barrera clave para la calidad asistencial (Mira, Build, Vitaller y Aranaz, 1997), y es un hecho problemático para los profesionales de Atención Primaria, por tanto para conseguir una atención integral y de calidad para los pacientes atendidos en nuestra Área, es clave fomentar medidas de comunicación entre Atención Primaria, Hospital ó Asistencia Especializada y los Servicios de Urgencias (Morales, 2001).

Las fronteras entre niveles sanitarios son artificiales, son más bien debidas a la organización (Martínez-Riera y Sanjuán-Quiles, 2009).

Existen experiencias, en nuestra Región, que intentan disminuir esas barreras, mejorando la comunicación y coordinación entre diferentes niveles asistenciales (Martínez-Sánchez, et al, 2015).

4.3. Las agendas de las Enfermeras

Algunos autores consideran que el buen funcionamiento de los centros de salud, va a depender en gran medida del correcto funcionamiento de los circuitos organizativos relacionados con la gestión de la demanda de los usuarios y la adecuación de la gestión del tiempo de los profesionales por medio de la gestión de las agendas. (Díaz-Borrego, J., et al, 2011). Según (Barragán, 2008) las agendas, constituyen el elemento de organización del tiempo de atención por parte de los profesionales de Atención Primaria, de ahí la importancia de la organización de ésta para facilitar o entorpecer el acceso de la población a los profesionales. La combinación en las agendas de huecos programados y a demanda que se produzca cada jornada, mejora la atención y reduce el gasto de tiempo en los pacientes y el trabajo en los administrativos. Variables como la accesibilidad, entendida como la posibilidad de acceder a la consulta de los profesionales por decisión de los usuarios y las relaciones con los profesionales, son dimensiones de las más valoradas por los pacientes en Atención Primaria (Palacio, Marquet, Oliver, Castro, Bel, 2003).

En la Región de Murcia el Servicio Murciano de Salud en el año 2000, pone en marcha el aplicativo informático OMI-AP y con el, las agendas de los profesionales que componen el equipo de Atención Primaria. Con anterioridad, el funcionamiento de las citas se realizaba en soporte de papel, con la diferencia que a los profesionales médicos se les citaba desde el área administrativa con presencia de los usuarios o por teléfono y al resto de profesionales, Enfermeras,

matronas, trabajadores sociales y fisioterapeutas, las citas se las proporcionábamos los mismos profesionales. Por tanto es a partir del año 2000, cuando las Enfermeras tienen la posibilidad de tener registrados en soporte informático el número de usuarios que acuden a nuestra Consulta Enfermera. Pero las agendas con el nombre de cada Enfermera, se dejaron casi en exclusividad para atender a las personas con problemas crónicos y se crearon multitud de agendas para dar respuesta a las necesidades que iban surgiendo en el centro, relacionada con técnicas realizadas en consultas comunes por todas las Enfermeras, como electros, curas, extracciones. Esta situación provocó que ante la explotación de los datos de registro o la simple visualización de las agendas con nombre de cada Enfermera, se daba la impresión de que las Enfermeras solo atendían a un escaso número de usuarios, ya que los registros del resto de agendas, no se visualizaba como trabajo de las Enfermeras, solo su agenda personal, de ahí la necesidad de minimizar el número de agendas comunes y citar a los usuarios en la agenda de la Enfermera de referencia, facilitando de este modo la visualización de los registros de cada una de ellas.

En el año 2009 las directrices dadas por servicios centrales, antes de ser Gerencia Única con respecto a la configuración de la agenda, indica cómo deben ser confeccionadas las agendas de las Enfermeras en el Servicio Murciano de Salud, (Anexo 2). El documento presentado por la Coordinadora Regional de Enfermería y los técnicos de enfermería en una reunión con todas las direcciones de las Áreas de salud de la Región, mostraron uno de los objetivos de los Acuerdos de Gestión del año 2009, donde aparece en la primera gráfica con el porcentaje de agendas con espacios de demanda que tenían las 9 Áreas de Salud. En el Área VI, se había implementado la estrategia para crear en todas las agendas de las Enfermeras, espacios de demanda para facilitar la accesibilidad, no entendiéndose cómo reflejaba un valor tan bajo, aproximadamente un 62% (Anexo 3).

A continuación se describe el documento elaborado por la Subdirección de Continuidad de Cuidados, basado en las directrices de Servicios Centrales para adaptarlo a la reorganización de la atención Enfermera que se planteó en el Área VI.

“Normas para la estandarización de las agendas de enfermería”

1. Todos los enfermeros con CIAS (Titulares) que tienen pacientes asignados deben de tener agenda.
2. Los usuarios de las agendas con permisos denominados: ESAD, Direcciones de Enfermería, Servicios Centrales, deberán aparecer como usuarios vigentes pero sin agenda. Esto significa que tienen permiso para visualizar las agendas pero no se les puede citar pacientes.
3. Estas agendas deben de tener actos en su configuración DEM (demanda) y situación 0 (color negro), que serán accesibles por los usuarios desde el mostrador y la cita telefónica.

En la tabla 1, se muestra el listado de especialidades disponibles para asignar a agendas de enfermería. Como se observa, a cada agenda le correspondía un código establecido por los Servicios Centrales para todo el Servicio de Salud. El código 000, es el único que correspondería al nombre de cada Enfermera, el resto de códigos a la variabilidad mencionada anteriormente, además de otras agendas que eran atendidas como tareas comunes por las Enfermeras de cada equipo, se fueron generando en cada centro sin restricción y a merced incluso de técnicas como densitometría, que no figuran en el catálogo propuesto (tabla 1).

Tabla 1. Listado de especialidades para asignar a agendas de enfermería.

Código Especialidad	Descripción
000	Enfermería
050	Analítica
121	Enfermería demanda
124	Enfermería educación grupal
126	Enfermería extracciones sin OMILAB
125	Enfermería sintrom®
122	Enfermería técnicas
123	Enfermería vacunas
127	Enfermería vacunas colegios
138	Enfermería urgencias PAC
139	Enfermería urgencias SUAP
128	Enfermería urgencias sábados EAP

Se aprovechó la propuesta de, Servicios Centrales, para las agendas de las Enfermeras el realizar una serie de comentarios y recomendaciones con el objetivo de reforzar la propuesta y flexibilizar y adaptar a cada Centro de Salud. El objetivo fue lograr que todas las Enfermeras tengan espacios de demanda en la agenda para, aumentar la accesibilidad de los usuarios y lograr la Continuidad de los Cuidados dentro del mismo escenario asistencial (Anexo 4). Se realizaron las siguientes recomendaciones:

La sala de técnicas que existe actualmente debe desaparecer, los electrocardiogramas se realizarán en la sala de urgencias /polivalente. Las curas las realizará cada Enfermera en su consulta, dándoles el mismo trato que a las consultas programadas. En las Consultas Enfermeras se atenderá tanto la Consulta programada como la demanda. Cuando la Enfermera de referencia se

encuentre realizando un domicilio y surja una demanda la atenderá la consulta en espejo a la suya. A primera hora se deben hacer los electrocardiogramas de los preoperatorios: el paciente no tiene que esperar, se hace la extracción y a continuación el electrocardiograma. Puede parecer que se establecen pocos huecos para atender la consulta a demanda de la población, pero no, ya que las Enfermeras debemos de tender a convertir el máximo de consultas en programadas, esto es, una atención de mayor calidad. En cualquier caso el número de consultas tanto a demanda como programada se deben ajustar a la realidad asistencial de cada sitio. Algunas determinaciones de (sintrom®) se pueden realizar en consulta programada más tarde, no necesariamente a las 8 de la mañana, lo mismo con los de domicilio. Consiguiendo así una mínima agenda de extracciones a domicilio y que cada Enfermera haga realmente las de sus pacientes, además de que así disponemos del máximo de efectivos a primera hora en el centro. Los lavados óticos deben realizarse en la consulta programada. Campaña gripe: cada Enfermera vacunará en su consulta, se disminuyen los espacios/tiempos de consulta programada y se aumentan los de demanda con el fin de captar a la población que no suele acudir y si acude a vacunarse. Se le citará para otro día en consulta programada según el perfil del usuario. Especial énfasis en la captación de mayores de 65 años para el programa de detección y prevención de problemas en mayores.

Algunos autores describen el sistema sanitario como uno de los determinantes sociales, que influye con su organización en la salud de los ciudadanos, (Solar, Irwin, 2010), por tanto, resaltar, que uno de los elementos que facilitan el buen funcionamiento de un Centro de Salud, es la gestión del tiempo a través de las agendas Enfermeras que deben facilitar la accesibilidad, por voluntad del propio usuario y sin necesidad de ser derivado por ningún otro profesional contemplando en su distribución espacios para la consulta a demanda, programada

y a domicilio, con el objetivo de atender las necesidades de salud y enfermedad con los Cuidados necesarios a la población que tenemos asignada.

4.4. Asignación de la Población a una Enfermera de Referencia

Para desarrollar la asignación formal de la población a una Enfermera de referencia, y permitir la libre elección de Enfermera, ha sido necesaria la adquisición de un programa informático propio por parte del Servicio Murciano de Salud para tal fin: "Proyecto de asignación Enfermera a la población registrada en Cívitas". (Servicio Murciano de Salud, 2012)

El objetivo de este proyecto es lograr que todos los usuarios de la Región de Murcia (con las limitaciones que dicten la legislación a nivel regional), se asigne a una Enfermera, de referencia, para la mejora en la continuidad y la calidad de los Cuidados prestados. Al tener una Enfermera de referencia, aumentará la relación Enfermera/usuario y conseguiremos un mayor reconocimiento y aumento de la visibilidad en la sociedad. Al existir la libre elección, podrá elegir a la Enfermera que quiere que le atienda. Cuando el ciudadano se da de alta en el Centro de Salud, será obligatorio asignarle una Enfermera, y el nombre de esta aparecerá en la tarjeta sanitaria.

Para realizar una asignación automática de Enfermera se han clasificado en tres especialidades:

- Enfermeras de Pediatría o Enfermería Pediátrica, que atienden a niños de 0 a 13 años.
- Enfermeras de Adultos o Enfermería Familiar, que atienden ciudadanos mayores de 14 años.
- Y Enfermeras de Ambas Especialidades, que atienden a ciudadanos de cualquier tramo de edad.

Para asignar la Enfermera a la población, se tendrá en cuenta que la Enfermera debe de estar en la misma Zona Básica de Salud que el médico de

familia o el pediatra al que esté adscrito el ciudadano. Según la edad del ciudadano, y el punto asistencial que le corresponde, se le asignará una Enfermera de pediatría, de adultos o que atienda ambas especialidades. Las ventajas de tener toda la población asignada a los profesionales enfermeros, son múltiples. En primer lugar supone la asunción de la responsabilidad en la toma de decisiones sobre los Cuidados y la continuidad de los mismos que estas personas necesitan. Puede diseñar un plan de Cuidados con el individuo, la familia, cuidador y con el médico de cabecera. Podrá realizar la mayor parte de los Cuidados y planificar su alta. Se convertirá en la interlocutora en la materia de Cuidados con otros profesionales de enfermería, hospital de referencia. Está previsto que los usuarios también puedan pedir cita con su Enfermera de la misma manera que se hace para su médico de familia o pediatra a través de la cita web. En la actualidad, se realiza por teléfono y en el mostrador de su Centro de Salud. A nivel profesional y a nivel de ciudadano, aumentará la satisfacción, lo que repercutirá en el entorno laboral y la percepción de la mejora de la calidad asistencial. En definitiva, el esfuerzo que se pide a los Equipos de Atención Primaria consiste en llevar a efecto el cambio que supone la reforma sanitaria en lo que a la Atención Primaria de Salud se refiere.

El proyecto Cívitas, nos aporta el marco de referencia sobre el que sustentar el cambio organizativo objeto de esta investigación, para mejorar la accesibilidad y la Continuidad de Cuidados de la población asignada a las Enfermeras del Área VI, Vega Media de la Región de Murcia.

CAPÍTULO 5: Análisis del contexto

A continuación pasamos a realizar la descripción de la población, la dispersión geográfica y los recursos humanos de las zonas básicas de salud del Área VI.

El mapa sanitario de la Región de Murcia (Figura 1) establece dos tipos de demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. Cada Zona Básica de Salud tiene asignado un grado de dispersión geográfica, representado por la letra G. La dispersión geográfica consiste en una ecuación matemática que relaciona el número de habitantes de cada núcleo poblacional y la distancia en kilómetros hasta el Centro de Salud cabecera, en una escala que va de G1, la menor dispersión posible a G4, la mayor dispersión posible.

La cifra de población según el Instituto Nacional de Estadística para la Región de Murcia fue de 1.466.818 habitantes, siendo 735.889 varones y 735.889 mujeres, según datos de 2014.

5.1. Descripción de las zonas básicas de salud, los recursos humanos, la dispersión geográfica y la población total.

A continuación vamos a presentar las distintas Áreas del Servicio Murciano de Salud, para centrarnos en el Área VI.(Figura 1)

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

Figura 1. Mapa Sanitario de la Región de Murcia. (2009)



Fuente: www.murciasalud.es.

Las 9 Áreas de Salud de la Región de Murcia son las siguientes:

- Área I. Murcia Oeste. Hospital Universitario Virgen la de Arrixaca.
- Área II. Cartagena. Hospital Nuestra Señora del Rosell.
- Área III. Lorca. Hospital Rafael Méndez.
- Área IV. Noroeste. Hospital Comarcal del Noroeste.
- Área V. Altiplano. Hospital Virgen del Castillo.
- Área VI. Vega Media del Segura. Hospital Universitario José María Morales Meseguer.

- Área VII. Murcia Este. Hospital Universitario Reina Sofía.
- Área VIII. Mar Menor. Hospital los Arcos.
- Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

Ubicados en el Área VI, Vega Media del Segura con 15 Zonas Básicas de Salud y dos pendientes de crear y cuyo Hospital de referencia es el Hospital Universitario José María Morales Meseguer.

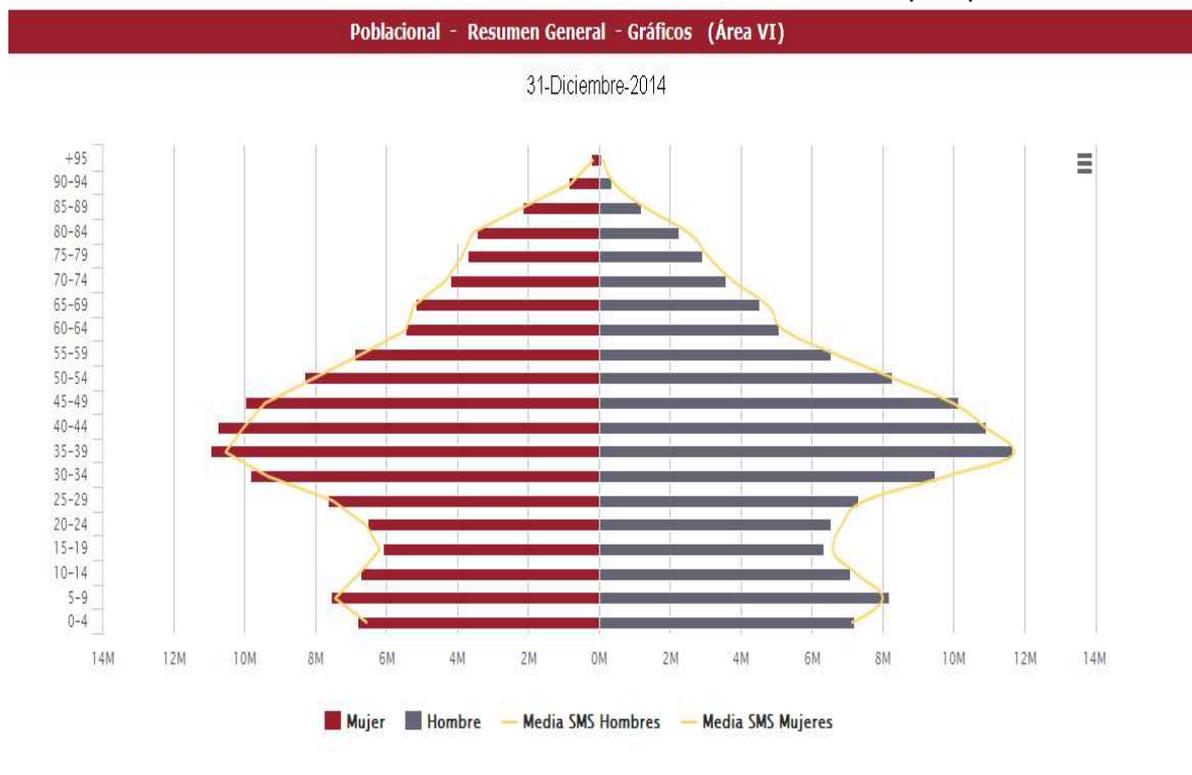
Las Zonas Básicas de Salud que pertenecen al Área VI, son las que se muestran a continuación:

- Abanilla.
- Alguazas.
- Archena.
- Ceutí.
- Fortuna.
- Lorquí.
- Molina-Este. (Pendiente de creación).
- Molina-Norte/Antonio García.
- Molina-Sur/Jesús Marín.
- Mu-Cabezo de Torres.
- Mu-Centro/San Juan.
- Mu-El Ranero.
- Mu-Santa M^a de Gracia.
- Mu-Santiago y Zaraiche. (Pendiente de creación).
- Mu-Vistalegre/La Flota.
- Mu-Zarandona.
- Las Torres de Cotillas.

El Hospital de referencia del Área VI, es el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, que se encuentra ubicado dentro del casco urbano de la ciudad de Murcia, en la Avenida Marqués de los Vélez, siendo el encargado de prestar la asistencia sanitaria a la población adscrita al Área de Salud VI, Vega Media del Segura, de la Región de Murcia, con una población de 245.233 habitantes (Carrillo, 2011).

Gráficamente observamos la pirámide de población del Área VI en tramos de edad quinquenales y posteriormente, mostramos las pirámides de población y datos más relevantes, en las gráficas (2 a 16), por Zona Básica de Salud con los centros cabecera y periféricos, la dispersión geográfica, la población total, y los recursos humanos que la componen (Gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámides de Población del Área VI.-Tramos de edad quinquenales.



En la zona media de la pirámide se ubica el tramo mayor de población comprendida entre los 30 y 50 años tanto en hombres como en mujeres. A partir de esa edad una disminución hasta la cúspide de la pirámide con un comportamiento habitual en toda el Área VI, de longevidad por parte de las mujeres mayor que en hombres entre los 85 y 95 años.

Se podrá comprobar a lo largo de la descripción que este comportamiento varía notablemente en algunas ZBS, tanto la población, la edad y la dispersión geográfica. En las tablas que se muestran a de las 15 ZBS, el nº total de tarjetas individuales sanitarias (TIS) o población total, los profesionales sanitarios (médicos de familia, pediatras y Enfermeras), los mayores de 65 años y el ratio de población por Enfermera tanto de adultos como de niños.

A continuación pasamos a describir las quince Zonas Básicas de Salud que componen el Área VI, Vega Media del Segura que son las siguiente:

5.2. Zona Básica de Salud de Abanilla.

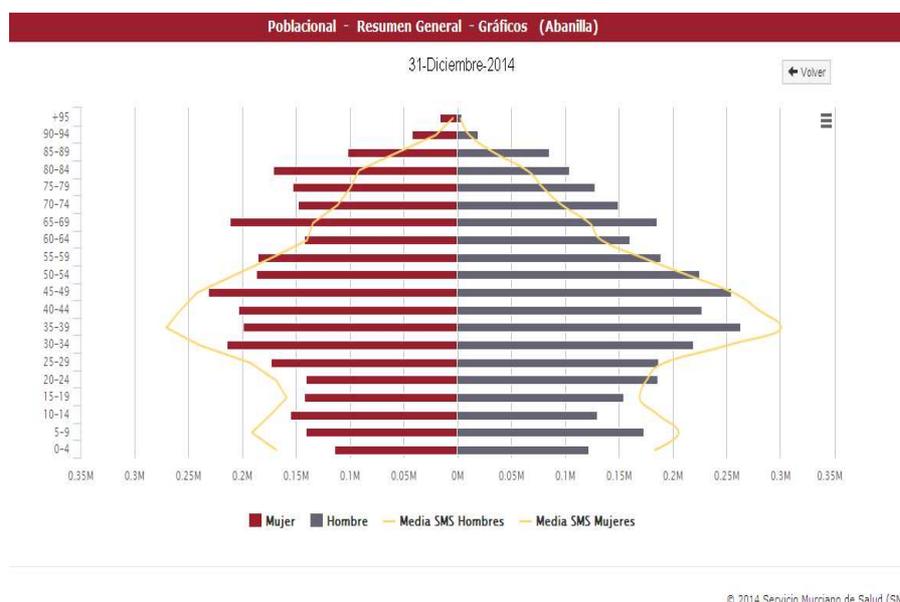
La población de Abanilla a 1 de julio de 2012, es de 6.400 tarjetas sanitarias individuales (TIS), con una dispersión geográfica G3. Los puntos asistenciales donde se atiende a la población ya sea el centro principal o cabecera y los periféricos son cinco:

- Centro de Salud Abanilla (cabecera): tiene un horario de lunes a viernes de 8 a 17h. Además es una de las dos ZBS, junto con Fortuna, que son Punto de Atención Continuada (PAC), y atiende a toda su población de lunes a viernes de 17h a 8, fines de semana y festivos 24horas. Tienen varios núcleos de población como la pedanía de Mahoya, El Partidor, Carrillos, Casa Cabrera, Salado Alto, Salado bajo y Ricabacica. En los siguientes consultorios, si existe un consultorio donde es atendida la población como el consultorio de Barinas, situada

a 11,3 Km del centro, Cañada de la leña, a 15,6 Km del centro, Macisvenda, a 10,1 Km del centro y El Cantón, situada a 16,4 Km.

Como se puede observar en la gráfica, tanto en hombres como en mujeres la población es más longeva que la media del área y como se verá más adelante una gran dispersión geográfica (G3), que a la hora de la organización, resulta más complicado (gráfica 2).

Gráfica 2. Pirámide Población Zona Básica de Salud de Abanilla.



Observando la siguiente tabla, se comprueba que los recursos humanos de Abanilla tienen una distribución de paridad Enfermera-médico. A lo largo de la descripción, se constata cómo el nº de tarjetas suele ser mucho menor en los periféricos que en los centros cabecera, es un elemento de distorsión entre los enfermeros de los equipos ya que la remuneración es la misma, ya tengan 569 como el caso de Mascisvenda o 1920, o de Alguazas (tabla 2).

Tabla 2. Zona Básica de Salud, dispersión geográfica, población y nº de profesionales. Abanilla.

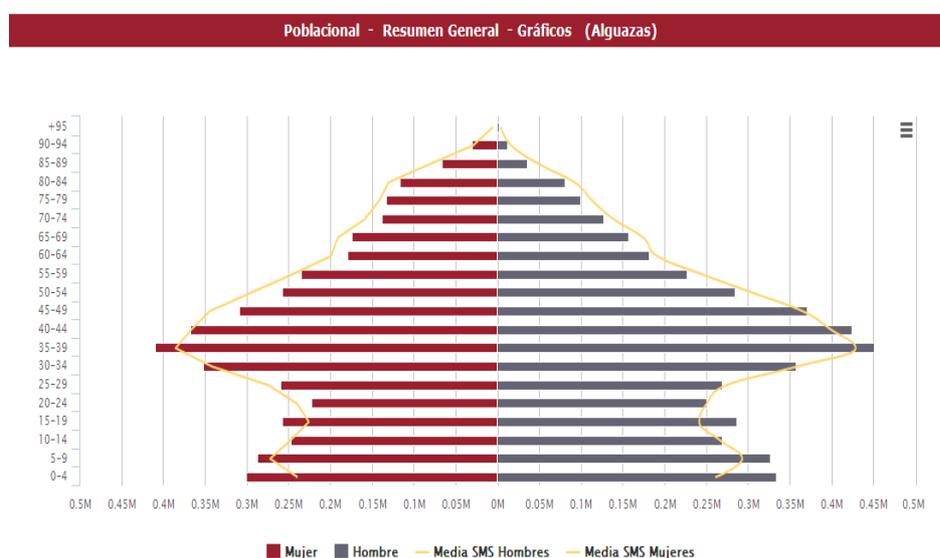
ZBS/G3	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Abanilla	3.882	3/3	1295	317	1/1	715
Barinas	1.153	1/1		334		
Macisvenda	569	1/1		189		
Cañada de la Leña			79	189		
El Cantón			49	29		

Nota: ZBS/G3: zona básica de salud/ dispersión geográfica, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.3. Zona Básica de Salud de Alguazas.

La siguiente gráfica muestra un patrón similar a la de población del Área (gráfica 3).

Gráfica 3 . Pirámide Población Zona Básica de Salud de Alguazas.



La población total es de 8.726 Tarjetas Sanitarias Individuales (TIS), con una dispersión geográfica G2. En la Zona Básica de Salud (ZBS) de Alguazas hay

tres puntos asistenciales, Centro de Salud Alguazas (cabecera), y los consultorios del Barrio del Carmen y El Paraje En el Equipo de Alguazas, ya no existe paridad, tienen un cupo médico de población repartido en tres Enfermeras, y el nº de tarjetas sanitarias, es más del doble del equipo anterior, pero con menor dispersión geográfica (tabla 3).

Tabla 3. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Alguazas.

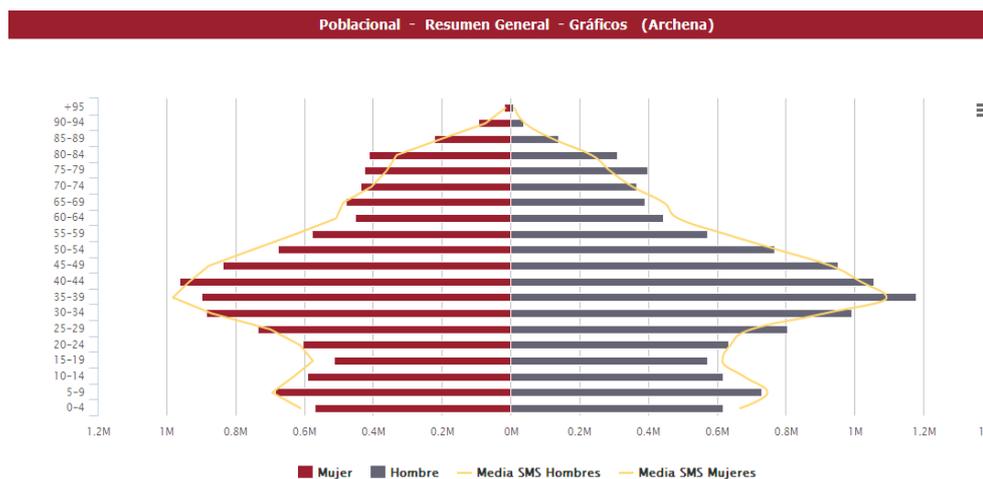
ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Alguazas	5.762	3/4	1.920	282	1/1	1620
Bº Carmen	1.267	1/1		264		
Paraje	77			41		

Nota: ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.4. Zona Básica de Salud de Archena.

De nuevo la gráfica siguiente muestra un patrón similar a la anterior (gráfica 4).

Gráfica 4. Pirámide Población Zona Básica de Salud de Archena.



La población: 22.624 TIS con una dispersión geográfica: G2 y con 6 puntos asistenciales, Centro de Salud de Archena y los consultorios de La Algaida a 1,9 Km. Ricote situado a 9,1 Km. Villanueva, a 4Km, Ojós a 6,5Km, y Ulea, a 4,8Km. del centro cabecera. Este equipo es de los más complejos del Área por las características particulares de tener 6 puntos asistenciales, de los cuales 5 son municipios y existir 6 médicos más que Enfermeras (tabla 4).

Tabla 4. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Archena.

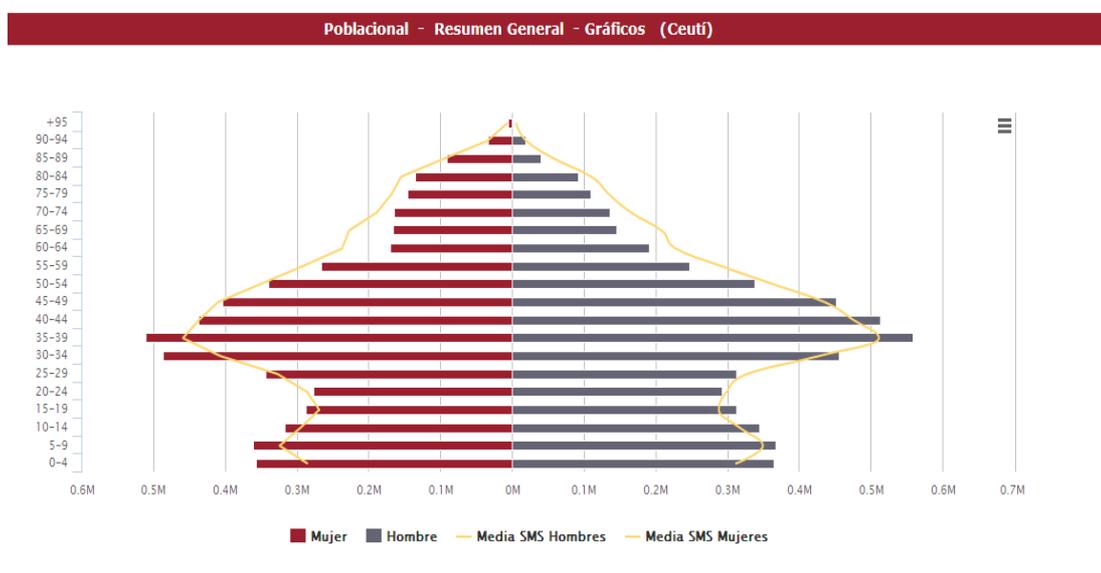
ZBS/G2	TIS	ENF-MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Archena	17.305	8,5/12,5	1.898	276	1/3	2.922
La Algaida	2.005	1/3	1710	408	.	272
Ojós	369	0,5/0,5	333	74	.	38
Ricote	1.251	1/1	1.103	330	.	137
Ulea	841	1/1	726	224	.	101
Villanueva	1.145	1/1	950	301	.	172

Nota: ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.5. Zona Básica de Salud de Ceutí.

En la siguiente gráfica, se observa una discreta disminución de las mujeres entre los 60 y 80 años, sin embargo mínimo pero crecimiento en nacimientos y adultos entre 30 y 40 años (gráfica 5).

Gráfica 5 . Pirámide Población Zona Básica de Salud de Ceutí.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

La población es de 10.312 TSI y una dispersión geográfica: G2. Tiene dos puntos asistenciales, Centro de Salud de Ceutí (cabecera) y consultorio de Los Torraos (tabla 5).

Tabla 5. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Ceutí.

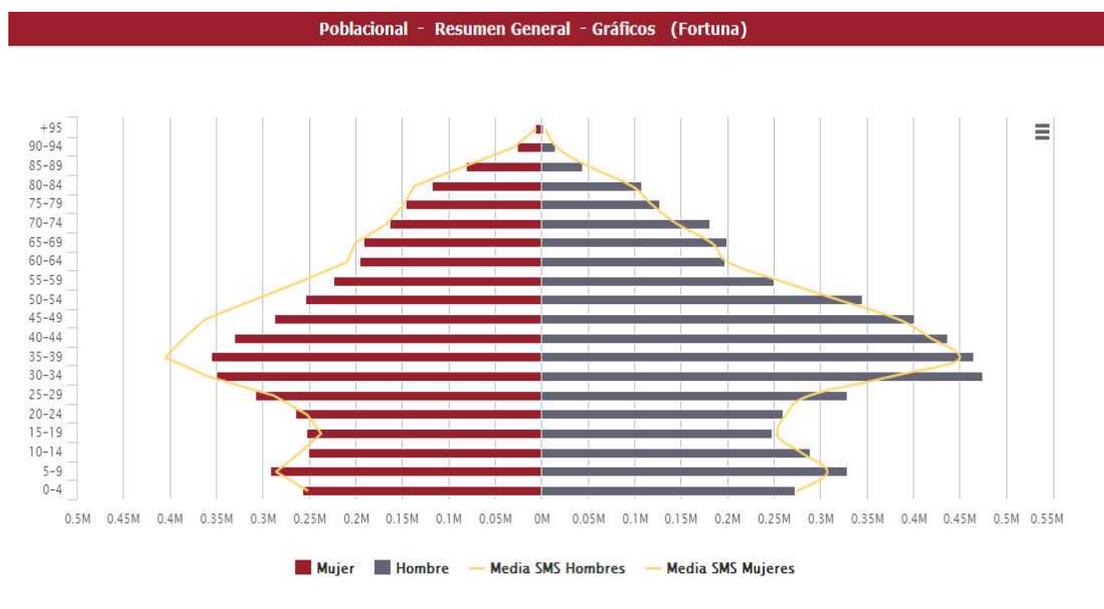
EAP	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Ceutí	9.730	4,5/5,5	1.924	282	1/2	1.947
Los Torraos	675	0,5/0,5	668	137		

Nota: ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.6. Zona Básica de Salud de Fortuna.

En la siguiente gráfica se observa una disminución en las mujeres de 30 a 60, con respecto a la media del Área (gráfica 6).

Gráfica 6 . Pirámide Población Zona Básica de Salud de Fortuna.



© 2014 Servicio Murciano de Salud

Con una población de 9.071 TIS y dispersión geográfica: G3.Los puntos asistenciales, Centro de Salud de Fortuna, la pedanía de Fuente Blanca situada a 18 Km, la Gineta a 7 km) ,La Garapacha, a 12 Km del núcleo de población. y otras como Peña de Zafra de arriba, Peña de Zafra de Abajo, Capres y Baños. En cuanto a los recursos humanos hay paridad Enfermera-médico. Es un punto de atención continuada (PAC), y los profesionales trabajan de lunes a viernes, y profesionales de refuerzo los fines de semana y festivos(tabla 6).

Tabla 6. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Fortuna.

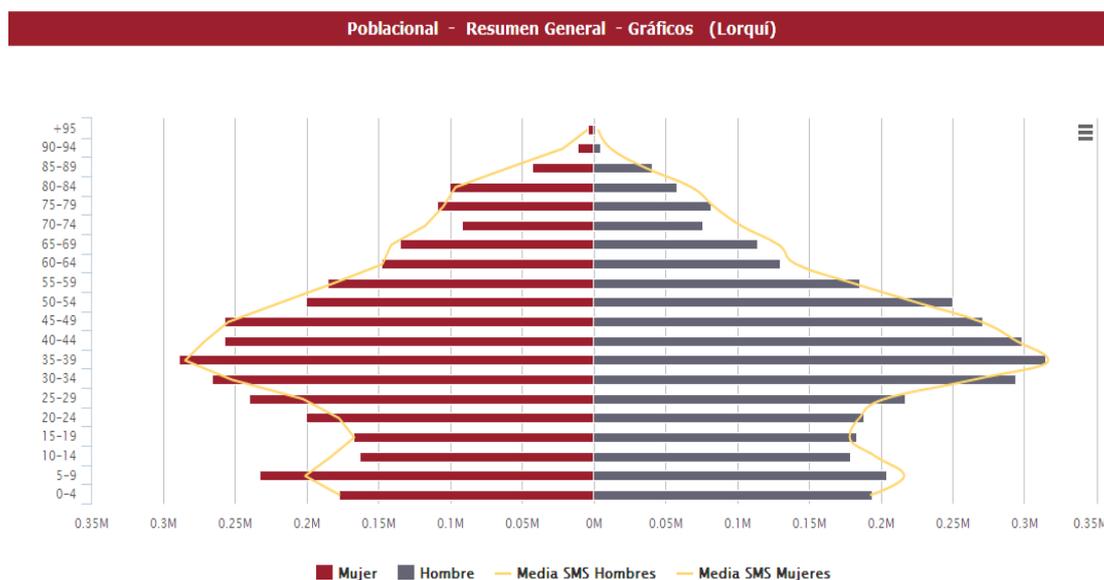
ZBS/G	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Fortuna	9.190	5/4	1876	339	1/1	1578
Garapacha	193					

Nota: ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.7. Zona Básica de Salud de Lorquí.

La pirámide en este caso tiene un comportamiento como la media del Área (gráfica 7).

Gráfica 7. Pirámide Población Zona Básica de Salud de Lorquí.



La población es de 6.525, con una dispersión geográfica de un G2 y un único punto asistencial (tabla 7).

Tabla 7. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Lorquí.

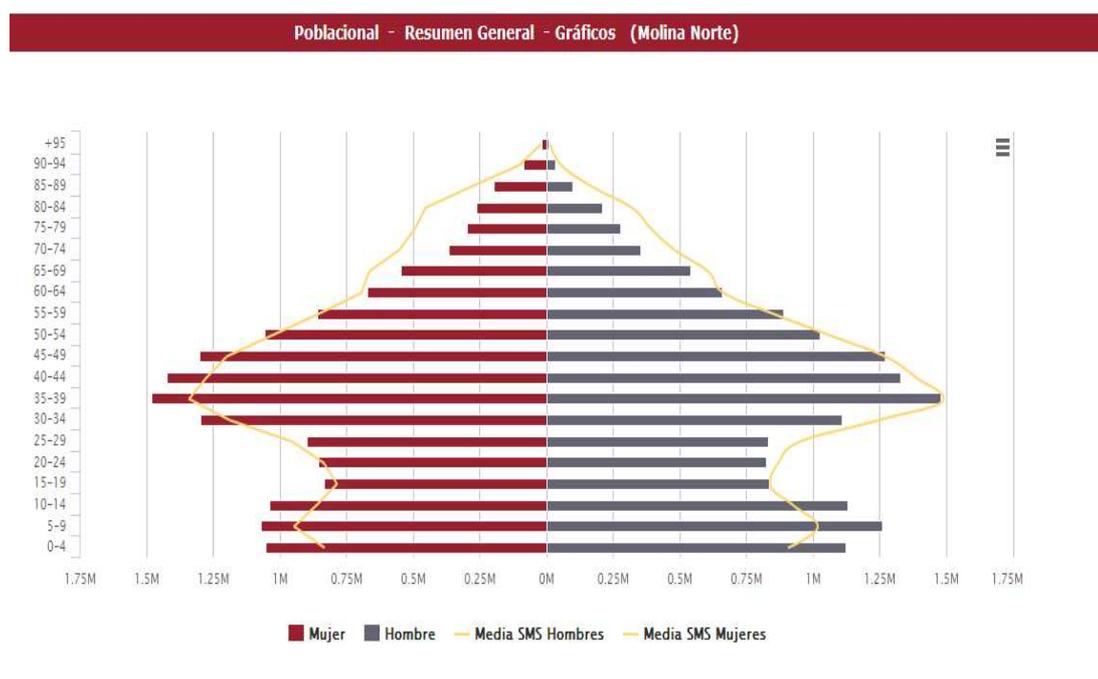
ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Lorquí/G2	6.525	4/5	1.816	288	1/1	1.076

Nota: ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.8. Zona Básica de Salud de Molina-Norte/ Antonio García.

Esta pirámide de población, tiene una desviación importante en niños de 0 a 9 años y en adultos de 30 a 50 años (gráfica 8).

Gráfica 8. Pirámide Población Zona Básica Molina-Norte/ Antonio García.



Con una población de 29.265 y una dispersión geográfica G3. Los puntos asistenciales, Centro de Salud de Molina Norte/Antonio García, los consultorios de

La Alcayna, El Fenazar, El Rellano, La Hurona y Campotejar. El ratio de La Alcayna por Enfermera de 3506 TIS, es el más alto de toda el Área, con la particularidad que incluye grandes urbanizaciones de Molina de Segura, Los Conejos, Altorreal, Los Valientes y La Alcayna, que se han ocupado de forma mayoritaria en los últimos 15 años. La población con un gran número de niños y jóvenes. Hay menos presión de mayores de 65 años que en el resto del Área (tabla 8).

Tabla 8. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Molina-Norte/ Antonio García.

ZBS/G3	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Molina cabecera	19.014		2211	349	2/4	1.692
La Alcayna	9.769	3/	3506	199	1/2	2.547
El Fenazar	705	1/1	817	223		
El Rellano	62		62	21		
La Hurona	16		15	5		
Campotejar	83		82	30		

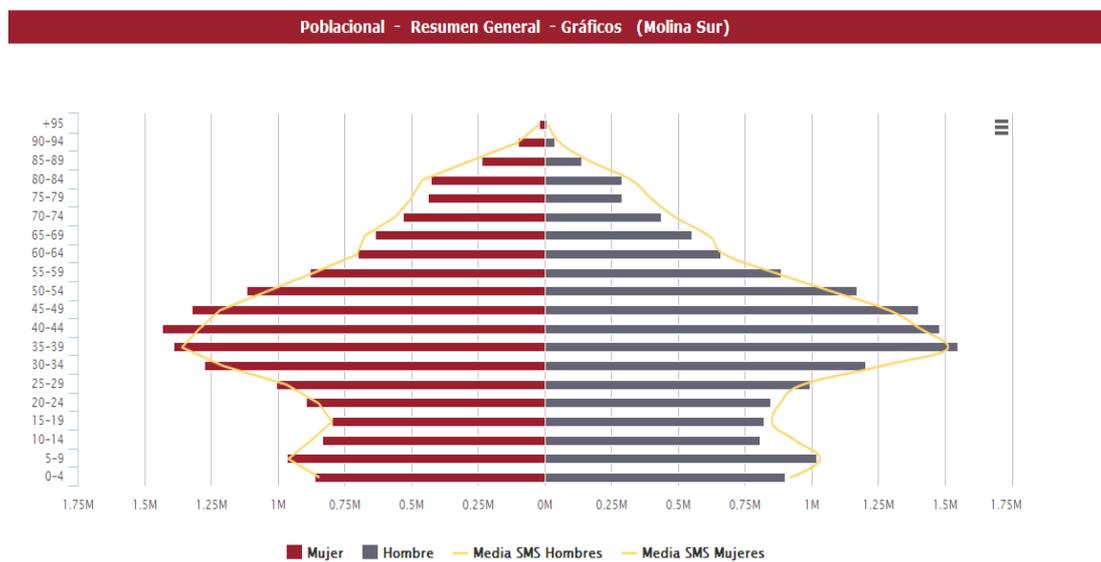
Nota: ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

*En el periférico de Fenazar que incluye el resto de periféricos, lo atiende 1 médico y 1 Enfermera.

5.9. Zona Básica de Salud de Molina Sur/Jesús Marín.

Esta zona básica de salud, tiene una pirámide de población, similar a la media del Área (gráfica 9).

Gráfica 9. Pirámide Población Zona Básica Molina Sur/ Jesús Marín.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

Con una población de 31.376 una dispersión geográfica G3, un turno de tardes y cuatro puntos asistenciales, Centro de Salud de Molina Sur/Jesús Marín los consultorios de La Ribera de Molina, El Llano de Molina, y La Torrealta (tabla 9).

Tabla 9. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Molina Sur/Jesús Marín.

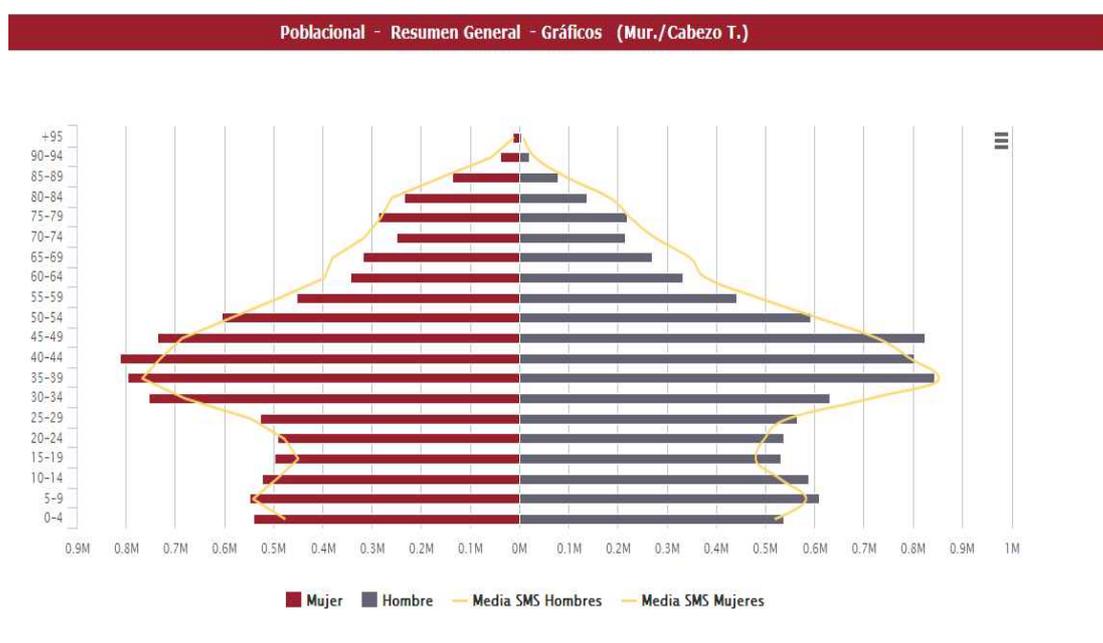
ZBS/G3	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Molina cabecera	27.709	11/10	1903	266	2/4	2385
La Ribera de Molina	1619	1/1	1365	322		247
El Llano de Molina	1153	1/1	1211	227		
La Torrealta	895	1/1	903	194		

Nota: *1 Turno de tardes** Una peditra del centro cabecera pasa una hora de consulta dos días a la semana. ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.10. Zona Básica de Salud de Mu-Cabezo de Torres.

En la gráfica, podemos observar la base y zona intermedia nos muestra población joven y gran número de niños, al estar cerca de la capital y ser zona nueva de expansión (gráfica 10).

Gráfica 10. Pirámide Población Zona Básica Mu-Cabezo de Torres.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

Tiene una población de 17.020 (TIS), una dispersión geográfica G2 y dos puntos asistenciales, Centro de Salud de Mu-Cabezo de Torres y el consultorio de Churra (Tabla 10).

Tabla 10. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Cabezo de Torres.

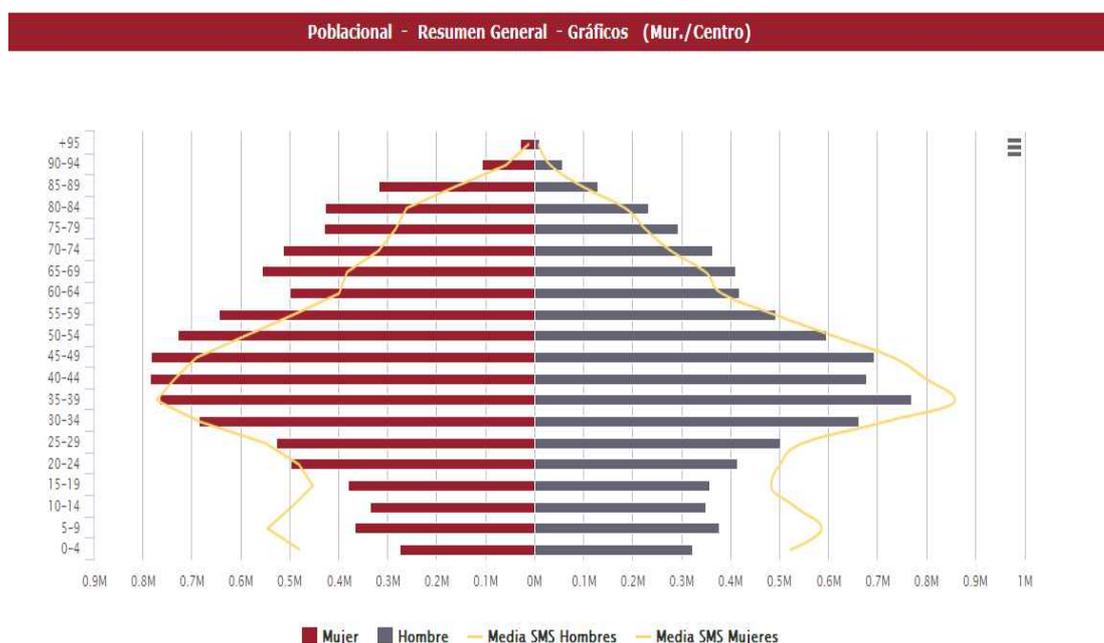
ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Mu-Cabezo de Torres	12.271	8/8	1.447	228	1/2	2.156
Churra	4.945	2/3	2.541	290	0,5/1	968

ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.11. Zona Básica de Salud de Mu-Centro/San Juan.

La gráfica siguiente nos muestra la disminución importante de niños y jóvenes de 0 a 20 años, y por otro lado la gran cantidad de mujeres de 40 a 90 años más acusado que el resto de los equipos del Área (gráfica 11).

Gráfica 11. Pirámide Población Zona Básica Mu-Centro/San Juan.



Con una población de 18.175 TIS una dispersión geográfica G2 y un único punto asistencial (tabla 11).

Tabla 11. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-Centro/San Juan.

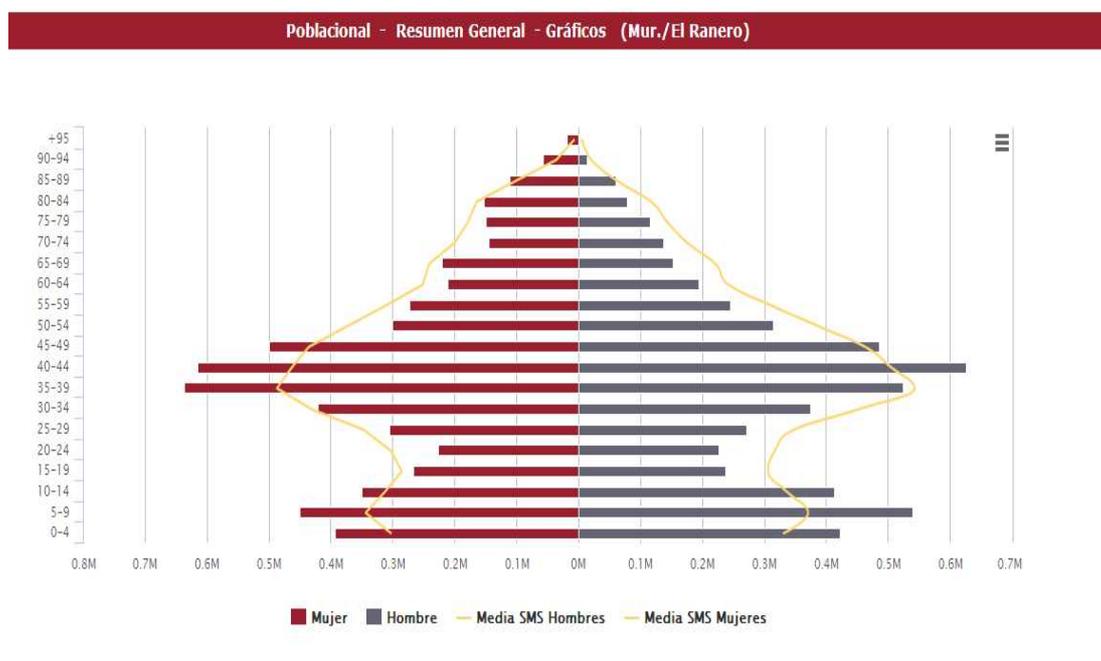
ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Mu-Centro/San Juan	18.537	10/12	1.623	393	1/2	1.949

Nota: ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.12. Zona Básica de Salud de Mu-El Ranero.

En la siguiente gráfica, se observa un importante número de población joven y niños (gráfica 12).

Gráfica 12. Pirámide Población Zona Básica Mu-El Ranero.



Con una población de 10.856 TIS, una dispersión geográfica G2 y un único punto asistencial (tabla 12).

Tabla 12. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-El Ranero.

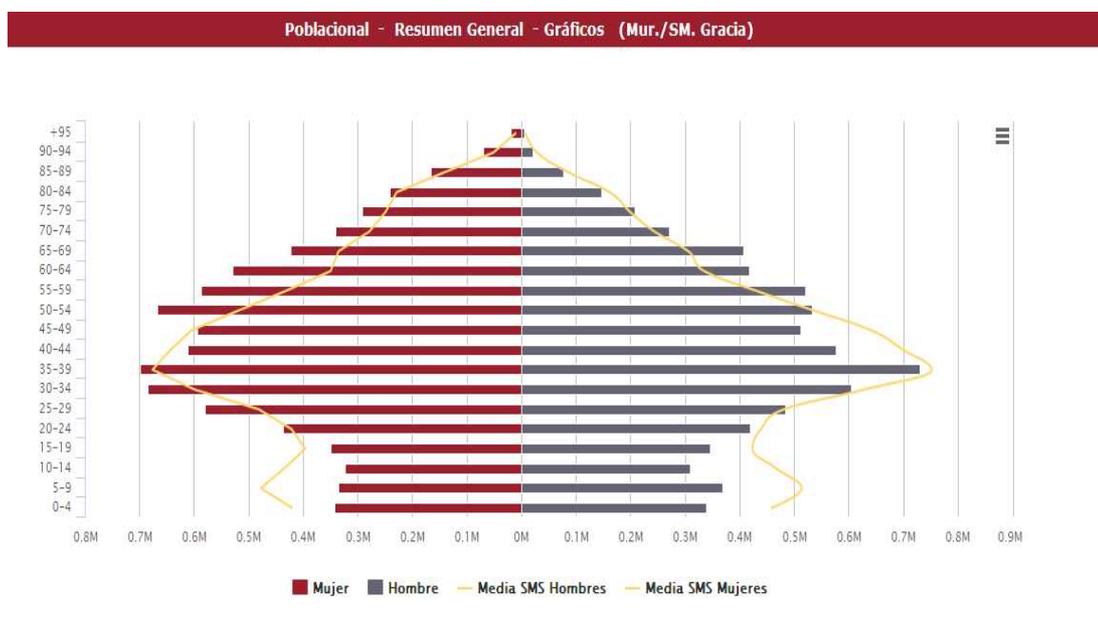
ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Mu- El Ranero	10.856	5/6	1707	1352	1/2	2322

Nota: ZBS/G3:zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.13. Zona Básica de Salud de Mu-Santa M^a de Gracia.

La distribución de la población es similar a la de Mu-Centro, por estar en la zona más antigua de la ciudad, poca población de niños y jóvenes y gran aumento de mayores(gráfica 13).

Gráfica 13. Pirámide Población Zona Básica Mu-Santa M^a de Gracia.



En esta zona básica, tenemos una población de 15.779 TIS a julio 2012, y una dispersión geográfica G2 y un único punto asistencial (tabla 13).

Tabla 13. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-Santa Mª de Gracia.

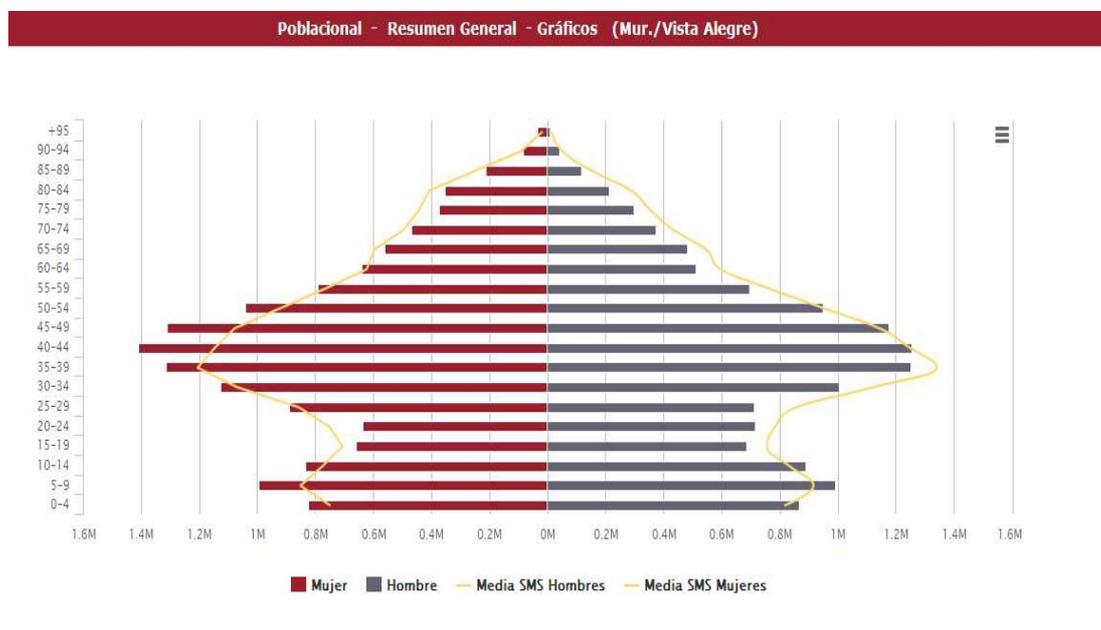
ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Mu- Santa Mª de Gracia	15.898	8-/11	1585	334	1/2	1838

ZBS/G3: zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.14. Zona Básica de Salud de Mu-Vistalegre/La Flota.

De nuevo en esta gráfica, se observa una zona de expansión urbanística, con personas jóvenes y en la media de mayores de la Región (gráfica 14).

Gráfica 14. Pirámide Población Zona Básica Mu-Vistalegre/La Flota.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

Con una población de 26.746 TIS Julio-2012 y una dispersión geográfica G2, tiene un punto asistencial. En Mu-Vistalegre/La Flota (tabla 14).

Tabla14. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-Vistalegre/La Flota.

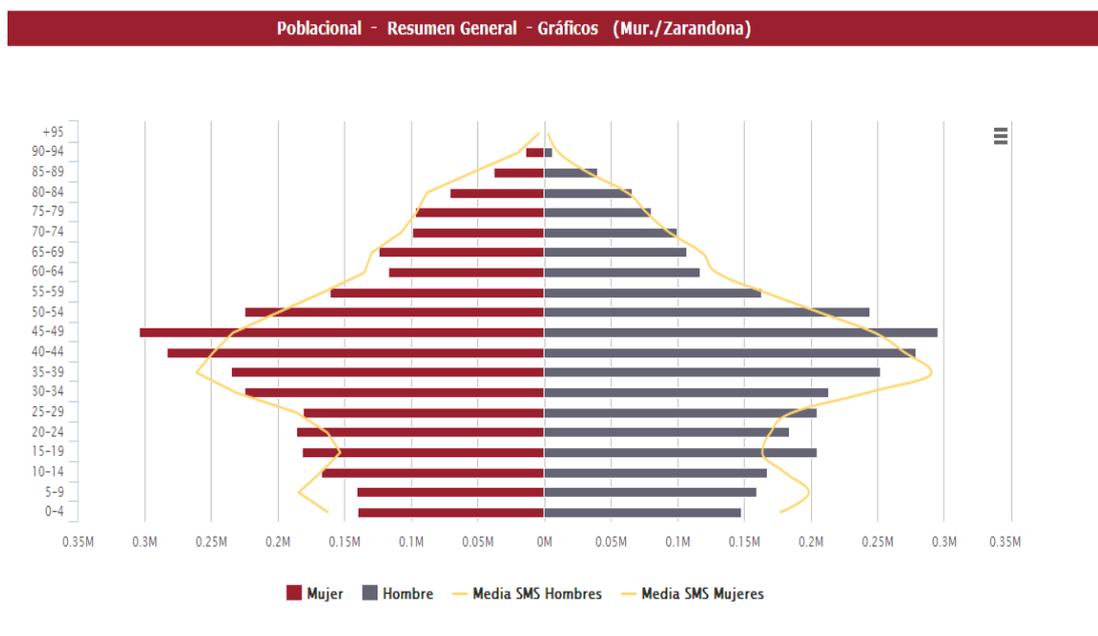
ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Mu-Vistalegre/ La Flota	26.746	10/10	2.228	350	2/4	1724

ZBS/G3:zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.15. Zona Básica de Salud de Mu-Zarandona.

En esta gráfica, se observa un trazado similar a la media del Área en cuanto a la distribución etaria(gráfica 15).

Gráfica 15. Pirámide Población Zona Básica Mu-Zarandona.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

La zona básica de salud de Mu-Zarandona, tiene una población: 6.015 TIS y una dispersión geográfica de G2, dispone de un único punto asistencial (tabla 15).

Tabla 15. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Mu-Zarandona

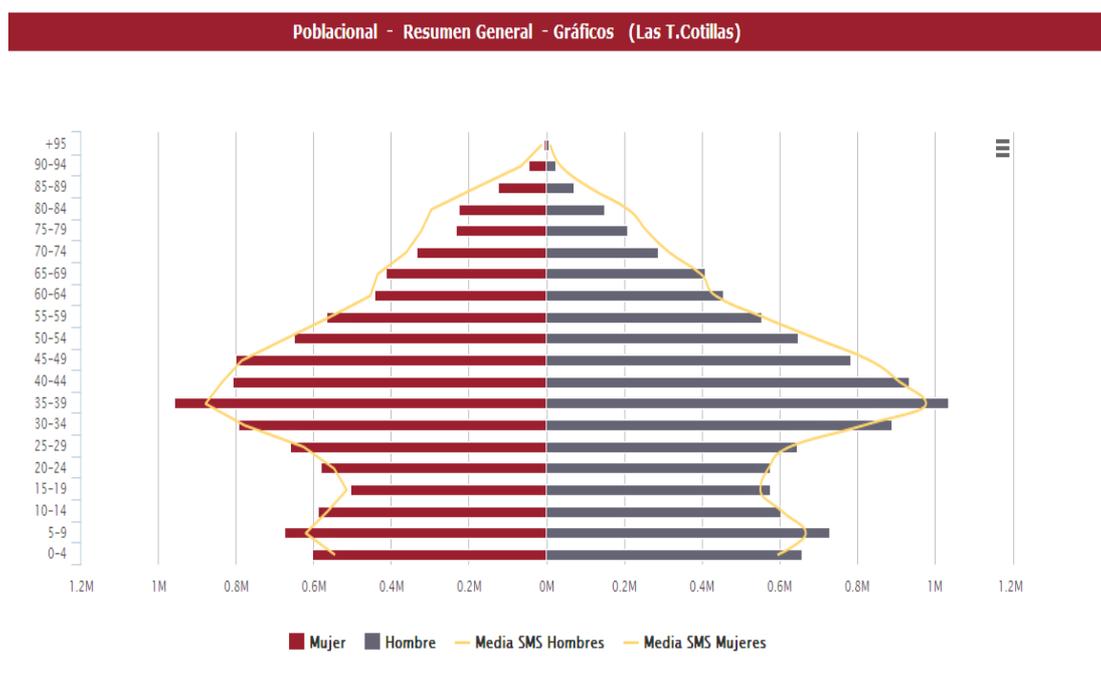
ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Mu- Zarandona	6.015	4/3	1696	273	1/1	879

ZBS/G3:zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

5.16. Zona Básica de Salud de Las Torres de Cotillas.

Esta gráfica muestra, la misma distribución que la media del Área de Salud (gráfica 16).

Gráfica 16. Pirámide Población Zona Básica Las Torres de Cotillas.



© 2014 Servicio Murciano de Salud (SMS)

Tiene una población adscrita de 20.159 TIS a Julio-2012, una dispersión geográfica G2, y dos puntos asistenciales, Centro de Salud de Las Torres de Cotillas y el consultorio de Los Pulpites, a 1km del centro cabecera (Tabla 16).

Tabla 16. Zona básica de salud, factor de dispersión, población y nº de profesionales. Las Torres de Cotillas.

ZBS/G2	TIS	ENF/MF	RAT/AD	>65/ENF	ENF/PED	RAT/PED
Torres Cotillas	20.159	9/10	1883	2243	1/3	3482
Los Pulpites		1/1	1467	185		

Nota: ZBS/G3:zona básica de salud/factor de dispersión, TIS: tarjeta individual sanitaria, ENF/MF: Enfermera/médico de familia, RAT/AD: ratio/adultos, >65/ENF: mayores de 65 años/Enfermera, ENF/PED: Enfermera/pediatra, RAT/PED: ratio/pediatría

En la tabla siguiente, podemos observar de forma resumida, la relación de zonas básicas de salud del Área VI, con el nº de los distintos de profesionales que componen los equipos y el nº de personas (TIS) adscritas a cada profesional, médico de familia, pediatra y Enfermeras. También incluye la composición de las unidades de apoyo del equipo de Atención Primaria, como son las matronas, unidadesdes ginecológicas, fisioterapeutas, o salud bucodental y el personal de apoyo, auxiliares de enfermería, administrativos y celadores (tabla 17).

Tabla 17. Zona Básica de Salud/ población adscrita, factor de dispersión, y recursos humanos. Resumen Área VI.

ZBS /G	M F	T.S.I.	PED	TSI	ENF	TSI/ENF	U. de A.	AUX ENF	AUX ADM/CEL
Abanilla/3	5	5.572	1	703	6	6.275	PAC/Mat		4
Alguazas/2	5	7.206	2	1.688	5	8.894	Mat	1	4
Archena/2	15	18.912	4	3.667	13	22.579	Mat/usbd/fis/TS	1	7/1
Mu-Cabezo de Torres/2	10	14.361	3	3.148	10	17.509	Mat	1	6
Ceutí/2	6	8.475	2	1.974	6	10.449	Mat/usbd/fis		4
Mu-El Ranero/2	6	8.750	2	2.444	6	11.194	Mat/fis/UGA/TS	2	2/1
Fortuna/3	4	7.652	1	1.599	5	9.251	PAC/Mat		3
Las Torres de Cotillas/2	11	16.578	3	3.643	11	20.221	Mat/TS	1	6/1
Lorquí/2	4	5.484	1	1.068	4	6.552	Mat		2
Molina-Sur/ Jesús Marín/3	19	26.150	4	5.040	17	31.190	Mat/usbd/TS	2	10
Molina-Norte/ Antonio García/3	14	24.249	6	6.200	13	30.449	Mat/uga/fis/TS	3	7/1
Mu-Centro/ San Juan/2	12	15.967	2	1.939	11	17.906	Mat/usbd/TS	3	7
Mu-Santa M ^a de Gracia/2	11	13.834	2	1.900	9	15.734	Mat/TS	3	7/1
Mu-Vistalegre/ La Flota/2	14	22.514	4	5.086	12	27.600	Mat/fis	4	6
Mu-Zaradona/2	4	5.120	1	863	4	5.983	Mat/usbd	1	2/1

Nota: ZBS/G:zona básica de salud/ factor de dispersión, MF: médico de familia, TIS: tarjeta individual sanitaria, Ped: pediatra, Enf: Enfermera, TIS/Enf: tarjeta individual sanitaria/Enfermera, U de A:unidades de apoyo: PAC: punto de atención continuada, MAT: matrona, USBD: unidad de salud bucodental, FIS: fisioterapeuta, UGA: unidad de atención ginecológica, TS: trabajador social, AUX ENF: auxiliar de enfermería, AUX ADM: auxiliar administrativo, CEL: celador.

5.17. Descripción de la Organización del Área VI

En este apartado se describe la situación que nos encontramos en cuanto al espacio físico, horario de atención Enfermera, el papel de los Responsables de Enfermería, la organización de los profesionales de enfermería, el modelo de agenda que tienen y cómo se le dan las citas en los centros de salud del Área.

Estructura física del Centro de Salud: la Consulta Enfermera.

Para la realización de la atención Enfermera, es fundamental analizar el espacio físico de los distintos centros de salud del Área. Nos encontramos con centros que tienen más de 30 años y otros sin embargo son de reciente construcción.

En los inicios de la Atención Primaria en Murcia, los centros se construían con un nº de consultas suficientes al nº de profesionales que tenía el equipo, con el paso de los años y el crecimiento de la población, se fueron ampliando plantillas y la incorporación de un médico nuevo suponía, si existía problema de espacio, el que la Enfermera tenía que compartir la consulta con otra Enfermera ya que la atención Enfermera por entonces se realizaba por tareas a demanda o en común, entre todas las Enfermeras que componían el equipo y en la consulta individual, se centraba en la atención a los crónicos fundamentalmente.

Tenemos, consultas suficientes de partida en los equipos de Molina-Sur, Molina-Norte, Mu-El Ranero, Mu-Zarandona, y Alguazas. Se suman en 2012 Mu Centro, Ceutí inaugurados ese año y en pleno proceso del cambio organizativo. Con espacio infrautilizado en el que se interviene, contamos con Las Torres de Cotillas, Archena, Fortuna, Lorquí. Con realización de obras, Mu-Santa M^a de Gracia, Mu-Vistalegre y Abanilla. Algunos ejemplos podemos verlos en el(Anexo 5).

En todos los centros tienen una sala destinada a las urgencias, otra a las extracciones, y en algunos existen otros espacios para sala de técnicas,

determinación de (sintrom®) ,se usa el término comercial, al ser el utilizado por las directrices de Servicios Centrales en la codificación de las agendas (tabla 1) y entrega de tiras reactivas de glucosa etc. En todos existe una sala de uso para el equipo y biblioteca a la vez pero por el contrario, no todos tiene sala de usos múltiples para el trabajo de educación a grupos (Anexo 5).

En la siguiente tabla, se observa el nº de consultas con los que cuentan las Enfermeras para desarrollar su trabajo en los distintos equipos, no acorde al nº de profesionales, sino a lo nuevos que sean los locales o las reformas que han sido realizadas a lo largo de estos años (tabla 18).

Tabla 18. Número de Enfermeras y de consultas en cada Zona Básica de Salud.

Zona Básica de Salud	Nº Prof/Enf	Nº Cons/Enf
Abanilla	6	4
Alguazas	5	5
Archena	13	11
Ceutí	6	6
Fortuna	5	3
Lorquí	4	3
Molina-Norte/Antonio García	13	13
Molina-Sur/Jesús Marín	17	17
Mu-Cabezo de Torres	10	6
Mu-Centro/ San Juan	11	11
Mu-El Ranero	6	6
Mu-Santa M^a de Gracia	10	5
Mu-Vistalegre/ La Flota	12	7
Mu-Zarandona	4	4
Las Torres de Cotillas	10	9

Los Responsables de Enfermería.

En el funcionamiento de los equipos de enfermería, tiene mucha importancia la figura de los Responsables de Enfermería, que son los mediadores de la gestión

entre la administración y las Enfermeras asistenciales, por lo que son personas clave que deben de actuar como líderes de la gestión. Aunque hay una normativa que data del año 1984, el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud 137/1984, de 11 de enero, solamente contempla las funciones del coordinador médico como máximo responsable del Centro de Salud. Los Responsables de Enfermería, no están liberados de las funciones asistenciales como en el caso de los hospitales, donde los supervisores se dedican a la gestión pero no a tareas asistenciales. Las funciones de los responsables, se han ido construyendo a lo largo de los años con las particularidades tanto de los centros como de los componentes de los mismos, de ahí la variabilidad de su funcionamiento. En los primeros años de entrada en funcionamiento de los centros de salud, los responsables tenían la misma carga asistencial que el resto de Enfermeras, además de organizar los recursos humanos, materiales, y una cantidad de gestiones no previstas, que fueron quedando a merced de la voluntariedad de asumirlas o no por parte de éstos. Por éste motivo, las funciones que desarrollan los Responsables de Enfermería de los distintos centros de salud, del Área VI, mantiene la variabilidad que han ido construyendo a lo largo de los años de funcionamiento.

En la exploración que se hace para conocer la situación de partida, comprobamos que los Responsables de Enfermería de diez equipos no tienen teléfono corporativo, ni utilizan el correo electrónico como herramienta de comunicación.

Horarios de atención en el Centro de Salud.

La variabilidad sigue siendo la constante en el funcionamiento de los distintos equipos, también en la distribución del tiempo de atención a la población. La jornada laboral de los equipos de Atención Primaria durante el periodo de investigación, pasaron de 35horas a 37,5 horas semanales, repartidas de 8 a 15h

de lunes a viernes, sábados de guardia de 8 a 15. Como podemos ver en la (tabla 20), en esta organización horaria nos encontramos los equipos de Alguazas, Archena, Ceutí, El Ranero, Lorquí, Mu-Centro, Las Torres de Cotillas y Zarandona. Los equipos que además de turno de 8 a 15, tienen profesionales en turno fijo de tardes de 14 a 21h, Molina Jesús Marín, Cabezo de Torres y Santa M^a de Gracia. En Molina Jesús Marín, hay un enfermero de lunes a viernes de tardes fijas de 14a 21 horas que lleva los dos cupos de adultos de la tarde. En El Cabezo de Torres hay una Enfermera de lunes a viernes de tardes fijas de 14 a 21 horas que atiende a su cupo en todas las actividades y además realiza ECG, lavados óticos y espirometrías de los cupos de la mañana. En Santa M^a de Gracia, dos enfermeros de lunes a viernes de tardes fijas de 14 a 21. Otra modalidad que nos encontramos es el llamado “turno deslizante”, donde todos los profesionales del equipo pasan una tarde su jornada laboral, en vez de la mañana, en esta última situación nos encontramos Vistalegre, Molina Norte-Antonio García, y en Mu Centro-San Juan. En Vistalegre, tres Enfermeras en turno deslizante de tarde de forma rotatoria, dos en Molina Norte, y una en Mu Centro.

Y por último como Puntos de Atención Continuada los centros de Fortuna y Abanilla tiene su jornada de 8 a 15, completándola de 15 a 17h. Los equipos de refuerzo atienden de 17h hasta las 8 del día siguiente, como un servicio de urgencias. Los sábados y festivos lo atienden los enfermeros que realizan los refuerzos y tienen atención las 24 horas sábados y festivos. Funcionan los dos equipos, como Centro de Salud y servicio de urgencias.

Otra cuestión a destacar en la siguiente tabla, es la distribución de profesionales en la jornada de sábado, establecida según el criterio de cada equipo, y el turno de la jornada de mañana, tarde, deslizante o de atención continuada. En los centros donde hay un solo enfermero de guardia, los sábados se organizan a primera hora 8- 10 domicilios y de 10 a 13 o 14 la atención en el centro. Los centros donde hay 2 enfermeros, uno atiende los avisos a domicilio y

otro en el centro. La excepción es Archena que tiene 3 efectivos, uno de ellos para atender los 5 periféricos. Comprobamos una vez más, la variabilidad sin justificación por tamaño, ni población el que hubiera uno o dos enfermeros para la guardia de los sábados (Tabla 19).

Tabla 19. Zona básica de salud, nº de Enfermeras y horarios de atención a la población.

ZBS	Prof/Enf/sábado	Total Prof/Enf	Turno/seman
Abanilla	PAC	6	24H
Alguazas	1 Enfermera	5	Mañanas
Archena	3 Enfermeras	13	Mañanas
Ceutí	1 Enfermera	6	Mañanas
Fortuna	PAC	5	24H
Lorquí	1 Enfermera	4	Mañanas
Molina-Norte/ Antonio García	2 Enfermeras	13	Deslizante
Molina-Sur/ Jesús Marín	2 Enfermeras	17	Mañanas y tardes
Mu-Cabezo de Torres	1 Enfermera	10	Mañanas y tardes
Mu-Centro/San Juan	1 Enfermera	11	Deslizante
Mu-El Ranero	1 Enfermera	6	Mañanas
Mu-Santa M^a de Gracia	1 Enfermera	10	Mañanas y tardes
Mu-Vistalegre/ La Flota	1 Enfermera	12	Deslizante
Zarandona	1 Enfermera	4	Mañanas
Torres de Cotillas	1 Enfermera	10	Mañanas

Organización de la Atención Enfermera: por tareas o por población

Además de la consulta de enfermería, otro elemento clave para la Continuidad de los Cuidados, es la organización de la atención Enfermera. La asignación formal por la puesta en marcha, del proyecto Cívitas, en el Servicio Murciano de Salud, ha sido uno de las claves para el inicio de este estudio. Es una oportunidad asumir la atención integral y prestar Cuidados a una misma población,

intentando mejorar la Continuidad de los Cuidados, ser su Enfermera de referencia, asumir la responsabilidad de aumentar nuestra capacitación, y en definitiva mejorar la visibilidad de los Cuidados enfermeros.

El modelo organizativo seguido en esta propuesta de cambio, no ha seguido ninguno de los modelos descritos anteriormente, al ser muy variable como hemos descrito en la situación de partida, los espacios, número de profesionales, dispersión geográfica, horarios. Se ha intentado adaptar el modelo organizativo de la atención Enfermera en base a una premisa: prestar Cuidados de Enfermería a la población asignada en todas las necesidades de salud o enfermedad en las Consultas Enfermeras de forma individual, para mejorar la Continuidad de los Cuidados y facilitar la accesibilidad.

En la tabla 20 se observa como en el momento de iniciar el estudio, en las distintas zonas básicas de salud, como se organiza la atención Enfermera, si se realiza por población asignada, o por tareas comunes. Como podemos observar en las consultas programadas en el Centro de Salud y en el domicilio, todos los equipos atienden por población asignada, y cuando son técnicas, se atienden por tareas en consultas comunes y realizadas por todas las Enfermeras del centro. En amarillo señalamos el Centro de Salud de Mu-Centro que es donde se realizó el piloto (tabla 20).

Tabla 20. Trabajo por tareas o por población. Resumen del Área VI

Z. B. S.	Curas C.S.	Ext Dom	EKG	Ti Glu	Espirometría	Tº IV	TapCeru.	Prog C.S.	ProgDom	Dem C.S.	DemDom	Sint C.S.	Sint Dom
ABANILLA	T	T	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	T
ALGUAZAS	T	P	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	P
ARCHENA	T	T	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	P
CABEZO DE TORRES	T	P	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	T
CEUTÍ	T	P	P	T	T	P	P	P	P	T	P	T	P
EL RANERO	P	P	T	T	T	T	P	P	P	T	P	T	P
FORTUNA	T	T	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	T
LAS TORRES DE COTILLAS	T	T	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	T
LORQUÍ	P	P	P	P	P	P	T	P	P	T	P	T	P
MOLINA Sur	T	T	T	P	T	T	T	P	P	T	P	T	T
MOLINA Norte	T	T	P	P	P	T	T	P	P	T	P	T	T
MU - CENTRO	T	T	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	T
MU-STª Mª GRACIA	P	T	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	T
MU-VISTA LEGRE	T	T	T	T	T	T	T	P	P	T	P	T	T
ZARANDONA	P	T	P	P	T	P	P	P	P	T	P	T	T

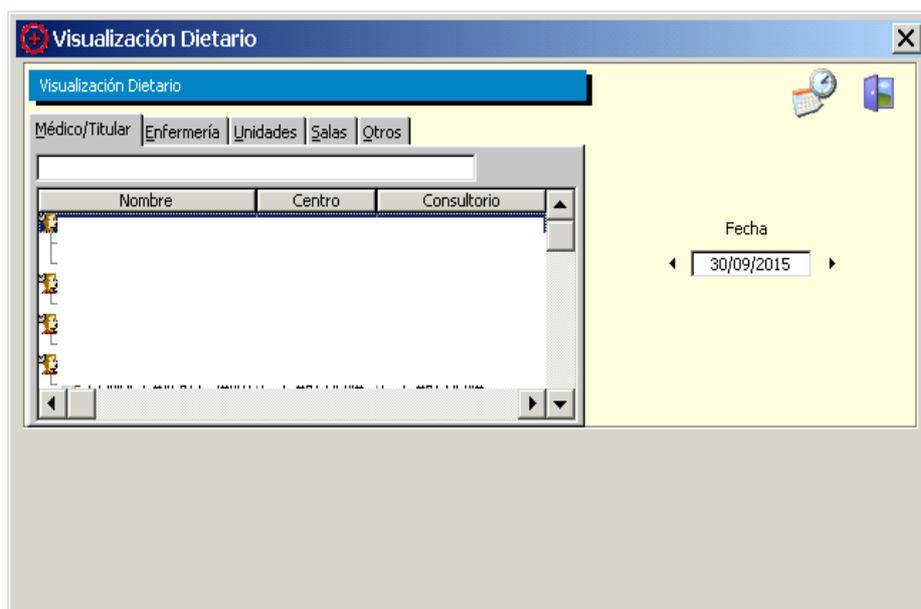
Nota: P= Población asignada; T=Tareas comunes Zbs: zona básica de salud, curas c.s.: curas en el Centro de Salud, ext dom: extracciones a domicilio, ecg: electrocardiograma, ti glu: tiras de glucemia, espirometría, Tº IV: tratamiento intravenoso, prog c.s: programada en Centro de Salud, prog dom: programada en domicilio, dem c.s: demanda en Centro de Salud,dem dom: demanda en domicilio,sint. c.s: sintrom en Centro de Salud,sintrom: sintrom en domicilio.

Tipos de agendas en el equipo de Atención Primaria

En cuanto a la tipología de las agendas, en el programa OMI-AP hay posibilidad de agrupar las agendas en 6 espacios o pestañas que posibilitan la agrupación y cita de los usuarios en las distintas agendas del Centro de Salud, donde se oferta la atención que se presta. El nombre que tienen las distintas pestañas son, Médicos, donde podemos encontrar todas las agendas de los médicos sustitutos y residentes, en Titulares solamente están los médicos titulares de ese Centro de Salud, Enfermería por el contrario nos encontramos los nombres

de las Enfermeras titulares, Enfermeras sustitutas, aunque hayan estado en el centro hace 10 o 15 años. Otra pestaña se denomina Salas donde se reflejan las agendas de los sábados de todos los profesionales, agendas con técnicas como espirometrías, sintrom. En la pestaña Otros todas las agendas de las especialidades del hospital de referencia y por último en Unidades, el cáncer de colon, tarjeta sanitaria, además en cada Centro de Salud pueden variar las clasificaciones(Figura 2).

Figura 2 : Imagen de agendas en OMI-AP



La dinámica de la mayoría de los centros era tener agendas que se crearon con un objetivo determinado, y aunque dejaran de cumplir su función, no se eliminaban. Podía ser realmente caótico intentar citar a un usuario con el enfermero de referencia en la actividad requerida, así si el centro tenía puntos asistenciales (periféricos), fuera del centro cabecera, podíamos tener agendas tales como extracciones en el centro cabecera, en cada uno de los periféricos que tuviera, con el nombre del enfermero (extracciones en el centro, extracciones en Ricote,

extracciones Juan) tiras reactivas para medir la glucemia como vimos en Fortuna, 20 agendas para la dispensación de los reactivos, tapones, electrocardiogramas, etc. Ante esta situación nos planteamos depurar las agendas no usadas y eliminar de alguna manera las de los sustitutos que no estuvieran en el Centro de Salud. Las primeras peticiones fueron poder disponer de una pestaña para las Enfermeras titulares y otra para los sustitutos, como tenían los médicos del centro, porque vimos que era muy difícil citar a los enfermeros por la cantidad de profesionales no activos que estaban en esa misma pestaña. No fue posible crear más pestañas y la solución pasó por eliminar y dejar a los titulares y enfermeros en ese momento activos para minimizar el riesgo de error en las citas.

CAPÍTULO 6: Justificación

Y ubicándonos en el contexto de la Atención Primaria de Salud del Área VI se evidencia que cada Centro de Salud del Área, presenta una organización del trabajo y modo de funcionar particular y cierta variabilidad en cuanto a la práctica clínica, y en cuanto a los profesionales se encuentra una gran diversidad en su procedencia y formación (Mínguez, 2011).

Tomando como referencia la definición de Consulta de Enfermería como *“un proceso de atención directa, donde la Enfermera realiza promoción de la salud, así como prevención y rehabilitación de la enfermedad a las personas, de una forma integral, con una participación activa por parte del usuario y/o familia, y en la que se solicitan sus servicios para la resolución de uno o varios problemas de salud en el ámbito de sus competencias y funciones, siempre tratando de buscar la autonomía y la mejora del autocuidado, todo esto en el marco de trabajo de un equipo multidisciplinar.”* (Gerencia Área VI, 2012), vemos la necesidad de que las Enfermeras deben de prestar una atención integral a los ciudadanos, no por tareas sino por población asignada.

El modelo organizativo que se llevaba a cabo en los Centro de Salud desde su inicio daba lugar a, no facilitar la accesibilidad de la población a la Enfermera de referencia ya que en la mayoría de los casos, un ciudadano para ser atendido por una Enfermera, tenía que pasar primero por la consulta del médico y solicitar el “conocido” P-10, documento donde el médico prescribe la realización de una técnica o un medicamento. La consulta programada de enfermería era solo accesible para aquellas personas del cupo adscritas a un programa de crónicos y derivadas en la mayoría de los casos por el médico de familia o las Enfermeras.

Las consultas comunes, generalmente a demanda y de técnicas, se convirtieron en un “cajón de sastre”, donde la Enfermera pasaba ser una mera realizadora de técnicas (curas, inyectables, tapones, vendajes, etc) a cualquier persona que lo necesitara perteneciera o no a su cupo de población. La población

no tenía una Enfermera de referencia formal, ya que dependiendo de cual fuera su problema de salud, sería atendida en la consulta programada o en las consultas de tareas comunes de demanda general, por Enfermeras distintas. En esa fecha; más de 25.000 usuarios no tenían Enfermera asignada, como consecuencia la Continuidad de Cuidados dentro del mismo escenario asistencial no era posible. Además de todo lo anteriormente expuesto en el momento actual nos enfrentamos a varios retos y objetivos recogidos en el Plan de Salud de la Región de Murcia, el Contrato de Gestión y en la Cartera de Servicios. Objetivos dirigidos a dar respuesta a las necesidades de salud y enfermedad de la población, que tenemos asignada en el Área VI, mejorar la Continuidad de Cuidados entre los diferentes escenarios asistenciales, facilitar la accesibilidad de la población a la Consulta Enfermera y practicar la proactividad como elemento clave de la Atención Primaria.

Desde la Dirección de Enfermería se consideró que la organización existente era incompatible con la idea del trabajo de la enfermería comunitaria y la atención integral a la población. En esta situación, era imprescindible un cambio organizativo para adecuar la gestión de la Consulta Enfermera y racionalizar la demanda, de manera que se ajusten los recursos y las intervenciones, a la atención integral de las personas tanto sanas, como las que presentan algún problema de salud, ya sea crónico o agudo.

El cambio organizativo que se planteó realizar podría resumirse de la siguiente manera, por un lado disminuir las agendas de tareas comunes a lo estrictamente necesario (extracciones y sala de urgencias), eliminándose por tanto las consultas de demanda, lo que conllevaría incorporar espacios de demanda en la agenda de cada Enfermera, a fin de asegurar la accesibilidad de las personas a las consultas de estos profesionales.

Para este estudio de investigación, la Consulta Enfermera constituye un importante instrumento que permite la visualización de los Cuidados enfermeros,

dando lugar a la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial, junto con la oportunidad que nos brinda la asignación a la población de una Enfermera de referencia (Servicio Murciano de Salud, 2011).

Por este motivo es por lo que nos planteamos una serie de cuestiones, tales como ¿con la organización que tenemos las Enfermeras en Atención Primaria, es posible la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial?, ¿por qué nos preocupa desde hace tanto tiempo mejorar la Continuidad de Cuidados en los distintos escenarios y no nos planteamos conocer la realidad de la Continuidad de Cuidados en nuestro entorno de Atención Primaria ?. La Atención Enfermera en Atención Primaria, ¿es continua o fragmentada en la prestación de los Cuidados a los ciudadanos?, ¿por qué no puede el usuario pedir cita por internet a las Enfermeras como a los médicos? ¿qué posibilidades tienen los ciudadanos que no están enfermos, de acceder a la Consulta Enfermera, si la organización de las agendas gira casi en exclusiva a la atención programada para patologías? Y por último, si la Enfermera en Atención Primaria, tiene que prestar unos Cuidados integrales y continuos a la población asignada, con la organización que existe en la mayoría de los centros de salud, ¿es posible la atención integral y la Continuidad de Cuidados?

A partir de estas cuestiones iniciamos este estudio de investigación comenzando con el cambio organizativo, planteando los siguientes objetivos.

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

BLOQUE II. MARCO EMPÍRICO

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

CAPÍTULO 1: Objetivos e Hipótesis

Tras revisar la bibliografía sobre el tema, nos planteamos los siguientes objetivos.

1.1. Objetivo General.

Conocer, describir y valorar la actividad de la atención Enfermera en Atención Primaria de Salud, implementando estrategias para aumentar la accesibilidad de la población asignada de los centros de salud del Área VI de Salud Vega Media del Segura de la Región de Murcia, comparando la actividad Enfermera una vez aplicadas las estrategias de cambio.

1.1.1. Objetivos Específicos

Contrastar la actividad asistencial de los Profesionales de Enfermería en la Consulta Enfermera con la población asignada previa a la aplicación de las estrategias de cambio y una vez aplicadas dichas estrategias.

Determinar la actividad asistencial de los Profesionales de Enfermería en la consulta de tareas comunes previa a la aplicación de las estrategias de cambio y una vez aplicadas dichas estrategias.

Identificar la actividad asistencial de los Profesionales de Enfermería en el domicilio del usuario previa a la aplicación de las estrategias de cambio y una vez aplicadas dichas estrategias.

Fomentar la accesibilidad a la Consulta Enfermera, creando espacios de demanda en las agendas de los Profesionales de Enfermería con fin de mejorar la atención a la población asignada, y aumentar la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial.

1.2. Hipótesis

De acuerdo a la bibliografía consultada, nos planteamos la siguiente hipótesis.

El cambio de la actividad asistencial Enfermera, de las consultas de tareas comunes a la Consulta Enfermera con la población asignada, facilita la accesibilidad y la Continuidad de Cuidados dentro del mismo escenario asistencial.

CAPÍTULO 2: Metodología

2.1. Bases de datos y términos de la búsqueda.

En primer lugar se ha realizado una búsqueda en la base de datos de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) las palabras clave y sus equivalentes en inglés: Atención de Enfermería (Nursing Care), Enfermería de Atención Primaria (Primary Care Nursing) y Organización y Administración (Organization and Administration).

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda de información fueron:

- ✓ PubMed.
- ✓ CINAHL.
- ✓ Cochrane Library.
- ✓ IME (Índice Médico Español) (base de datos producida por el Centro Superior de Investigaciones Científicas-CSIC)
- ✓ CUIDEN Plus.
- ✓ Dialnet.
- ✓ Scielo.

Igualmente, se realizó una búsqueda de literatura inédita o gris en las fuentes siguientes:

- ✓ Teseo.
- ✓ TDR (Tesis doctorales en red)
- ✓ World Health Organization

Los límites utilizados en la búsqueda bibliográfica han sido: años 2000 a 2015, y en cuanto a los idiomas español e inglés.

Se ha realizado una primera selección por títulos, en los que se ha consultado el resumen cuando este estaba disponible, después de traducirlo y leerlo se procedió a la búsqueda del texto completo en aquellos documentos que se ajustaban al propósito del estudio. Se realizó una búsqueda secundaria en la bibliografía de los estudios seleccionados

2.2. Diseño de la Investigación.

Se trata de un estudio descriptivo, ya que describe la actividad de la atención Enfermera, la organización del trabajo y de los espacios físicos, tal y como estaba el Área en marzo del 2012. Es también de intervención porque tras conocer la situación ,se deciden implementar una serie de estrategias sobre todo, a nivel de la organización del trabajo de las Enfermeras, con el fin de lograr el objetivo propuesto, y es longitudinal porque tras la instauración de estos cambios, se procede a volver a evaluar la nueva situación en diciembre 2014.

2.3. Población de referencia.

El estudio se inicia en el primer semestre de 2012, el universo muestral lo componen todas las profesionales Enfermeras de las 15 Zonas Básicas de Salud que componen el Área VI Vega Media del Segura de la de La Región de Murcia. La muestra total la constituyen 132 profesionales de enfermería.

La población adscrita al Área de Salud VI, en marzo de 2012, momento en el que se inicia el estudio, era de 243.927 usuarios, según la fuente de datos de Tarjeta Sanitara Individual (TIS) y al finalizar el estudio en febrero de 2015, era de 243.442, por lo que podemos considerar que la población total del Área ha permanecido sin cambios.

La distribución de Enfermeras por cada Centro de Salud y la media de población adscrita a cada profesional varía notablemente según la Zona Básica de

Salud de la que se trate, tal y como ya se ha comentado en el apartado análisis de la situación.

2.3.1. Población de estudio.

La población de estudio, está constituida por todas las Enfermeras que desarrollan su actividad profesional en los Equipos de Atención Primaria del área VI, Vega Media del Segura. Lo que supone un total de 142 Enfermeras.

2.3.2. Criterios de inclusión.

Dentro de los criterios de inclusión se han considerado a todas las Enfermeras que desarrollan su actividad profesional en Atención Primaria, pertenecientes al Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia.

El total de esta población, corresponde a 132 Enfermeras, de las cuales el 70% son mujeres y el 30% varones, y cuya edad media es de $56 \pm 8,3$ años, con un intervalo de confianza del 95% (entre 47,7 y 64,3 años).

2.3.3. Criterios de exclusión.

Consideramos como criterio de exclusión a las Enfermeras, aún pertenecientes al Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia, que no realizan la actividad de atención en consulta de Atención Primaria y son las siguientes:

- 2 Enfermeras de los equipos de soporte domiciliario (ESAD)
- 2 Enfermeras de apoyo a los equipos ginecológicos
- 6 Enfermeras de refuerzo a los equipos con punto de atención continuada (PAC), de Abanilla y Fortuna.

2.4. Variables de Estudio

Las funciones de las Enfermeras son diferentes como se ha detallado en el marco teórico.

Se realiza una descripción de la situación de partida de la actividad Enfermera en la Atención Primaria del Área VI, en base a las siguientes variables de estudio.

- 2.4.1. Presión asistencial en Consulta de Enfermería en el Centro de Salud** definida como la media del número de usuarios adscritos al cupo, que atiende cada profesional al día.
- 2.4.2. Presión asistencial en las salas comunes de Enfermería en el Centro de Salud**, definidas como la media del número de usuarios adscritos al Centro de Salud, atendidas al día por todas las Enfermeras.
- 2.4.3. Presión asistencial en las Consultas de Enfermería a domicilio**, definida como la media de personas atendidas al día por cada Enfermera en el domicilio del paciente.
- 2.4.4. Número de agendas de tareas comunes**, definidas como las agendas que son atendidas por todas las Enfermeras del Centro de Salud (extracciones, electrocardiograma, control de glucemia, demanda, urgencias, etc.).
- 2.4.5. Tiempo**, referido al **incremento de horas en Consulta Enfermera con la población asignada**, en detrimento de las horas dedicadas en las consultas de tareas comunes.
- 2.4.6. Accesibilidad**, definida como **la posibilidad** que tiene una persona para **acudir a la Consulta de su Enfermera** asignada, en vez de a la sala de tareas comunes, **por iniciativa propia**. Se considera el 100% de accesibilidad, cuando todas las Enfermeras del centro dispongan al menos de un espacio de demanda en su agenda.

La fuente de datos procede del aplicativo informático OMI-AP (oficina médica informatizada de Atención Primaria), y el SIAP (sistema de información de Atención Primaria de salud), ambas fuentes son del Servicio Murciano de Salud. Del aplicativo OMI-AP se han obtenido el número y tipo de “actos” de las agendas de los profesionales de enfermería, y de SIAP la actividad de las Enfermeras tanto en el las consultas del Centro de Salud como en el domicilio.

2.5. Cronograma de desarrollo de la investigación. En la tabla 21 se muestra el cronograma que se ha seguido para el desarrollo de toda la investigación.

Tabla 21. Cronograma de desarrollo de la investigación

Año 2011	Marzo	Abril	Mayo	Juni	Juli	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Incorporación a la gerencia	o			o	o	e	e	e	e
Análisis de los datos									
Año 2012	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio			
Preparación piloto	o	o			o				
Aplicación estrategias									
Año 2013	Enero	Febrero	Marzo	Mayo	Junio	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Análisis resultados y Rediseño	o	o			o				
Extensión al Área									
Año 2014	Enero								Diciembre
Implementación en los 15 centros de salud del Área									
Año 2015	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Septiembre	Octubre
Resultados y Análisis de los datos	o	o			o			e	
Conclusiones y discusión									Redacción de la tesis

A continuación pasamos a describir el pilotaje del estudio.

2.6. Pilotaje del Estudio

Las Consideraciones previas. A tener en cuenta al inicio de una investigación es la realización de un proyecto piloto, donde “la fase de aplicación y revisión constituye una de las fases fundamentales del proyecto” (Lopez-Picazo, 2012; Osakidetza, 2008). Para conseguir llevar a cabo esta fase tiene que existir en primer lugar, un compromiso por parte de la Institución, que en el caso que nos ocupa era claro y clave y por otro lado el compromiso y aceptación por parte de los líderes de los equipos. Una vez valorados los datos con la información recopilada y la experiencia, se procederá a reflexionar sobre la adecuación del modelo. Se incorporarán las mejoras oportunas para su extensión al resto de Equipos de Atención Primaria del Área de Salud VI.

2.6.1. Descripción del Equipo de Atención Primaria de Murcia Centro/San Juan

La población de la zona básica de salud, a 31 de diciembre de 2011 es de 21.453 tarjetas sanitarias individuales (TIS), con una dispersión geográfica G2. Los puntos asistenciales son dos, una parte del equipo Mu-Centro, se encuentra ubicado en un edificio fuera de la zona básica de salud donde vive la población a la que se presta atención sanitaria y que también alberga al equipo de Atención Primaria de San Andrés, y otra, en el denominado consultorio de Simón García, un local alquilado muy deteriorado, con humedad, falta de espacio para consultas, aunque ubicado dentro de la zona básica de salud, donde reside la población a la que presta atención sanitaria.

En la tabla 22 se muestra la distribución de los recursos humanos en los dos puntos asistenciales.

Tabla 22. Recursos humanos en Mu-Centro y Simón García. Fuente elaboración propia.

Profesionales	Mu Centro	Simón García
Enfermeras	7	5
Auxiliar enfermería	4	1
Médicos de familia	8	5
Pediatras	1	1
Matrona	1	-
Auxiliares administrativos	5	2

Aunque era un único Centro de Salud, al estar alejado uno de otro, no tenían prácticamente contacto los profesionales, se trabajaba en paralelo, cada grupo en su centro correspondiente. En el centro cabecera, y en el consultorio las Enfermeras de adultos comparten consultas, cada consulta, para dos Enfermeras. El resto de profesionales tenían consulta individual.

En cuanto a la organización de la actividad, cada Enfermera atiende a la población del cupo médico correspondiente en la consulta programada fundamentalmente para patologías crónicas, tanto en el centro y en domicilio. El resto de la atención se realizaba en consultas de tareas comunes: la demanda y las técnicas en el centro (electrocardiogramas, toma de tensión arterial, administración de inyectables, curas, determinación de glucemias, de tiempo de protrombina, etc) las extracciones en domicilio y en el centro, tratamientos intravenosos y la extracción tapones de cerumen. Las tiras reactivas para el autocontrol de glucemia las entrega una auxiliar de enfermería, y no en las Consultas Enfermeras. Las espirometrías las realiza un médico.

Los horarios de las consultas programadas de las Enfermeras no están expuestos, pero se desarrollan de 9,30 a 12h, si lo están los horarios de las consultas a demanda y extracciones. Los sábados el horario de atención es de 8 a 9,30 en domicilio y de 9,30 a 13,30 en el centro. Solamente hay una Enfermera de

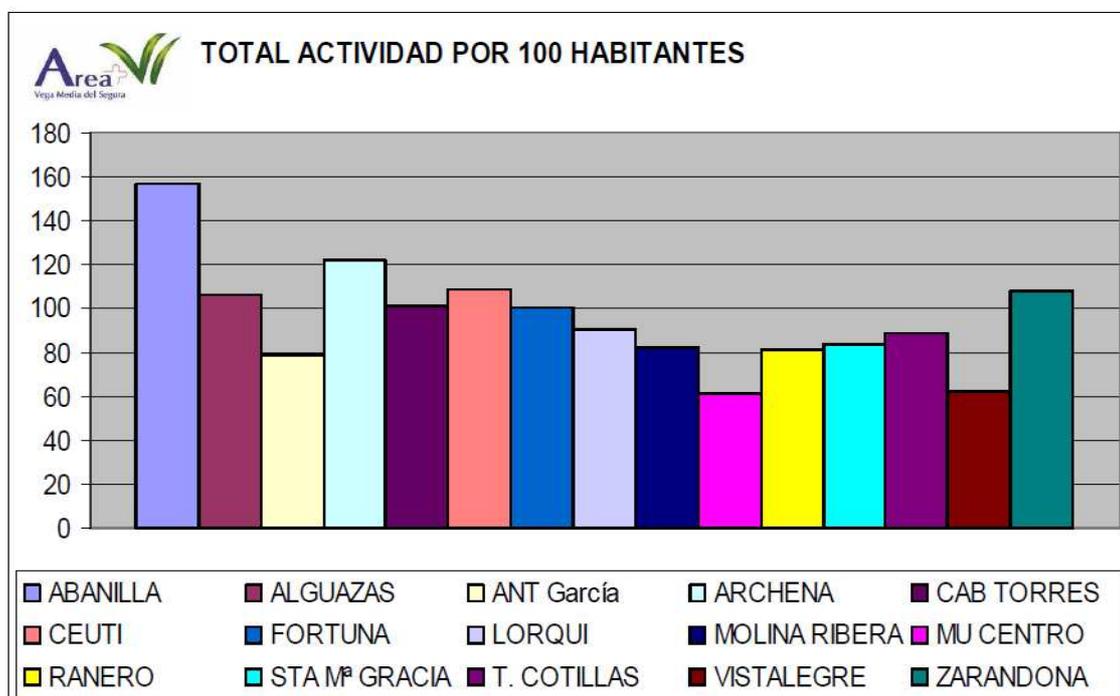
guardia. Por las tardes hay una Enfermera de lunes a jueves en jornada deslizando, trabaja de tardes y no esa mañana.

En estos momentos, antes del cambio organizativo, hay 9 agendas comunes entre los dos centros, mas una agenda por cada profesional, lo que supone un total de 21 agendas.

2.6.2. Justificación de la elección del centro piloto

La elección del Centro de Salud Mu-Centro como piloto se llevó a cabo basándose en varias premisas. La primera fue por ser el centro con menos actividad total Enfermera por habitante (gráfica 17).

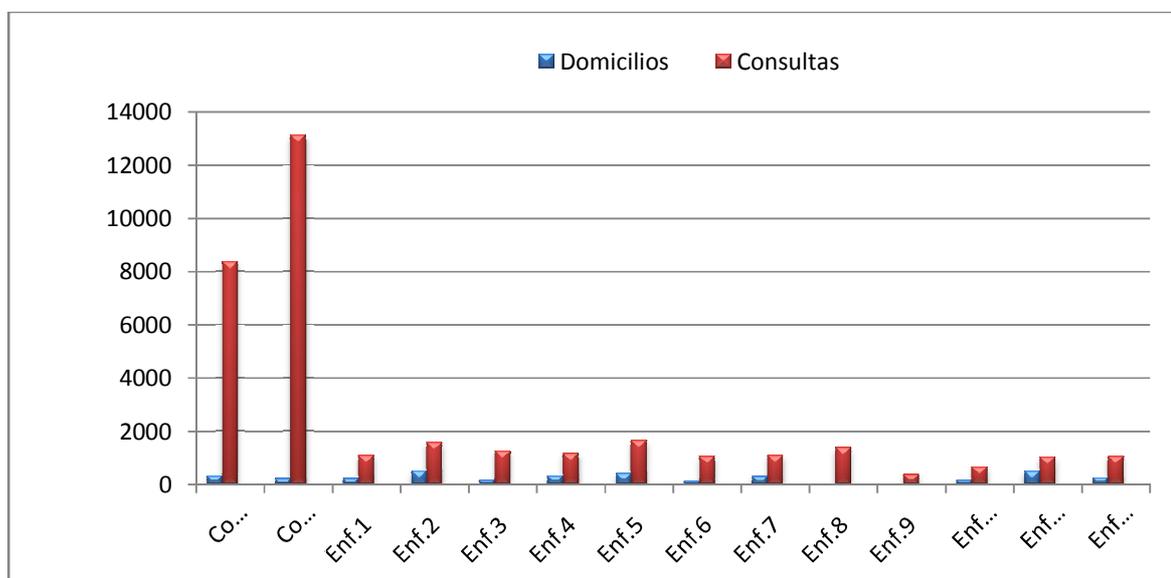
Gráfica 17 actividad de total por 100 habitantes y por zona básica de salud. Fuente elaboración propia



En segundo lugar, la evidencia de que la actividad Enfermera se realizaba por tareas más que por cupos, en tercer lugar el inaugurar un centro nuevo que alojara a todo el equipo junto, que suponía contar con mejores recursos materiales, espacios físicos suficientes para todos. Y por último la responsable de enfermería, que muestra un absoluto compromiso y acepta el reto de liderar el cambio organizativo y pasar de las tareas a los Cuidados.

Tal y como puede verse en la gráfica 18, la actividad Enfermera realizada durante todo el año 2011 en las salas de tareas comunes, representada por Com.06 y Com.07. es superior a la suma de la actividad individual que todas las Enfermeras juntas hacían en su consulta, representada por Enf.1 a la Enf.12(gráfica 18).

Gráfica 18. Resumen actividad Enfermeras año 2011 Mu-Centro/San Juan. Nº de consultas totales comunes y por población en el centro de salud y en el domicilio. Fuente elaboración propia.



La columna Com.06 corresponde a las tareas comunes desarrolladas en la sala de demanda (curas, electrocardiogramas, extracción de tapones de cerumen, técnicas en general), tanto en el Centro de Salud, como en domicilio. La columna Com.07 representa la actividad relacionada con las extracciones de sangre, determinación del tiempo de protrombina en pacientes anticoagulados y algunas determinaciones de glucemia en el Centro de Salud y en domicilio, realizadas por todas las Enfermeras del equipo. La Enfermera 8, no tiene registros en domicilio, coincide con la de pediatría, que no hacen prácticamente visitas a domicilio a excepción de las extracciones de sangre, sin embargo la Enfermera 9, no registra, todo lo que hace, aunque realice la atención Enfermera.

2.6.3. Estrategias para poner en marcha los cambios.

Las estrategias utilizadas en el proyecto piloto fueron las siguientes:

- **Reuniones** con nuestra Dirección y el Gerente: para presentar el proyecto y contar con su apoyo.
- **Reuniones con la responsable de enfermería para establecerla como líder del cambio.**
- **Reuniones** con nuestra Dirección y el Gerente para mantener un enfermero mentor que atendiera las demandas y las estrategias de formación planteadas por esta Subdirección.
- **Aplicación y revisión** con la responsable de enfermería de Mu-Centro para implantar las estrategias ante el próximo traslado al centro nuevo, trabajando aspectos concretos adaptados a su realidad (Anexo 6).
- **Visitas de seguimiento** con comunicación e información de los cambios que se iban a establecer a los compañeros implicados, administrativos, Enfermeras, matronas, fisioterapeutas y coordinador médico.
- **Asignación de agenda** individual a cada Enfermera y matrona con espacios de demanda y urgencias. Previo a la presentación de propuestas de

agendas, se realizó una búsqueda bibliográfica y se exploró en otras Áreas de nuestro entorno diferentes diseños de éstas, para intentar el que mejor se adaptara a cada contexto.

- **Agendas comunes** para urgencias y extracciones de sangre en el Centro de Salud. Esta es la única agenda común que se mantiene.

- **Anulación** del resto de agendas comunes utilizadas. Para lograr una mayor Continuidad de Cuidados, dentro del mismo escenario asistencial, cada profesional de enfermería atiende a toda la población que tiene asignada en su propia consulta, exceptuando los electrocardiogramas en casos de urgencia y preoperatorios y las extracciones en el centro que sigue siendo una actividad común.

- **Puesta en marcha de estrategias para la captación activa** y precoz de las personas entre 60 y 65 años a partir de la próxima campaña de vacunación de la gripe, ya que hay población que pertenece a este grupo de edad que está activa laboralmente y acude casi exclusivamente para la vacuna. Esta era una buena ocasión que facilitaría el conocimiento recíproco de los usuarios con su Enfermera de referencia. En otro orden de cosas también se puede trabajar con este grupo de población, para poner en marcha el programa de prevención de riesgos en personas mayores (barreras físicas en su domicilio, prevención de accidentes domésticos, valoración del deterioro cognitivo, hábitos alimenticios...), para ello se facilitó a cada profesional un listado con el nº de historia clínica para identificar a los pacientes y potenciar de este modo la valoración de la población asignada.

- **Establecimiento de una acción formativa en planes de Cuidados y cartera de servicios, a cargo del enfermero mentor**, con cronograma para desplazarse a los centros de salud y atender dudas de registro de actividad de forma individual y sesiones grupales de refuerzo.

- **Formación individual y grupal** por parte del enfermero mentor, de 13 a 15h en el propio centro de trabajo, sesiones conjuntas, formación de

colectivos (Enfermeras de pediatría, matronas, fisioterapeutas, Enfermeras...), atención a dudas de registro, metodología.

- **Autoformación de equipo de enfermería**, establecieron una serie de sesiones de formación que impartieron algunas de las Enfermeras del centro, para una puesta al día en contenidos de las consultas, relacionadas sobretodo con la atención a crónicos.

- **Realizar actividades de Promoción** de la Salud y Prevención de la enfermedad a personas sanas o con riesgo, al ser citadas con su Enfermera.

2.6.4. Identificación de las debilidades potenciales del diseño y puntos fuertes.

Las debilidades detectadas fueron las siguientes:

- Dificultad de integración a nivel personal, ya que al funcionar como dos equipos separados los dos puntos asistenciales convivían de forma paralela por la distancia física. En Simón García, funcionaba como un centro al margen de Mu-Centro, realizaban las gestiones de petición de material, permisos etc, fue un primer conflicto que tuvimos que aclarar, que a todos los efectos Simón García era periférico de Mu-Centro.

- Resistencia al cambio en muchos miembros del equipo, tanto médicos, como Enfermeras y auxiliares.

- El Proyecto Cívitas que en principio era una fortaleza, también ocasionó dudas y recelos.

Los puntos fuertes fueron la experiencia y capacidad técnica de las Enfermeras, la motivación e implicación de la responsable de enfermería y su capacidad de ilusionar a una buena parte del equipo de Enfermeras, la formación según necesidades y el apoyo de la Dirección.

2.6.5. Desarrollo del proyecto piloto

El cambio organizativo se llevó a cabo con el Equipo ya instalado en el nuevo Centro de Salud Mu-Centro, durante el verano de 2012, y situado geográficamente en su ámbito de influencia poblacional y con todos los recursos humanos juntos (tabla 23).

Tabla 23. Situación de Recursos humanos después del cambio. Fuente elaboración propia.

Profesionales	Mu Centro
Enfermeras	11
Auxiliar enfermería	4
Médicos de familia	11
Pediatras	2
Matrona /USBD*	1/1
Auxiliar administrativo	7

Nota:* USBD (unidad de salud bucodental)

La importancia de describir la población asignada a los profesionales es además del nº de personas asignadas, la edad de éstos, ya que la labor asistencial se ve incrementada en los menores de 2 años y mayores de 65 (tabla 24).

Tabla 24. Ratios por Enfermera. Fuente elaboración propia.

Mu-Centro	TIS adultos	Rat/Adulto	> 65 a/Enf	Rat/Ped	< 2 años/Enf
18.175	16.231	1.623	393	1.949	397

Nota: TIS tarjeta individual sanitaria, Rat/ Adulto media de personas mayores de 14 años por Enfermera, > 65ª/Enf mayores de 65 años por Enfermera, < 2 años/Enf< de 2 años por Enfermera.

Cuando se pone en marcha el proyecto Cívitas, para asignar a toda la población a las Enfermeras se mantuvo, en la medida de lo posible, los referentes del médico de cupo y de Enfermera, ya que hasta ese momento la población tenía una Enfermera de referencia pero sin asignación formal de población.

Se establecieron reuniones, explicando el cambio deseado, analizando las dificultades encontradas al principio, por el miedo al cambio y por desconocimiento, ya que la responsable de enfermería procedía de otro ámbito asistencial, pero una vez lograda su adhesión al proyecto, ella se convirtió en líder del cambio y en una aliada indispensable.

La intervención supuso cambiar la organización de la actividad Enfermera de manera que solo se mantuvo una sala de extracciones y de atención urgente o no demorable, que compartían todas las Enfermeras del equipo, todo el resto de actividad la realiza cada Enfermera en su consulta y con la población adscrita en su cupo. Las características arquitectónicas del Centro de Salud, construido en 5 plantas, cuatro dedicadas a la actividad asistencial y una quinta a despachos, vestuarios y salas de reuniones, hizo que la organización fuera algo más complicada de lo esperado. Se constituyeron mini equipos compuestos por tres médicos y dos Enfermeras de referencia, en cada planta. Las dos Enfermeras se organizan “en espejo” de tal forma que cuando una de las Enfermeras está ausente del Centro de Salud, porque están realizando visitas domiciliarias, quede cubierta la atención no demorable por otra Enfermera en espejo o de referencia.

Se han seguido organizado sesiones clínicas y formativas en los temas más comunes en la atención Enfermera en el equipo, en diversas patologías (hipertensión, diabetes, personas inmovilizadas, tratamiento de heridas, alimentación, ejercicio). Toda la información sobre el cambio organizativo, se ha trasladado y reforzado en el área administrativa de cara a la información de los usuarios y en el área médica con información escrita para facilitar las citas con la Enfermera de referencia. Los horarios de las consultas variaron y se hicieron más accesibles y más flexibles, por la normalización de las agendas, con espacios de demanda y urgencias intercalados a lo largo de toda la jornada laboral. Los sábados pasaron a estar dos Enfermeras de guardia, lo que permitió mantener un horario más amplio de actividad asistencial de la población que acudía al Centro de

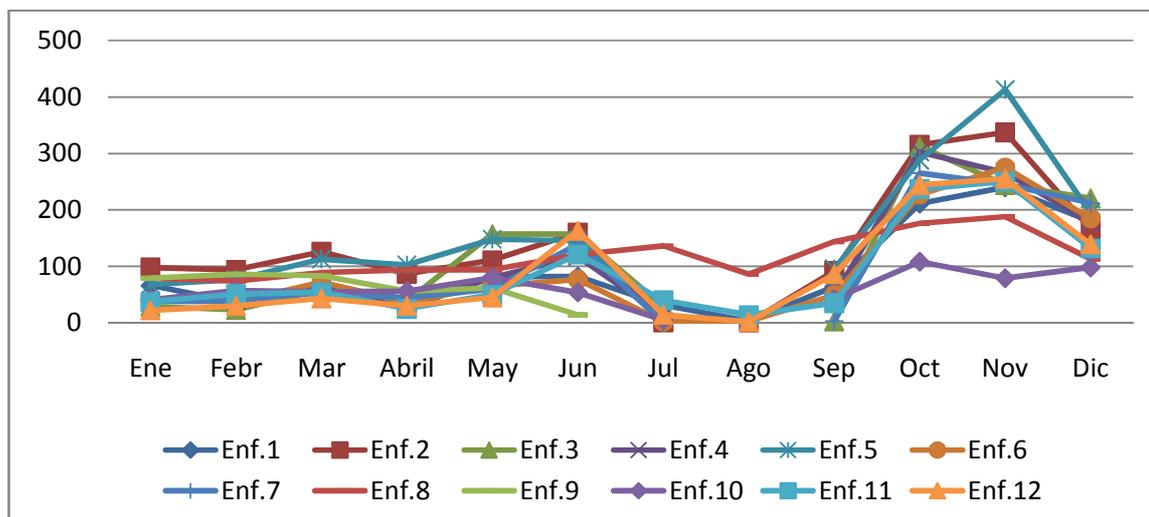
Salud. Desapareció la jornada deslizante de las tardes, de esta forma, se contaba con dos Enfermeras más por la mañana. A la vez que se produjo el traslado al nuevo Centro de Salud, se constató que la población disminuyó en casi 2.000 personas, y en aras a la eficiencia un médico y una Enfermera se jubilaron y se llevaron a otros centros de salud. Por tanto al inicio del proyecto se contaba con doce Enfermeras y después con once.

2.6.6. Resultados de la evaluación del proyecto piloto

En primer lugar, se muestran los resultados en general de una forma gráfica, donde se puede observar una variación en la actividad en la consulta de cada Enfermera que se hace evidente a partir del momento de la intervención, como se puede observar en la gráfica 19, en la que con los distintos símbolos de color del Enf.1 al Enf.12, están representadas las Enfermeras que componen el equipo de Mu- Centro/San Juan. El nº de consultas realizada por cada Enfermera mes a mes en el Centro de Salud esta expresado con números absolutos. Como se puede observar, de enero a junio se mantiene una actividad regular de todas las Enfermeras, sin embargo julio y agosto es periodo vacacional y este centro al tener a la población de referencia del centro de la capital disminuye la actividad asistencial. Se refleja un mantenimiento de la actividad que aumenta en los meses de octubre y noviembre en la enf. 8, la de pediatría, la enf. 10 se mantiene con pocos registros y el resto de Enfermeras con gran actividad en octubre, noviembre y diciembre que coincide con la campaña de la gripe y la captación activa de los mayores de 60 para el programa de prevención en estos colectivos, siendo una de las estrategias implementadas (gráfica 19).

Gráfica 19. Mu-Centro/ San Juan. Evolución 2012. Consultas Enfermeras.

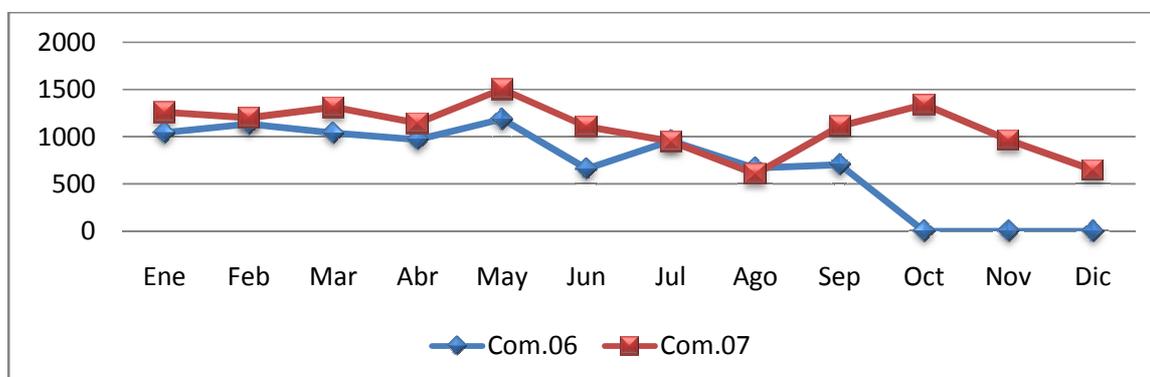
Fuente elaboración propia.



En la gráfica 20, vemos representada con Com.06, la consulta a demanda que después del traslado y la adaptación del nuevo centro, se cierra para derivar a los usuarios a la consulta de cada Enfermera asignada. Sin embargo la consulta Com.07 que corresponde a las extracciones de sangre en el Centro de Salud, mantiene su nivel de actividad (gráfica 20).

Gráfica 20. Mu-Centro/ San Juan. Evolución 2012. Consultas comunes.

Fuente elaboración propia



Se han evaluado 6 indicadores, mediante la comparación de la actividad del cuarto trimestre del año 2011, cuando aun no se había realizado la intervención, con el cuarto trimestre del 2012. Se han elegido dos periodos de tiempo idénticos para evitar que este pueda ser un factor de confusión en el análisis de los datos.

Los resultados para el indicador 1 y 2, que corresponden a la presión asistencial en Consulta Enfermera y en las salas de tareas comunes de enfermería en el Centro de Salud, como observamos en la tabla 26, en 2011, el nº total de consultas comunes que se realizaban, sumadas a las realizadas en el Centro de Salud y a las de domicilio, son 9.201 y las realizadas en la consulta propia de la Enfermera con su población asignada es de 2.788 en total.

Después de la intervención esta situación se invierte y pasa a ser de 8.556 el nº total de consultas realizadas por las Enfermeras con su población asignada, lo que supone un incremento del 67,42%. Mientras que las consultas comunes han disminuido a 3.118. El profesional identificado con el nº 9 corresponde a la Enfermera que no está en 2012 (tabla 25).

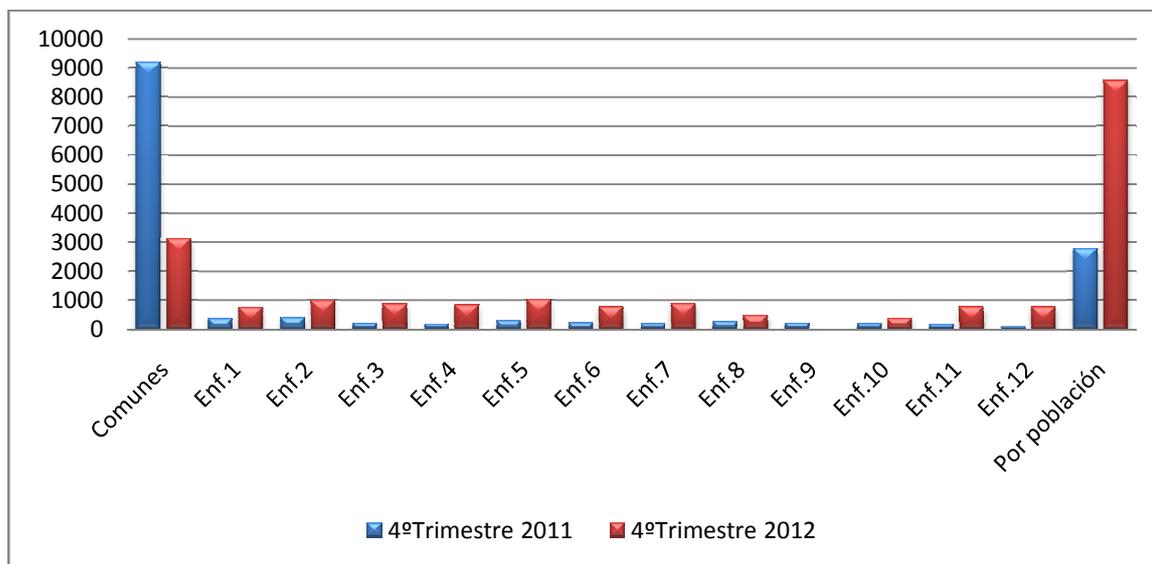
Tabla 25. Actividad en tareas comunes y por cada una de las Enfermeras con la población asignada. Comparativa 2011-2012. (Resultados indicador 1 y 2). Fuente elaboración propia.

Actividades	2011	2012
Comunes	9201	3118
Enf.1	376	758
Enf.2	407	995
Enf.3	205	874
Enf.4	182	844
Enf.5	295	1018
Enf.6	220	773
Enf.7	189	880
Enf.8	265	483
Enf.9	210	0
Enf.10	189	385
Enf.11	168	774
Enf.12	82	772
Por población	2788	8556
Total	11984	11674

El número total de personas atendidas antes de la intervención son 11.984 y después 11.674, no se observan diferencias significativas en cuanto al número total de consultas, pero si en la tipología. El descenso de actividad se puede atribuir a la disminución de población y la desaparición de la Enfermera nº 9.

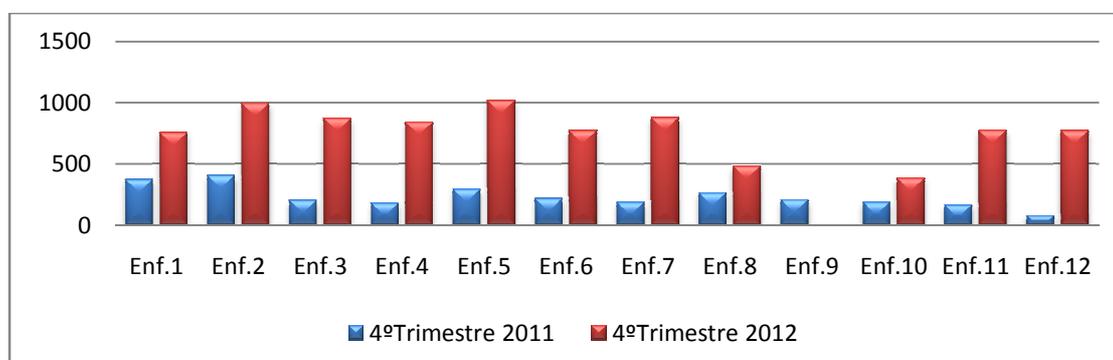
La siguiente gráfica, corresponde a la tabla anterior, donde se puede apreciar como se ha invertido la situación previa a la intervención. Así mismo, se puede observar la comparativa de la actividad Enfermera en el cuarto trimestre de 2011, cuando el equipo estaba separado y en el cuarto trimestre de 2012 estando ya reorganizado, tanto en el Centro de Salud como en domicilio (gráfica 21).

Gráfica 21. Representación de la actividad por población y tareas comunes, antes y después del piloto en Mu-Centro. Fuente elaboración propia.



En la gráfica 22, se puede apreciar cómo han aumentado el número de consultas realizadas por las Enfermeras con su población adscrita en el Centro de Salud, y el aumento que se produce tras la implementación de las estrategias (gráfica 22).

Gráfica 22. Comparativa de actividad en Consulta Enfermera entre el 4º Trimestre 2011 y el 4º Trimestre 2012. Consultas en Centro de Salud. Fuente: elaboración propia.



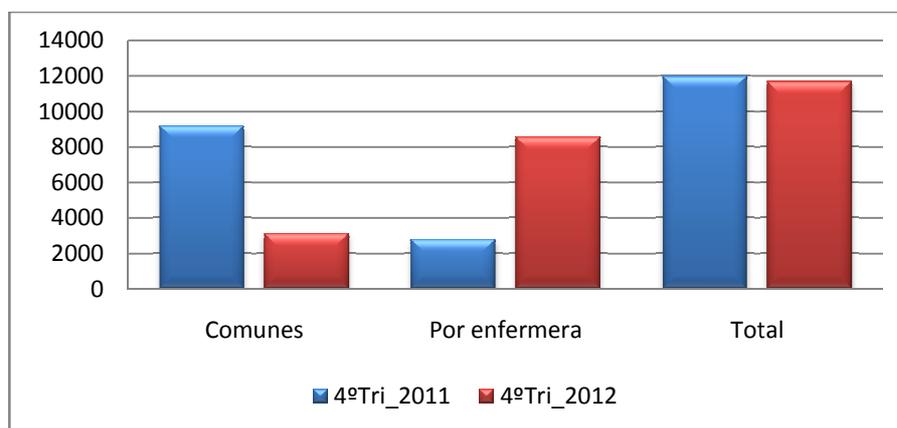
La tabla 26, resume la actividad realizada en consultas de tareas comunes y por Enfermera. La diferencia numérica, entre la actividad en las salas comunes y por Enfermera antes y después de la intervención, con un valor de $X^2=5.933,40$, y con una significación estadística de $p < 0,0001$ (tabla 27).

Tabla 26. Resumen de tareas comunes y por población 2011 y 2012. Fuente elaboración propia.

Actividades	2011	2012
Comunes	9201 (76,7%)	3118 (26,7%)
Por población	2788 (23,23%)	8556 (73,3%)
Total	11984	11674

En la gráfica 23, se observa como la actividad total se mantiene igual, sin embargo la actividad de la Consulta Enfermera aumenta de manera inversa a la disminución de la actividad que se realizan en las consultas de tareas comunes (gráfica 23).

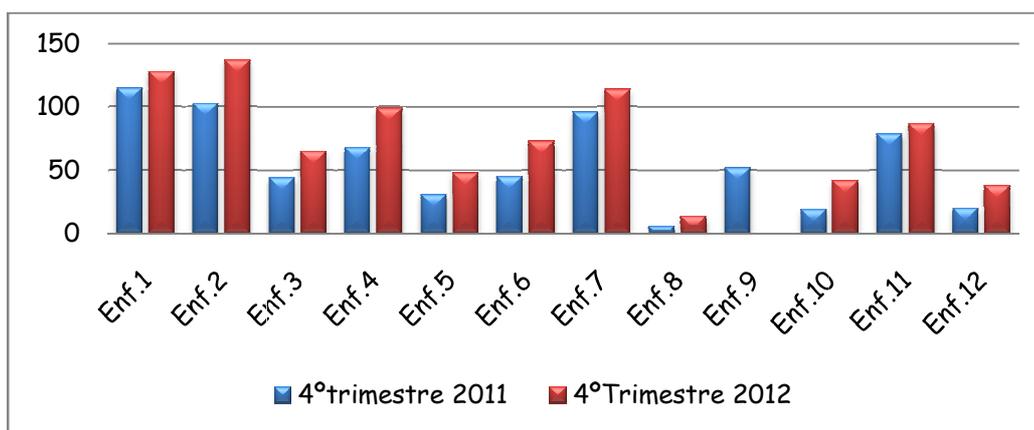
Gráfica. 23 Resumen de tareas comunes por población y totales de 2011 y 2012. Fuente elaboración propia



El indicador 3, que corresponde a la presión asistencial en las Consultas Enfermeras a domicilio, en 2011, el número total de consultas fue de 674 frente a las 1.214 de 2012, por tanto, la cifra se ha duplicado. Como se puede ver en la

gráfica 24 donde se muestran las consultas realizadas por cada profesional a la población que tiene adscrita en el domicilio y el aumento que se produce tras la implementación de las estrategias (gráfica 24).

Gráfica 24. Comparativa 4ºTrimestre 2011_2012 consultas en domicilio.



Continuando con el indicador 4, que corresponde al número de agendas de tareas comunes, antes de la intervención tenían 9 agendas de actividad comunes entre los dos centros, después de la intervención pasa a ser 2, una para extracciones y otra para urgencias.

El indicador 5, que se refiere al tiempo, muestra como antes del cambio organizativo, las Enfermeras de Mu-Centro dedicaban 7,5 horas a la consulta de tareas comunes y en Simón García 10 horas a la semana cada una de ellas. Por lo tanto, en Mu-Centro antes del cambio 8 enf. x 7,5 h. hacen un total de 60 horas y en Simón García 4 enf. x 10 h. suponen 40 horas; en total 100 horas de tareas comunes. Después de la intervención cada una de las 11 Enfermeras, dedican 3,5 horas semanales a atender la consulta de urgencias, lo que supone un total de 38,5 horas semanales. Se ha pasado de dedicar 100 horas de tareas comunes a realizar solo 38,5, lo que supone 61,5 horas semanales más de atención en Consulta Enfermera con población adscrita.

Finalmente, el indicador 6, la accesibilidad, lo obtenemos sumando las agendas que tienen de tareas comunes (9), más una por cada Enfermera(12) que suman un total de 21. Si 21 agendas es el 100% de accesibilidad, en 9 agendas tenemos un 42,08% de accesibilidad. Con la implementación de las estrategias, todas las agendas de las Enfermeras tienen al menos un espacio de demanda en la agenda, consiguiendo de este modo el 100% de accesibilidad.

En resumen, en la tabla 27, podemos observar el total de los indicadores estudiados, observando que en todos los casos ha aumentado el número de consultas realizadas por las Enfermeras con la población que tienen adscrita, en detrimento de las consultas comunes, que era el objetivo planteado, ha aumentado la accesibilidad y se han incrementado el nº de horas de atención a la población de referencia (tabla 27).

Tabla 27. Resumen de la evaluación de los indicadores de Mu-Centro/San Juan.

<i>Indicadores</i>	4ºTri 2011	4ºTri 2012
Indicador 1.- Consulta Enfermera	2.788	8.556
Indicador 2.-Tareas Comunes	9.201	3.118
Indicador 3.-Consultas a domicilio	674	1.214
Indicador 4.- Número de agendas comunes	9	2
Indicador 5.- Tiempo	--	47,5
Indicador 6.- Accesibilidad	42,08%	100%

En definitiva, el proyecto piloto, sirvió para detectar debilidades y corregir las estrategias antes de extenderlo al resto del Área VI. Aparte de las resistencias que tuvimos que afrontar con todos los profesionales del equipo, aprendimos para la extensión del proyecto la importancia de mejorar los circuitos de derivación y la necesidad de mejorar la información e implicar al máximo al área administrativa, lugar de todas las citas de los usuarios, y por tanto estratégico para la derivación a las Enfermeras.

A la vista de los resultados obtenidos, en la fase piloto, todas las Enfermeras han aumentado los registros realizados en la consulta de enfermería con la población adscrita y han disminuido los registros realizados en las consultas de tareas comunes, ha mejorado la accesibilidad a la Consulta Enfermera de referencia, creando espacios de demanda en las agendas de todos los profesionales y aunque no eran objetivos del estudio, se han disminuido los tiempos de espera por parte del usuario para recibir atención Enfermera no programada, ya que lo que antes era realizado por una sola Enfermera en la consulta de demanda ahora es repartido entre cinco consultas, eliminando las colas interminables de usuarios frente a la consulta de demanda prácticamente durante la mayor parte de la mañana. y además, las Enfermeras verbalizan que los usuarios ahora conocen a su Enfermera y en general quieren ser atendidos siempre por la misma persona. Se ha mantenido solamente, la consulta de urgencias y la de extracciones en el Centro de Salud, como tareas comunes.

Como consecuencia directa del punto anterior se ha logrado la Continuidad de los Cuidados dentro del mismo escenario asistencial y se puede afirmar por tanto, que se han logrado los objetivos planteados con la intervención.

2.7. Rediseño de las estrategias a implementar en el Área VI.

Como elementos clave, para la extensión del proyecto al resto del Área, se ha comprobado que es necesario tener en cuenta algunos factores sobre todo en la primera fase del cambio organizativo:

- Mejorar la información a todos los componentes del equipo, mejorando la información, sobre todo, con los compañeros del área administrativa ya que son ellos los que informan a los usuarios y dan las citas, lo que les convierte en una pieza fundamental en para que la nueva organización funcione correctamente. Igualmente con nuestros compañeros médicos, tanto a través de

sesiones como por escrito y con los circuitos de derivación y nueva forma de funcionamiento claras. Diseñar cartelería para poner en el centro y puertas de las consultas, refuerzo continuo y reorientación especial al usuario. (Anexo 7)

- Mayor flexibilidad en cuanto a la atención Enfermera a la hora de hablar de espejos o referentes Se decidió desde el principio, considerar esta figura (espejo o referente), para que o bien por problemas de espacio o cuando la otra Enfermera estuviera en domicilio, poder atender a los usuarios que necesitaran de la atención Enfermera no demorable en su ausencia.

- La organización del trabajo por plantas ha resultado exitoso, por lo que se plantea ponerlo en marcha en los centros que lo requieran.

- La consulta de enfermería atendería a su población asignada, en la mayoría de las demandas de Cuidados planteadas, exceptuando por el momento en las extracciones en el Centro de Salud y por supuesto en las urgencias por ausencia de la Enfermera.

- La justificación de estas medidas a realizar, favorece la accesibilidad de la población a su Enfermera de referencia, favorece la Continuidad de los Cuidados y visibiliza el rol de la Enfermera.

2.8. Extensión de las estrategias al resto del Área de Salud VI.

Una vez evaluado el piloto, con los objetivos conseguidos se decide extender el proyecto a toda el Área adaptando el proyecto a la realidad de cada equipo.

La primera estrategia consistió en establecer un sistema de comunicación con los Responsables de Enfermería a través del correo electrónico. Prácticamente en ese momento más de la mitad de los Responsables de Enfermería, tenían teléfono corporativo que se fue implementando en los meses siguientes al resto, pero era fundamental una forma de comunicación escrita, ágil y que pudiéramos

gestionar a lo largo del día. La mayoría de responsables no tenían correo corporativo o no manejaban esta forma de comunicación. Por fin el convencimiento de ser una herramienta útil para poder estar conectados a diario sin interrupciones constantes del teléfono hizo que quedara establecido con normalidad y el contacto vía correo electrónico se convirtió en el modo común de comunicarnos. Se aumentaron las capacidades de los buzones de los Responsables de Enfermería y se les dieron algunas instrucciones sencillas por parte del servicio de informática del Área. De esta forma, las convocatorias, instrucciones de cambios en la vacunación, cursos de formación o cualquier otra información, les fueron llegando por escrito y gestionadas en el momento más adecuado para cada uno de nosotros.

Se estableció una dinámica de reuniones periódicas con los Responsables de Enfermería, donde se presentaron los objetivos y las estrategias de cambio organizativo del Área, y a su vez se recogieron sugerencias estableciendo una forma de construir entre todos la atención Enfermera que queríamos establecer en el ámbito de nuestra influencia. Realizamos un trabajo de revisión bibliográfica para conocer las formas en que se puede articular de atención Enfermera, en cada uno de los centros de salud y sus periféricos. Se analizaron los recursos humanos, la población asignada, el espacio disponible, los registros de actividad, la organización de la atención, el nº de agendas, las prestaciones a la población y a pesar de la intuición por la experiencia de trabajar 30 años en Primaria, no podíamos imaginar la enorme variabilidad de funcionamiento de los centros de salud y de la atención Enfermera. Realizar reuniones donde se expliquen bien los motivos que nos han llevado a tomar esta decisión e intentar así que cada responsable de cada equipo asuma como suyo este proyecto y lo lidere en su Centro de Salud.

Se estableció una reunión mensual/bimensual con los Responsables de Enfermería para informar, reflexionar e implicarles en el proceso de cambio en el que estamos inmersos. El objetivo de las reuniones era hacer un seguimiento

cercano del proceso, favorecer el aprendizaje, reforzar los puntos fuertes y corregir las desviaciones posibles de las estrategias iniciadas y adaptar a cada realidad concreta el cambio planteado. Se visitaron de forma periódica, todos los centros de salud del Área para conocer y establecer vías de comunicación con las Enfermeras y matronas. En este momento era necesario que todos los agentes implicados conocieran qué se iba a hacer. Desde el inicio se facilitó el correo electrónico, teléfono de contacto con los responsables y la petición de manera insistente de que establecieran las listas de distribución con correos, entre el equipo, para facilitar la información de los temas tratados en las reuniones al resto de Enfermeras de los equipos del Centro de Salud para favorecer su implicación.

El planteamiento que se hizo después de analizar la realidad humana encontrada, la edad del colectivo enfermero, las resistencias “normales” al cambio y las posibilidades de gestión, las herramientas utilizadas en todo momento fue el uso de la inteligencia emocional, y el refuerzo positivo de los logros conseguidos.

2.9. Análisis estadístico de los datos

Los datos se expresan en números absolutos, porcentajes y medias. Para ello se ha utilizado el software Excel 2007 como hoja de cálculo para realizar las tablas y el paquete estadístico EpiInfo™ 7.1.5 para analizar los datos. Los resultados se han comparado mediante la prueba de chi-cuadrado, y se han considerado significativos a partir de una $p < 0,05$.

2.10. . Consideraciones éticas

A lo largo del dilatado proceso investigador, he reexaminado las diferentes decisiones que he ido tomando como consecuencia de contrastar, además de con los Directores de Tesis, con algún otro experto en la materia, así como con la amplia bibliografía consultada. Hechos que considero cruciales éticamente, pues

han esclarecido el posicionamiento desde el inicio, ya que son elementos que determinan el planteamiento de la investigación.

Uno de los efectos que produce este examen, ha sido la paulatina modificación de los objetivos de estudio, método, proceso de análisis, etc. Este planteamiento hace visibles las circunstancias generales del desarrollo del trabajo, pues he tratado de mantener un enfoque ético-reflexivo a lo largo de todo el proceso investigador.

En general las conductas o consideraciones a tener en cuenta son las relacionadas con los valores de verdad y justicia.

En los últimos años, las fuentes de orientación éticas más destacadas relacionadas con el campo de la salud-enfermedad han sido el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas.

Emanuel, diseñó siete requisitos para evaluar la ética de los proyectos de investigación en el campo de la salud, así pues, la finalidad según el autor es “convertir las aplicaciones de los códigos y las declaraciones tradicionales sobre la investigación en sujetos humanos más coherentes y sistemáticas (Carrillo, 2011).

El modelo de evaluación hace referencia a los siguientes aspectos: valor social o científico, validez científica, selección equitativa de los sujetos, proporción favorable del riesgo-beneficio, condiciones de diálogo auténtico, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto a los sujetos inscritos.

Señalamos las tres siguientes:

- Valor Social o Científico: destaca que para que una investigación sea ética, “debe plantear una intervención que conduzca a mejoras en las condiciones

de vida o en el bienestar de la población, o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o de solución a problemas, aunque no sea en forma inmediata. El valor social o científico debe ser un requisito ético, entre otras razones por el uso responsable de recursos limitados”.

- Validez Científica: establece que la búsqueda de validez científica debe “plantear un propósito claro de generar conocimiento con credibilidad; un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas; un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información; un lenguaje Cuidadoso empleado para comunicar el informe, que debe ser capaz de reflejar el proceso de la investigación y que debe cultivar los valores científicos en su estilo y estructura; un alto grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y a sus resultados”.

- Proporción Favorable del Riesgo-Beneficio: se podrá justificar la investigación solo cuando “los riesgos potenciales para los sujetos individuales se minimizan; los beneficios potenciales para los sujetos individuales y para la sociedad se maximizan

A su vez, desde la Universidad de Murcia, el Vicerrectorado de Investigación, ha adoptado el “Código de Buenas Prácticas Científicas”, elaborado por el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), el Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra y el Centro de Regulación Genómica (CRG), en su segunda edición en junio de 2002.

Las dos finalidades principales del Código de buenas prácticas científicas son “la mejora de la calidad de la ciencia y la prevención de problemas de la integridad de la investigación”.

Este código recoge una serie de apartados que contempla los siguientes aspectos:

- Supervisión del personal investigador en la formación.
- Preparación de protocolos de investigación.
- Documentación, almacenamiento, custodia y compartimiento de los datos, registros y material biológico o químico resultante de las investigaciones.
- Proyectos de investigación patrocinados por la industria sanitaria u otras entidades con la finalidad de lucro.
- Autoría de trabajos científicos.
- Práctica del peer review.

Bajo esta denominación (peer review), se entiende todo encargo de examen y crítica en condición de experto. Las revisiones deben ser objetivas, basadas en criterios científicos y no en criterios de opinión o ideas personales. Los informes y escritos a revisión son siempre información confidencial y privilegiada” (Universidad Pompeu Fabra Código de buenas prácticas, 2002).

Así pues, la presente investigación se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder realizar este estudio. La presente investigación se ha realizado bajo el cumplimiento del Real Decreto 1720/2008 de la Ley de Protección de datos de carácter Personal para cumplir con los requisitos legales del estudio (BOE 17/2008).

Por último, se pidieron los permisos pertinentes para la visualización de las agendas de todas las Enfermeras del Área, al Sr Director Gerente del Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia (anexo 4).

2.11. Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del estudio se enumeran a continuación:

- Las reticencias al cambio por algunos profesionales sanitarios, expresada por los médicos como un aumento de la dificultad para derivar a los pacientes a su Enfermera de referencia.
- La escasez de estudios similares ha dificultado poder realizar una comparación de resultados. Solamente se encontró un estudio perteneciente a un Centro de Salud del mismo Área VI, que surgió a la luz de los cambios que se estaban realizando.
- En el trascurso de la investigación, no hemos podido objetivar la satisfacción de las Enfermeras de los distintos equipos con el cambio implementado, aunque no era objeto del estudio.
- Otro elemento que ha supuesto un límite para el seguimiento detallado de esta investigación, ha sido la gran dispersión geográfica de los centros de salud que componen el Área de Salud VI, siendo la de mayor tamaño del Servicio Murciano de Salud.

Capítulo 3. Resultados

Los principales resultados del estudio se muestran por centros de salud del Área de Salud VI del Servicio Murciano de Salud. Comenzando por el centro de salud de Abanilla, Alguazas, Archena, Ceutí, Fortuna, Lorquí, Molina-Norte/Antonio García, Molina-Sur/Jesús Marín, Mu-Cabezo de Torres, Mu-El Ranero, Mu-Santa M^a de Gracia, Mu-Vistalegre/La Flota, Mu-Zarandona y finalizando con Torres de Cotillas. Se excluye Mu-Centro/ San Juan, por ser el centro donde se pilota el proyecto.

Los resultados siguen un orden por variables estudiadas que comprenden en primer lugar a la presión asistencial (pa) tanto en el centro de salud como en domicilio (md) y la atención Enfermera en consultas de tareas comunes e individuales de enfermería en el año 2012 (previo a la implantación del cambio) y en relación al 2014 (después de la implantación). Y en segundo lugar, el resto de variables estudiadas.

3.1. Resultados Centro de Salud de Abanilla

En la tabla 28, observamos la presión asistencial (pa) en 2012, de la suma de las consultas 06 y 07 es de 56,38 de media al día en tareas comunes y pasa a 22,03 en 2014, ya que se mantiene las extracciones de sangre en sala 07. La suma de la (pa) en Consulta Enfermera en 2012 fue de 68,16 y en 2014 de 108,21 usuarios de media diaria en Consulta Enfermera por población.

Tabla 28. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Abanilla en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	27,28	1,82	0,00	0,00
Com.0.7	29,10	3,20	22,03	3,10
Enf.1	9,00	3,36	16,56	3,35
Enf.2	8,00	1,60	17,06	3,77
Enf.3	12,08	3,26	20,92	4,42
Enf.4	7,76	2,21	13,10	1,99
Enf.5	21,22	0,94	26,12	1,20
Enf.6	10,10	0,66	14,45	0,88

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 23,89$; $p < 0,0001$) (tabla 29).

Tabla 29. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

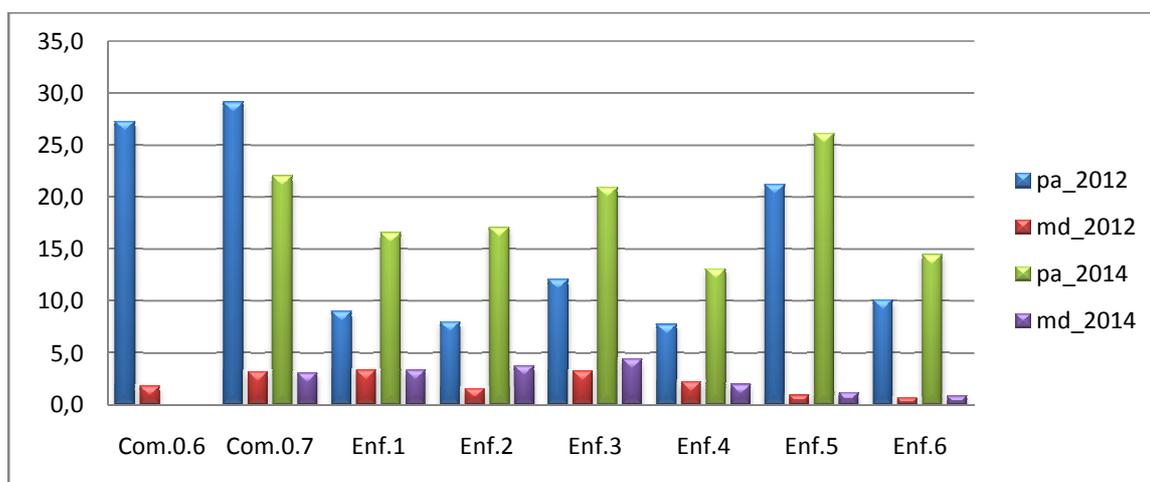
Consultas	Año_2012	Año_2014	Total
Comunes	56,38	22,03	78,41
Enfermeras	68,16	108,21	176,37
Total	124,54	130,24	254,78
$X_2=23,89;p=0,0001$			

Los datos que se presentan en la gráfica 25, muestran las consultas 06 y 07 en el año 2012 y cómo en 2014, desaparece la .06, repercutiendo los valores en cada una de las Enfermeras en ese mismo año 2014. Los domicilios no tienen apenas repercusión, ya que la mayoría se hacían por cupo de población. Se

mantiene igual la .07 que representa las extracciones en el centro de salud.(Gráfica 25).

Gráfica 25. Presión asistencial y media de domicilios Abanilla 2012-2014

Fuente: Elaboración propia.



Siguiendo con el análisis de las variables, podemos ver representados los indicadores de Abanilla en la siguiente tabla. Destacamos que se ha duplicado los registros de la actividad Enfermera en 2014, con respecto a 2012 (indicador 1), sin embargo la actividad por tareas comunes ha disminuido más de la mitad (indicador 2), manteniéndose igual las consultas a domicilio (indicador 3). Las agendas comunes quedan reducidas a la de extracciones (indicador 4). El incremento en horas fue de 13,5, y la accesibilidad aumenta al 100% (tabla 30).

Tabla 30. Evaluación de los indicadores Abanilla antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	68,16	108,71
Indicador 2.-Tareas Comunes	56,38	22,03
Indicador 3.- Consultas domicilio	15,05	15,71
Indicador 4.- Nº agendas comunes	3	1
Indicador 5.- Tiempo	--	13,5
Indicador 6.- Accesibilidad	25%	100%

3.2. Resultados Centro de Salud de Alguazas

En primer lugar, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la tabla 31, observamos los domicilios de 2012 con valor 0, porque ya se hacían por población, no en tareas comunes. La presión asistencial en 2012, de la consulta 06 y 07 es de 78,92 de media al día en tareas comunes y pasa a 26 en 2014 porque se mantiene como en el caso anterior las extracciones de sangre en sala 07 como tarea común. La (pa) de las Enfermeras en 2012 es de 107,72 y pasa en 2014 a 125,01 usuarios de media diaria en atención Enfermera por población (tabla 31).

Tabla 31. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Alguazas en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	50,74	4,20	0,00	0,00
Com.0.7	28,08	2,32	26,00	0,34
Enf.1	5,66	1,80	23,54	1,56
Enf.2	5,38	1,68	19,29	2,77
Enf.3	5,48	2,69	19,38	2,29
Enf.4	7,29	0,11	14,68	0,22
Enf.5	5,09	1,91	22,12	1,02

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 64,18$; $p < 0,0001$) (Tabla 32).

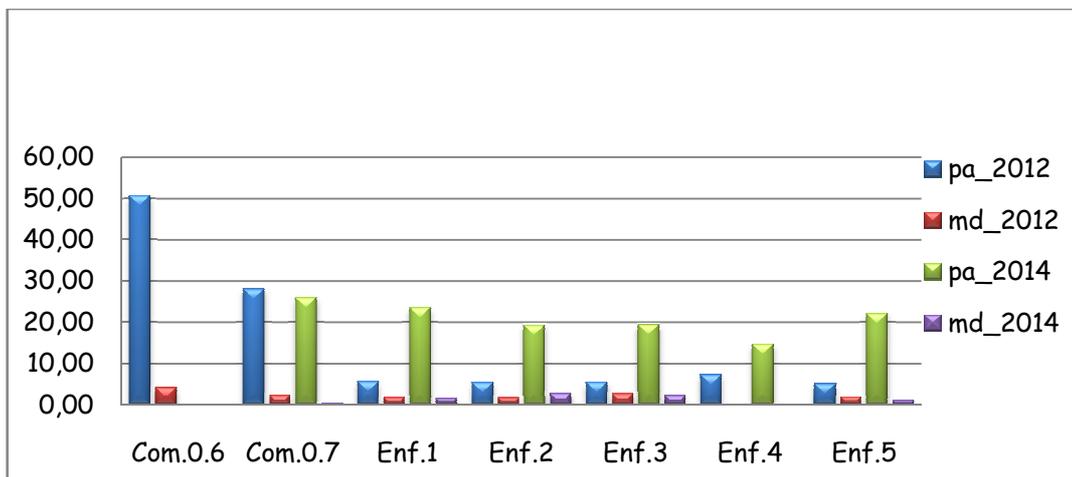
Tabla 32. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras de Alguazas en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	total
Comunes	78,82	26,00	104,82
Enfermeras	28,08	99,10	128,00
Total	107,72	125,10	232,82
$\chi^2 = 64,18$; $p = 0,0001$			

Estos datos se representan de forma gráfica, donde se puede apreciar en el año 2012 que en la consulta 06 no existe domicilios comunes, sin embargo se observa el aumento de la actividad en la Consulta Enfermera en 2014 a costa de la desaparición de la 06 que es actividad común. Sin embargo, la consulta 07 se mantiene sin cambio, debido a las extracciones de sangre (gráfica 26).

Gráfica 26. Presión asistencial y media de domicilios Alguazas 2012-2014

Fuente: Elaboración propia.



Continuando con el análisis de las variables del estudio, se muestra la evaluación de los indicadores en el centro de salud de Alguazas. Lo más destacable es que la atención Enfermera por población (indicador 1), se ha triplicado en el año 2014, en comparación con 2012. En cuanto a las tareas comunes (indicador 2) han disminuido considerablemente y el indicador de consultas a domicilio, se mantuvo prácticamente igual. Las agendas comunes (indicador 4) se han reducido a una, la de extracciones en el centro de salud. El incremento de horas de consulta de Enfermera por semana, fue de 13,5. y la accesibilidad en un 100% (tabla 33).

Tabla 33. Evaluación de los indicadores Alguazas antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	28,9	99,01
Indicador 2.-Tareas Comunes	78,82	26
Indicador 3.- Consultas domicilio	8,51	8,20
Indicador 4.- Nº agendas comunes	2	1
Indicador 5.- Tiempo	--	13,5
Indicador 6.- Accesibilidad	33,33%	100%

3.3. Resultados Centro de Salud de Archena

Siguiendo en la misma línea, en primer lugar, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la siguiente tabla, se muestra la desaparición en 2014 de la consulta 06, de tareas comunes, tanto en el centro de salud como en el domicilio, y se mantiene la 07 de extracciones en el centro, desapareciendo en el domicilio en relación con 2012 (tabla 34).

Tabla 34. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Abanilla en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.06	42,50	1,40	0,00	0,00
Com.07	85,00	1,20	76,00	0,00
Enf.1	13,70	1,90	26,96	3,29
Enf.2	34,40	6,40	43,40	7,83
Enf.3	19,10	2,10	28,71	1,75
Enf.4	26,00	1,90	39,66	1,92
Enf.5	26,70	4,90	38,13	5,14
Enf.6	11,00	1,60	21,87	0,88
Enf.7	9,00	2,00	20,49	1,39
Enf.8	7,00	1,60	18,30	1,39
Enf.9	14,80	2,40	25,07	2,29
Enf.10	15,20	0,30	26,34	0,13
Enf.11	9,90	1,90	22,92	2,44
Enf.12	12,20	2,20	21,57	1,92
Enf.13	2,20	7,20	20,28	2,67

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2=67$; $p<0,0000$) (tabla 35).

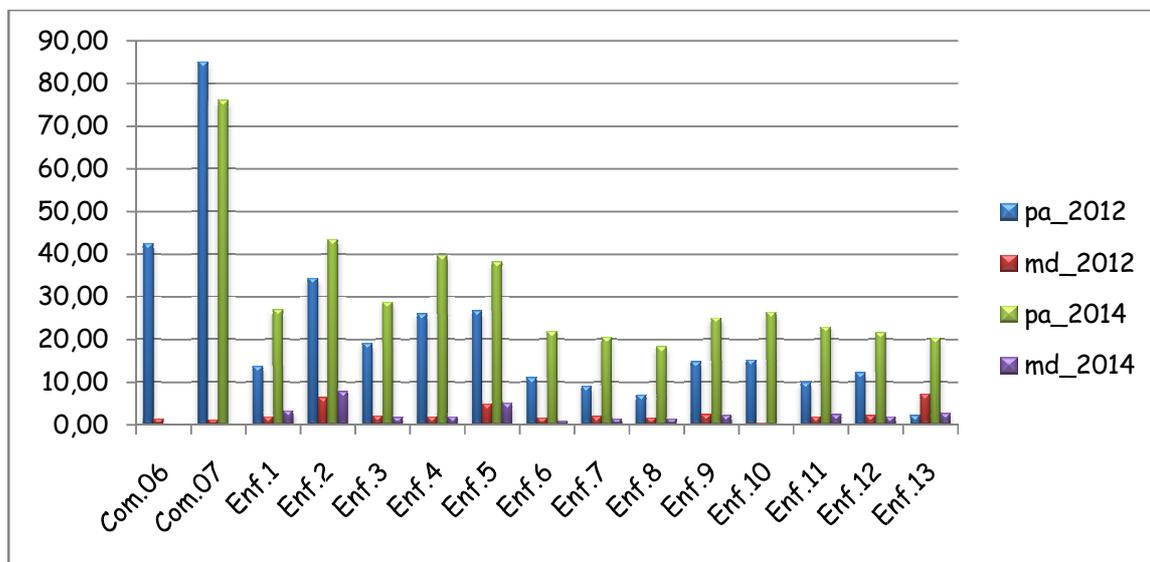
Tabla 35. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	total
Comunes	127,50	76,00	203,50
Enfermeras	201,20	353,71	554,91
Total	328,70	429,71	758,41
$X^2=67$; $p=0,0000$			

Los datos que se presentan en la gráfica 27 , observamos las consultas 06 y 07 en el año 2012 y cómo en 2014, desaparece la .06, repercutiendo los valores en cada una de las Enfermeras en ese mismo año 2014. Los domicilios no tienen apenas repercusión, ya que la mayoría se hacían por cupo de población. Se mantiene igual la .07 aunque con una ligera disminución debida a la realización de la determinación de la coagulación (sintrom®) que se fue incorporando a las consultas de las Enfermeras de referencia (gráfica 27).

Gráfica 27. Presión asistencial y media de domicilios Archena 2012-2014

Fuente: Elaboración propia.



En cuanto al análisis de los indicadores, observamos que la atención Enfermera por población (indicador 1), ha aumentado en 2014, en comparación con 2012, como en los equipos anteriores En cuanto a las tareas comunes (indicador 2) disminuye mínimamente, el indicador de consultas a domicilio, se mantiene prácticamente igual. Las agendas comunes (indicador 4), disminuyen a 2. El incremento de horas de consulta de Enfermera por semana, es de 31,5 y la accesibilidad aumenta hasta un 100% (tabla 36).

Tabla 36. Evaluación de los indicadores Archena antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	201,20	343,71
Indicador 2.-Tareas Comunes	127,50	90,50
Indicador 3.- Consultas domicilio	30,41	34,42
Indicador 4.- Nº agendas comunes	6	2
Indicador 5.- Tiempo	--	31,50
Indicador 6.- Accesibilidad	31,63%	100%

3.4. Resultados Centro de Salud de Ceutí

En la tabla 37, observamos los domicilios de 2012 con valor 0, porque ya se hacían por población, no en tareas comunes. La presión asistencial en 2012, de la consulta 06 y 07 es de 47,38 de media al día en tareas comunes y pasa a 38,18 en 2014 porque se mantiene como en el caso anterior las extracciones de sangre en sala 07 como tarea común. La (pa) de las Enfermeras en 2012 es de 76,70y pasa en 2014 a 109,93 usuarios de media diaria en atención Enfermera por población (tabla 37).

Tabla 37. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Ceutí en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14.Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	10,26	0,00	0,00	0,00
Com.0.7	37,12	3,20	38,18	0,00
Enf.1	13,90	1,58	16,86	2,15
Enf.2	11,14	3,02	18,97	2,36
Enf.3	6,32	1,64	15,57	2,02
Enf.4	10,46	1,47	13,08	1,09
Enf.5	12,18	0,86	16,41	2,05
Enf.6	10,30	0,00	13,04	0,02
Enf.7	12,40	1,40	16,00	1,80

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

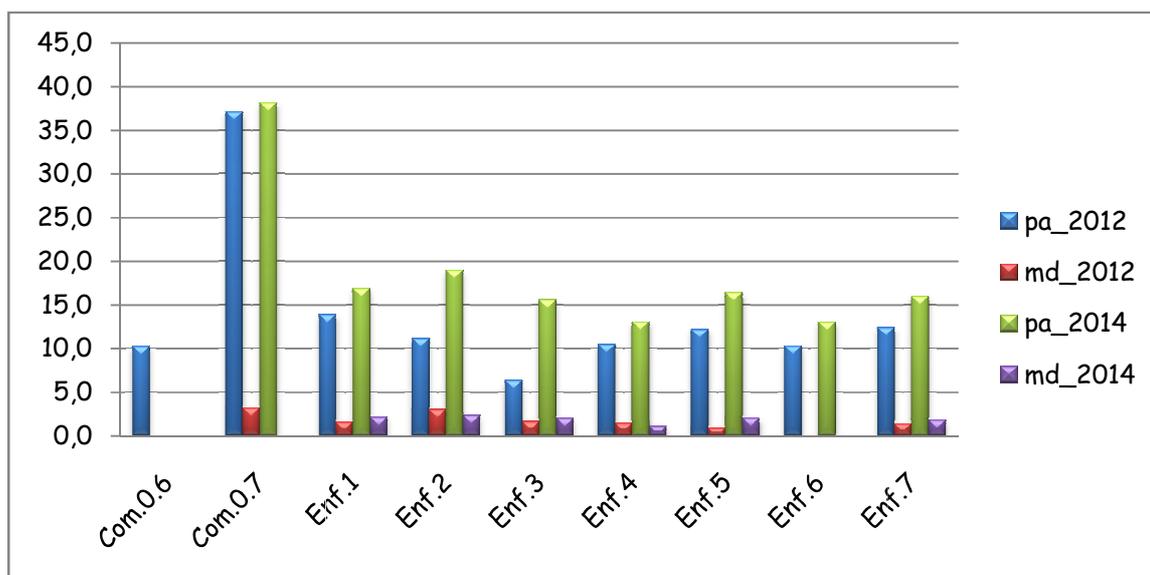
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2=4,78$; $p=0,0288$) (tabla 38).

Tabla 38. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	Total
Comunes	47,38	38,18	85,56
Enfermeras	76,70	109,93	186,60
Total	124,08	148,11	272,16
$X^2=4,78$; $p=0,0288$			

Estos datos se presentan de forma gráfica, y se puede apreciar que en el año 2012 ya no existe la consulta 06, repercutiendo la actividad en la Consulta Enfermera en 2014. Sin embargo, la consulta 07 se mantiene sin cambio, debido a las extracciones de sangre (gráfica 28).

Gráfica 28. Presión asistencial y media de domicilios Ceutí 2012-2014 Fuente: Elaboración propia.



Lo más destacable de la evaluación de resultados es que la actividad en Consulta Enfermera ha aumentado en un tercio (indicador 1) y el (indicador 2) disminuye casi a la mitad. y los domicilios siguen igual Las agendas comunes (indicador 4) se quedan en 2. El incremento de horas de consulta de Enfermera, es de 18 y por último el (indicador 6) sigue en el 100% (tabla 39).

Tabla 39. Evaluación de los indicadores Ceutí antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	60,87	94,77
Indicador 2.-Tareas Comunes	74,34	47,58
Indicador 3.- Consultas domicilio	11,60	10,92
Indicador 4.- Nº agendas	3	2
Indicador 5.- Tiempo	--	18
Indicador 6.- Accesibilidad	33,33%	100%

3.5. Resultados Centro de Salud de Fortuna

Siguiendo con la misma tónica en primer lugar, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

La presión asistencial (pa) en consultas comunes 06 y 07 han pasado de 69,42 a 37,94 y la (pa) en Consulta Enfermera de 46,70 a 132,46, en los años 2012 y 2014 respectivamente. La consulta a domicilio en 2012 de la 06, pasa a Consulta Enfermera de referencia en 2014, como se observa se ha incrementado notablemente la actividad en la Consulta Enfermera (tabla 40).

Tabla 40. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Fortuna en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	38,56	3,20	6,72	0,00
Com.0.7	30,86	0,58	31,22	0,18
Enf.1	11,45	0,19	26,26	0,35
Enf.2	10,30	2,06	18,40	1,94
Enf.3	7,12	2,38	21,79	2,32
Enf.4	10,18	4,42	25,52	3,86
Enf.5	7,65	1,97	19,77	2,27

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 41,62$; $p < 0,0000$) (tabla 41).

Tabla 41. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	Total
Comunes	69,42	37,94	107,36
Enfermeras	46,70	132,46	179,16
Total	116,12	170,40	286,52
$X^2 = 41,62$; $p = 0,0000$			

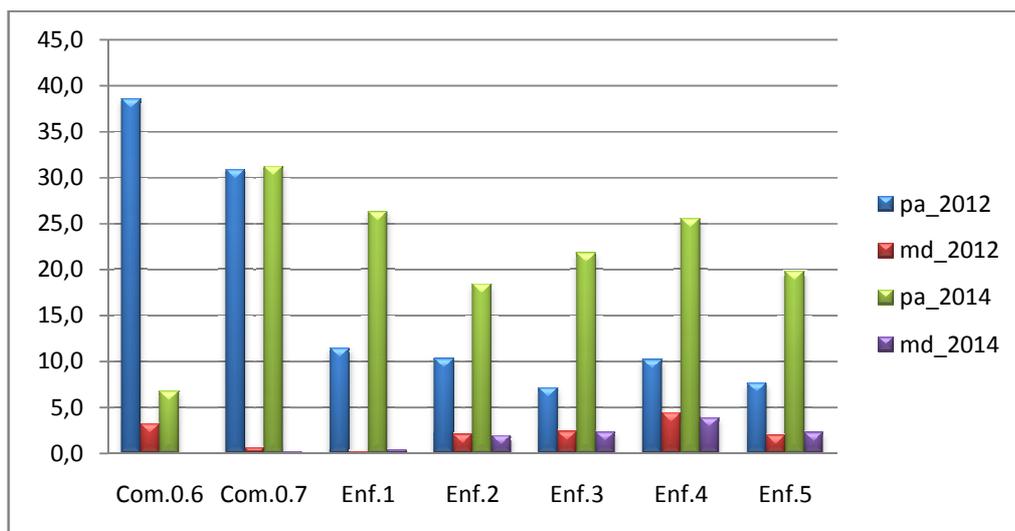
En la gráfica 28 se puede observar como la consulta .06 no ha desaparecido pero si ha disminuido su actividad, a la vez que ha aumentado la actividad en las Consultas Enfermeras.

En esta gráfica, observamos las consultas 06 y 07 en el año 2012 y cómo en 2014, se minimiza la .06 no desapareciendo la 07 en domicilio, repercutiendo los valores en cada una de las Enfermeras en ese mismo año. Los domicilios no tienen

apenas repercusión, ya que la mayoría se hacían por cupo de población (gráfica 29).

Gráfica 29. Presión asistencial y media de domicilios Fortuna 2012-14

Fuente: Elaboración propia.



Lo más destacable de la evaluación de resultados ha sido que se ha triplicado el (indicador 1) y ha disminuido a casi la mitad el nº de personas atendidas en tareas comunes, el indicador de domicilio sigue igual. Las agendas comunes (indicador 4) pasan de 28 se quedan en 2 la de extracciones en el centro y urgencias. El incremento de horas de consulta de Enfermera por semana, es de 18 y el (indicador 6) sigue igual con el 100% (tabla 42).

Tabla 42. Evaluación de los indicadores Fortuna antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	42,33	114,11
Indicador 2.-Tareas Comunes	69,42	37,94
Indicador 3.- Consultas domicilio	11,02	10,74
Indicador 4.- Nº agendas comunes	28	2
Indicador 5.- Tiempo	--	18
Indicador 6.- Accesibilidad	85%	100%

3.6. Resultados Centro de Salud de Lorquí

En primer lugar, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la siguiente tabla, observamos la desaparición de la 06, en 2014, pero siguen manteniendo la 07 las extracciones a domicilio como tarea común, el resto de actividad de Consulta Enfermera, aumenta considerablemente (tabla 43).

Tabla 43. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Lorquí en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	36,60	2,10	0,00	0,00
Com.0.7	23,44	1,60	24,54	0,80
Enf.1	10,78	0,85	18,40	0,80
Enf.2	11,72	2,66	19,40	2,27
Enf.3	13,34	2,04	21,26	2,54
Enf.4	15,22	2,47	20,73	1,70

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

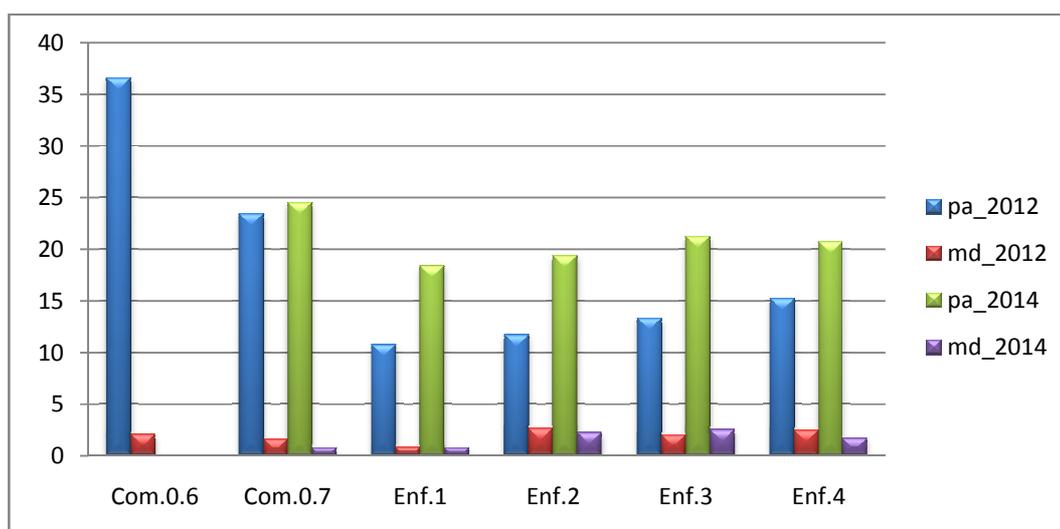
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 64,18$; $p=0,0001$) (tabla 44).

Tabla 44. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	Total
Comunes	60,04	24,54	84,58
Enfermeras	51,06	79,79	130,90
Total	111,10	104,33	215,48
$X^2=64,18$; $p=0,0001$			

Como se observa en la gráfica, la consulta 06, con gran actividad en 2012, repercute en 2014 en la (pa) de las distintas consultas Enfermeras. La 07, se mantiene sin cambios y los domicilios registran la misma actividad (gráfica 30).

Gráfica 30.- Presión asistencial y media de domicilios Lorquí 2012-14
Fuente: Elaboración propia.



Tal y como se puede apreciar en el centro de Lorquí, los indicadores 1,y 3 no varían, sin embargo el indicador 2, con gran actividad en 2012, disminuye a la mitad en 2014. El tiempo ganado en Consulta Enfermera es de 13,50 horas y la accesibilidad como el resto de los centros comentados (tabla 45).

Tabla 45.- Evaluación de los indicadores Lorquí antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	51,02	55,09
Indicador 2.-Tareas Comunes	60,04	24,54
Indicador 3.- Consultas domicilio	7,92	5,59
Indicador 4.- Nº agendas comunes	2	1
Indicador 5.- Tiempo	--	13,50
Indicador 6.- Accesibilidad	33,33%	100%

3.7. Resultados Centro de Salud Molina-Norte/Antonio García

A continuación, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la siguiente tabla, observamos las consultas comunes disminuyen considerablemente de 136,83 a 53,59 de 2012 a 2014 sin embargo la (pa) de las consultas Enfermeras en 2012 es de 161,83y aumenta hasta a 287,55 usuarios en 2014. Se mantiene la consulta 07, incluso en los domicilios. La enf.14, se incorpora al centro de salud en 2014, por eso no tiene registros en 2012 (tabla 46).

Tabla 46. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Molina-Norte/Antonio García en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.06	44,67	1,30	0,00	0,00
Com.07	92,16	2,65	53,59	0,90
Enf.1	18,05	0,40	21,28	1,06
Enf.2	12,43	0,20	18,06	0,16
Enf.3	22,36	3,22	29,99	3,72
Enf.4	7,39	1,74	21,48	1,17
Enf.5	12,20	2,41	23,67	1,69
Enf.6	9,83	0,14	13,04	0,11
Enf.7	10,45	1,93	20,79	1,92
Enf.8	14,25	0,52	19,06	0,53
Enf.9	13,06	2,76	23,20	1,89
Enf.10	9,02	1,87	20,31	2,21
Enf.11	9,27	2,58	20,82	1,66
Enf.12	13,10	0,40	20,23	0,08
Enf.13	10,44	1,93	21,08	1,47
Enf.14	0,00	0,00	14,54	0,26

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

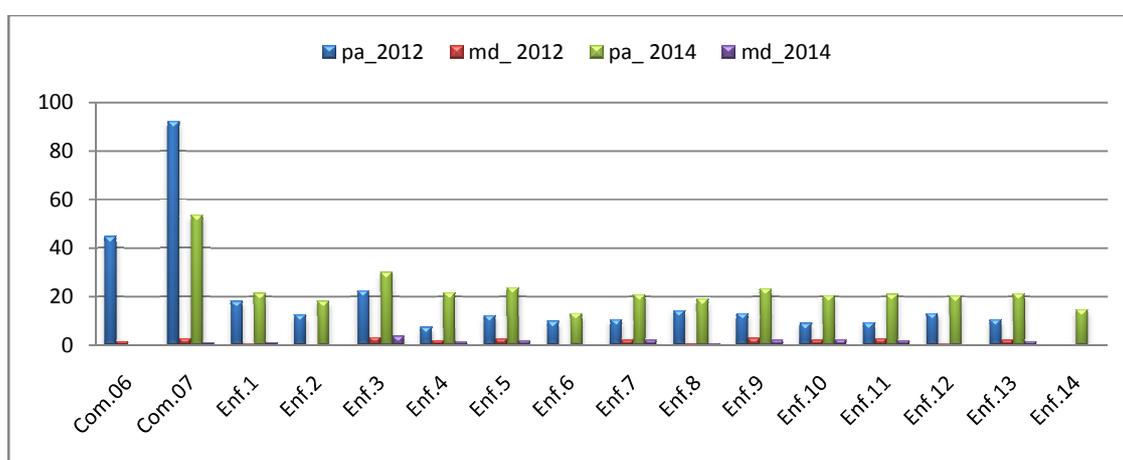
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 69,04$; $p=0,0000$) (tabla 47).

Tabla 47. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	total
Comunes	136,83	53,59	190,42
Enfermeras	161,83	287,55	449,38
Total	298,66	341,14	639,8
$X^2=69,04$; $p=0,0000$			

En la gráfica siguiente podemos observar, como desaparece la consulta 06 en 2014 y como se mantiene la 07 pero con una disminución considerable de actividad, que vuelve a redistribuirse en las Enfermeras del centro (gráfica 31).

Gráfica 31. Presión asistencial y media de domicilios Molina-Norte/Antonio García 2012-2014 Fuente: Elaboración propia.



Lo más destacable de la evaluación de resultados es que se ha duplicado el indicador 1 y ha disminuido a la mitad el nº de personas atendidas en tareas comunes (indicador 2), los domicilios se mantienen y las agendas comunes (indicador 4) se quedan en 2 la de extracciones en el centro y urgencias. El incremento de horas de consulta de Enfermera por semana, son de 43 y la accesibilidad es de un 100%(tabla 48).

Tabla 48. Evaluación de los indicadores Molina-Norte/Antonio García antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	161,84	287,55
Indicador 2.-Tareas Comunes	136,83	53,59
Indicador 3.- Consultas domicilio	21,48	22,16
Indicador 4.- Nº agendas comunes	5	2
Indicador 5.- Tiempo	--	43,00
Indicador 6.- Accesibilidad	26,31%	100%

3.8. Resultados Centro de Salud de Molina-Sur/ Jesús Marín

Siguiendo en la misma línea, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la tabla 49, observamos la desaparición de la 06, manteniendo la 07 incluso en los domicilios en 2014. La presión asistencial en 2012, de la consulta 06 y 07 es de 180,50 de media al día en tareas comunes y pasa a 78,60 en 2014 porque se mantiene como en el caso anterior las extracciones de sangre en sala 07 como tarea común. La (pa) de las Enfermeras en 2012 es de 214,83 y pasa en 2014 a 306,67 usuarios de media diaria en Consulta Enfermera (tabla 49).

Tabla 49. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Molina-Sur/Jesús Marín en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	67,70	1,20	0,00	0,00
Com.0.7	112,80	8,30	78,70	0,64
Enf.1	13,90	3,30	19,07	1,96
Enf.2	17,42	0,64	21,07	0,45
Enf.3	7,30	1,60	11,22	1,45
Enf.4	10,83	1,30	14,08	1,71
Enf.5	9,42	2,40	16,13	1,66
Enf.6	7,74	1,31	14,42	1,61
Enf.7	11,26	0,80	15,90	1,12
Enf.8	8,21	1,89	16,91	2,40
Enf.9	7,15	2,22	14,86	2,49
Enf.10	10,90	1,70	21,88	1,92
Enf.11	11,27	0,33	18,44	0,46
Enf.12	9,61	0,71	14,29	1,50
Enf.13	20,72	1,17	23,14	2,39
Enf.14	31,20	2,50	28,62	2,29
Enf.15	12,45	1,03	21,35	3,01
16,0	10,15	1,43	15,62	2,46
17,0	15,30	1,20	19,67	1,59

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

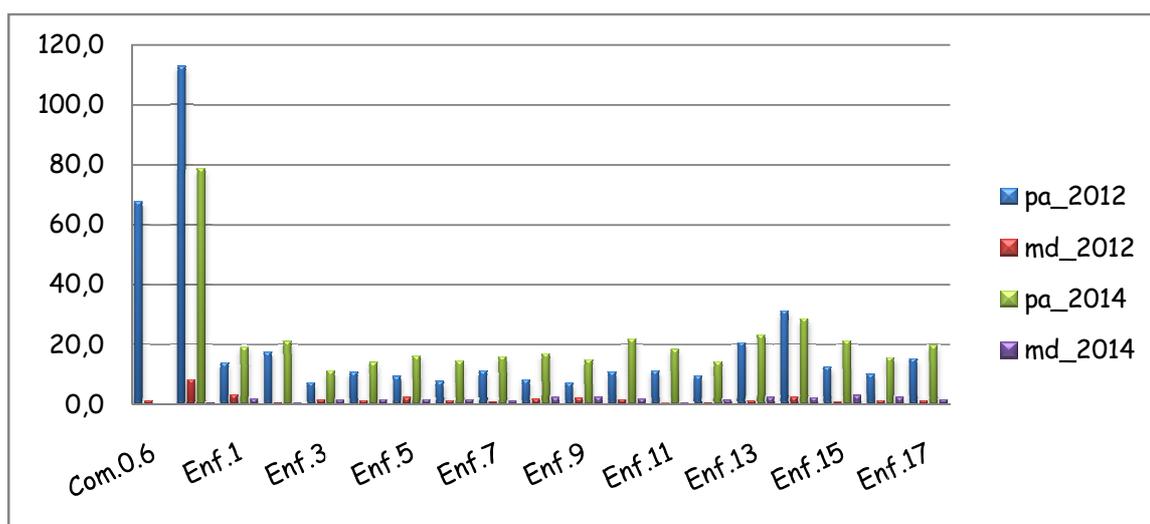
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 56,13$; $p=0,0000$) (tabla 50).

Tabla 50. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	total
Comunes	180,50	78,60	259,10
Enfermeras	214,83	306,67	521,50
total	395,33	385,27	780,60
$X^2=56,13; p=0,0000$			

En la gráfica, se observa las consultas .06 y .07 en 2012 y cómo en 2014, se minimiza la .06 que representa las tareas comunes, y de forma individual repercutiendo los valores en cada una de las Enfermeras en ese mismo año. Los domicilios no tienen apenas repercusión, ya que la mayoría se hacían por cupo de población. Se mantiene con una disminución la .07 que representa las extracciones en el centro de salud y las determinaciones de coagulación (sintrom®), incluido en tareas comunes en la 07, que pasan a las consultas Enfermeras de referencia (gráfica 32).

Gráfica 32. Presión asistencial y media de domicilios Molina-Sur 2012-2014 Fuente: Elaboración propia.



Siguiendo con el análisis de las variables, podemos ver representados los indicadores de Molina-Sur/Jesús Marín en la siguiente tabla. Destacamos el incremento de los registros de actividad Enfermera en 2014, con respecto a 2012 (indicador 1), sin embargo la actividad por tareas comunes ha disminuido a la mitad (indicador 2), manteniéndose igual las consultas a domicilio (indicador 3). Las agendas comunes quedan reducidas a dos (indicador 4). El incremento en horas fue de 45, y la accesibilidad pasa al 100% (tabla 51).

Tabla 51. Evaluación de los indicadores Molina-Sur/Jesús Marín antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	215,33	306,67
Indicador 2.-Tareas Comunes	139,50	78,70
Indicador 3.- Consultas domicilio	28,17	32,45
Indicador 4.- Nº agendas comunes	3	2
Indicador 5.- Tiempo	--	45
Indicador 6.- Accesibilidad	15%	100%

3.9. Resultados Centro de Salud de Mu-Cabezo de Torres

A continuación, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la tabla 52, observamos como en 2014, desaparece solamente la 06 en domicilio, manteniéndola mínimamente en el centro de salud. La presión asistencial en 2012, de la consulta 06 y 07 fue de 77,10 de media al día en tareas comunes y pasa a 27,01 en 2014 La (pa) de las Enfermeras en 2012 es de 140,04 y pasa en 2014 a 203,80 usuarios de media diaria en Consulta Enfermera por población (tabla 52).

Tabla 52. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-Cabezo de Torres en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	7,40	0,90	1,02	0,00
Com.0.7	69,70	4,30	25,95	1,59
Enf.1	16,90	0,60	23,21	2,21
Enf.2	14,04	2,11	20,14	2,85
Enf.3	13,10	2,70	19,35	2,36
Enf.4	15,70	1,23	18,85	0,47
Enf.5	13,12	2,83	19,57	2,53
Enf.6	14,13	1,78	23,01	2,56
Enf.7	14,63	1,69	22,71	2,57
Enf.8	14,55	3,14	20,04	2,61
Enf.9	16,27	1,13	20,80	1,94
Enf.10	7,60	3,40	16,14	1,70

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2=35,55$; $p=0,0000$)(tabla 53).

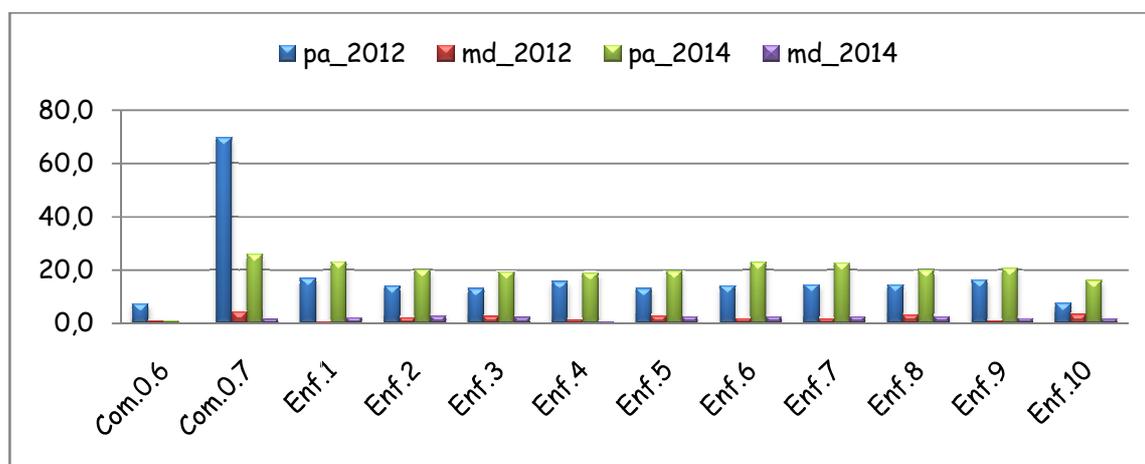
Tabla 53. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Cosultas	2012	2014	total
Comunes	77,10	27,01	104,11
Enfermeras	140,04	203,80	343,80
total	217,10	230,81	447,91
$X^2=35,55;p=0,0000$			

En esta gráfica, se observa las consultas 06 y 07 en el año 2012 y cómo en 2014, se minimiza la .06 que representa las tareas comunes, y repercutiendo los valores en cada una de las Enfermeras en ese mismo año. Los domicilios no tienen apenas repercusión, ya que la mayoría se hacían por cupo de población. Se

mantiene igual la .07 que representa las extracciones en el centro de salud(gráfica 33).

Gráfica 33. Presión asistencial y media de domicilios Cabezo de Torres 2012-2014. Fuente: Elaboración propia.



Lo más destacable de la evaluación de resultados es que la atención Enfermera por población (indicador 1), ha aumentado en 2014, en comparación con 2012. En cuanto a las tareas comunes (indicador 2), disminuye a la mitad aproximadamente; el indicador 3, de consultas a domicilio, se mantiene prácticamente igual Las agendas comunes (indicador 4) disminuyen a 2 y el incremento de horas es de 31,5. y la accesibilidad aumenta hasta un 100% (tabla 54).

Tabla 54. Evaluación de los indicadores Mu-Cabezo de Torres antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	140,04	203,82
Indicador 2.-Tareas Comunes	77,1	26,97
Indicador 3.- Consultas domicilio	25,81	23,39
Indicador 4.- Nº agendas comunes	4	2
Indicador 5.- Tiempo	--	31,5
Indicador 6.- Accesibilidad	28,6%	100%

3.10. Resultados Centro de Salud de Mu- El Ranero

Siguiendo con la misma descripción, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la tabla 55, observamos los domicilios de 2012 con valor 0, porque ya se hacían por población. La presión asistencial en 2012, de la consulta 06 y 07 es de 47,18 de media al día en tareas comunes y pasa a 47,18 en 2014 porque se mantiene como en el caso anterior las extracciones de sangre en sala 07 como tarea común. La (pa) de las Enfermeras en 2012 es de 64,30y pasa en 2014 a 93,93 usuarios de media diaria en atención Enfermera por población (tabla 55).

Tabla 55. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-El Ranero en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	10,26	0	0	0
Com.0.7	37,12	0	38,18	0
Enf.1	13,90	1,58	16,86	2,15
Enf.2	11,14	3,02	18,97	2,36
Enf.3	6,32	1,64	15,57	2,02
Enf.4	10,46	1,47	13,08	2,10
Enf.5	12,18	0,86	16,41	2,05
Enf.6	10,30	0,10	13,04	0,02

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

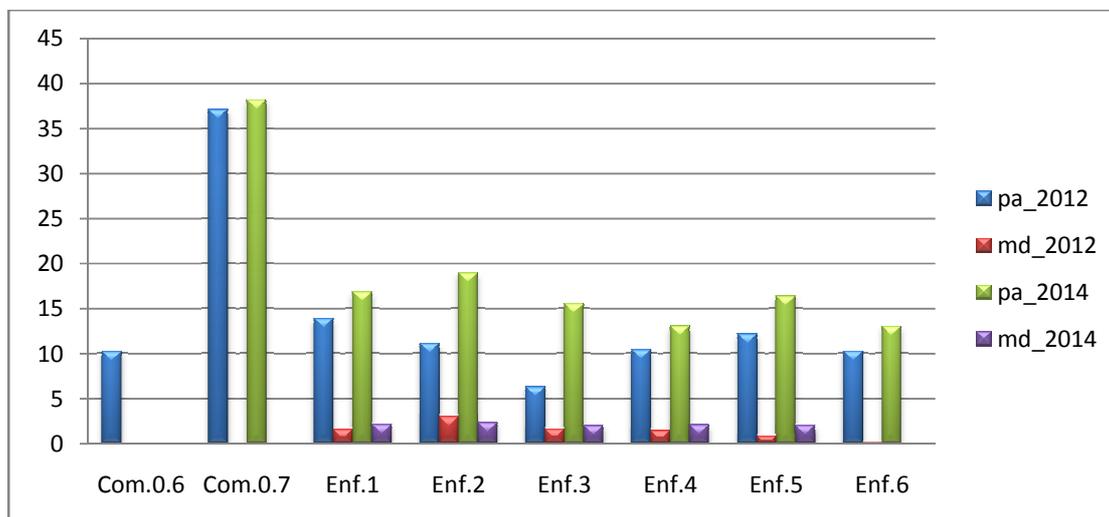
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2=4,78$; $p=0,0287$)(tabla 56).

Tabla 56. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	total
Comunes	47,18	47,18	85,36
Enfermeras	64,30	93,93	158,23
total	111,48	132,11	243,59
$X^2 = 4,78; p=0,0287$			

En esta gráfica, observamos las consultas 06 y 07 en el año 2012 y cómo en 2014, desaparece la .06 repercutiendo los valores en las Enfermeras en ese mismo año. Se mantiene igual la .07 y los domicilios no tienen apenas cambios, ya que la mayoría se hacían por población (gráfica 34).

Gráfica 34. Presión asistencial y media de domicilios Mu-El Ranero (2012-2014). Fuente: Elaboración propia.



Lo más destacable de los datos mostrados, es que de ha aumentado un tercio el indicador 1 y ha disminuido mínimamente, el indicador 2. Los domicilios mantienen igual y las agendas comunes (indicador 4) se quedan en 1 la de extracciones en el centro. El incremento de horas de Consulta Enfermera por semana, es de 22,5 y el indicador 6, se mantiene igual (tabla 57).

Tabla 57.- Evaluación de los indicadores Mu- El Ranero antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	64,3	93,93
Indicador 2.-Tareas Comunes	47,38	38,18
Indicador 3.- Consultas domicilio	8,57	9,69
Indicador 4.- Nº agendas comunes	2	1
Indicador 5.- Tiempo	--	22,50
Indicador 6.- Accesibilidad	25%	100%

3.11. Resultados Centro de Salud de Mu-Santa M^a de Gracia

En primer lugar, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En 2012, las tareas comunes dan una cifra de 90,20 personas atendidas, pasando a 68,42 en 2014. En cuanto a la Consulta Enfermera pasamos de 47,90 a 171,07, cuadruplicando el valor de 2012 (tabla 58).

Tabla 58. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-Santa M^a de Gracia en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	ma_2014
Com.0.6	40,86	0	6,27	0
Com.0.7	50,60	0,20	41,63	0
Enf.1	7,41	1,66	14,01	1,51
Enf.2	7,12	0,17	11,06	0,16
Enf.3	7,35	1,47	14,25	1,24
Enf.4	7,70	2,20	14,95	1,34
Enf.5	7,32	1,94	15,53	2,01
Enf.6	7,40	2,04	14,60	2,23
Enf.7	8,20	2,23	16,28	1,77
Enf.8	6,55	1,42	14,87	1,74
Enf.9	9,37	1,36	15,08	1,98

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

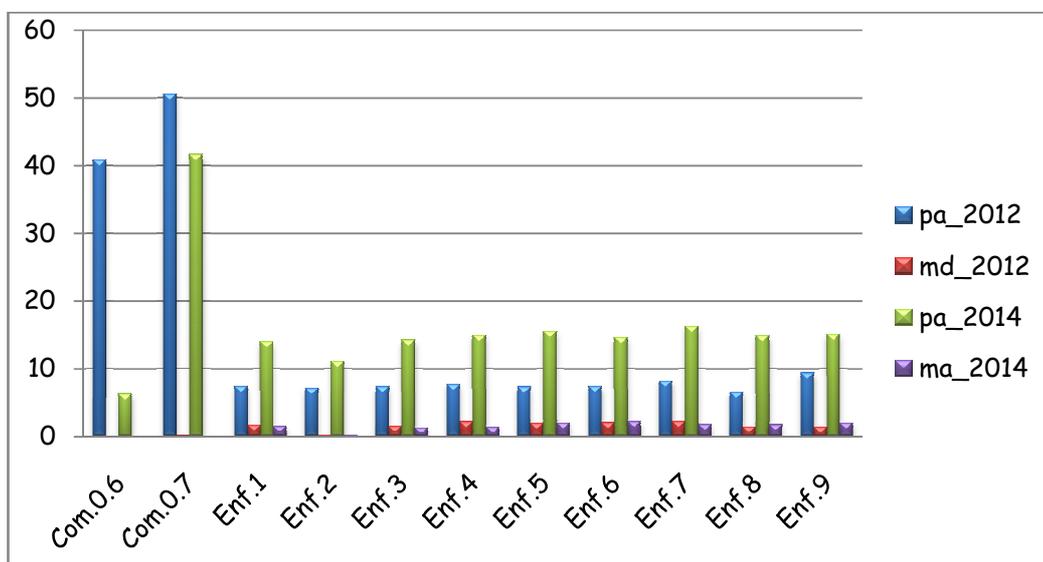
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=31,15$; $p<0,0001$)(tabla 59).

Tabla 59. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en Mu-Santa M^a de Gracia 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	total
Comunes	90,20	68,42	158,62
Enfermeras	47,90	130,20	178,10
total	138,10	198,62	336,72
$\chi^2=31,15; p<0,0001$			

En esta gráfica, observamos las consultas 06 y 07 en el año 2012 y cómo en 2014, se minimiza la .06 que representa las tareas comunes y repercute en los valores en cada una de las Enfermeras en ese mismo año. Los domicilios no tienen apenas repercusión, ya que la mayoría se hacían por cupo de población. Se mantiene igual la .07 que representa las extracciones en el centro de salud (gráfica 35).

Gráfica 35. Presión asistencial y media de domicilios Mu-Santa M^a de Gracia (2012-14). Fuente: Elaboración propia.



Como podemos observar, el indicador 1 se ha duplicado e inversamente el indicador 2 ha disminuido a un tercio, los domicilios se mantienen sin cambios. El

indicador 3, se reduce a 2 agendas comunes y las horas ganadas son 41,50 y la accesibilidad es de un 100% (tabla 60).

Tabla 60. Evaluación de los indicadores Mu-Santa M^a de Gracia antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	67,54	130,63
Indicador 2.-Tareas Comunes	91,46	47,90
Indicador 3.- Consultas domicilio	14,69	13,97
Indicador 4.- N ^o agendas comunes	3	2
Indicador 5.- Tiempo	--	41,50
Indicador 6.- Accesibilidad	25%	100%

A continuación mostramos los resultados de Mu-Vistalegre/La Flota.

3.12. Resultados Centro de Salud de Mu-Vistalegre/La Flota

Siguiendo con la misma dinámica, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la tabla 61, observamos que la Consulta Enfermera aumenta de 135,12 a 188,90 y la actividad en la consulta de tareas comunes disminuye un tercio respectivamente en 2012 y 2014 (indicadores 1 y 2), los domicilios sin embargo desaparecen de las consultas comunes en 2014 (indicador 3). Se mantiene como en casos anteriores las extracciones de sangre en sala 07 como tarea común (tabla 61).

Tabla 61. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-Vistalegre/La Flota en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	28,00	0,50	0,00	0,00
Com.0.7	68,50	3,00	69,31	0,00
Enf.1	9,94	1,92	12,60	2,78
Enf.2	12,07	1,44	13,00	1,95
Enf.3	15,14	0,53	16,47	2,04
Enf.4	9,70	1,62	16,11	3,83
Enf.5	13,54	0,00	15,29	0,20
Enf.6	7,87	0,50	14,14	1,59
Enf.7	11,01	1,07	16,22	1,27
Enf.8	8,83	0,26	14,02	2,80
Enf.9	11,57	3,13	16,97	2,72
Enf.10	10,79	1,54	15,83	2,59
Enf.11	13,39	3,48	18,31	2,88
Enf.12	11,27	2,44	19,98	2,68

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

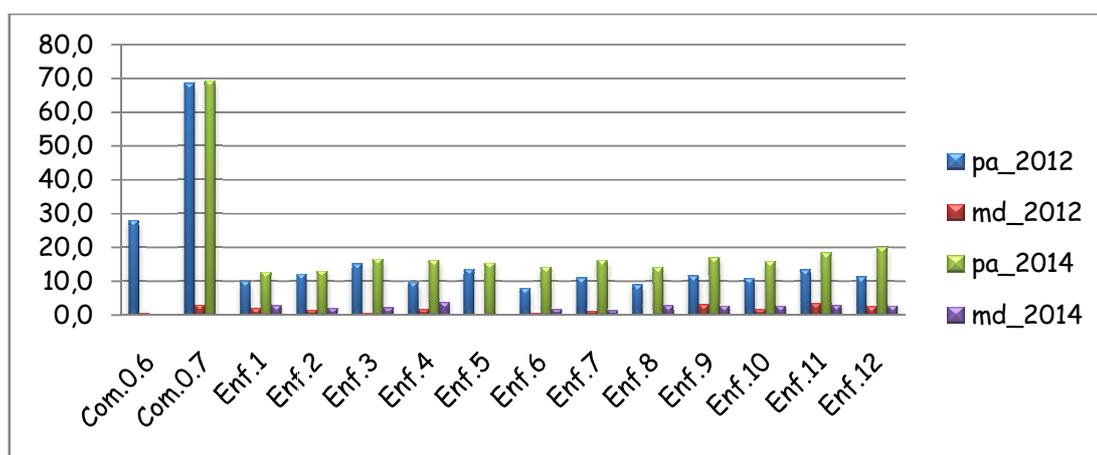
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=11,98$; $p=0,005$)(tabla 62).

Tabla 62. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en Mu-Vistalegre/La Flota, 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	total
Comunes	96,50	69,31	165,80
Enfermeras	135,12	188,90	324,10
total	231,62	258,30	489,90
$\chi^2=11,98$; $p=0,005$			

De forma gráfica, observamos las consultas 06 y 07 en el año 2012 y cómo en 2014, prácticamente desaparece la .06 que representa las tareas comunes, repercutiendo los valores en cada una de las Enfermeras en ese mismo año. Los domicilios no tienen apenas repercusión, ya que la mayoría se hacían por cupo de población. Se mantiene igual la .07 que representa las extracciones en el centro de salud(gráfica 36).

Gráfica 36. Presión asistencial y media de domicilios Mu-Vistalegre/La Flota (2012-14). Fuente: Elaboración propia.



Lo más destacable de los resultados, es que el indicador 1 ha aumentado en 53,92 personas atendidas en las Consultas Enfermeras en 2014. En cuanto al indicador 2, disminuye discretamente. El indicador 3 de consultas a domicilio, se mantiene prácticamente igual. Las agendas comunes (indicador 4) se quedan en 2, la de extracciones en el centro y urgencias; y el incremento de horas de consulta de Enfermera por semana, fue de 45 y la accesibilidad de un 100% (tabla 63).

Tabla 63. Evaluación de los indicadores Mu-Vistalegre/La Flota antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	135,12	189,04
Indicador 2.-Tareas Comunes	87,60	69,31
Indicador 3.- Consultas domicilio	18,43	26,77
Indicador 4.- Nº agendas comunes	6	2
Indicador 5.- Tiempo	--	45
Indicador 6.- Accesibilidad	33,33%	100%

3.13. Resultados Centro de Salud de Mu-Zarandona

En primer lugar, se describen la presión asistencial de las salas comunes y consultas individuales de enfermería y la presión asistencial en las consultas a domicilio, comparando los datos recogidos en el año 2012 con 2014.

En la tabla 64, observamos que no ha variado la (pa) ni la (md) en 2012 y 2014 respectivamente, ya que la organización de la atención Enfermera, se asemejaba a la planteada en el estudio(tabla 64).

Tabla 64. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Mu-Zarandona en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14.Fuente: Elaboración propia

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.0.6	1,62	0,00	0,00	0,00
Com.0.7	21,31	1,55	20,04	1,49
Enf.1	15,40	0,48	16,09	0,96
Enf.2	16,40	0,93	17,97	2,67
Enf.3	15,99	1,51	17,41	2,16
Enf.4	13,49	1,38	15,16	1,80

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

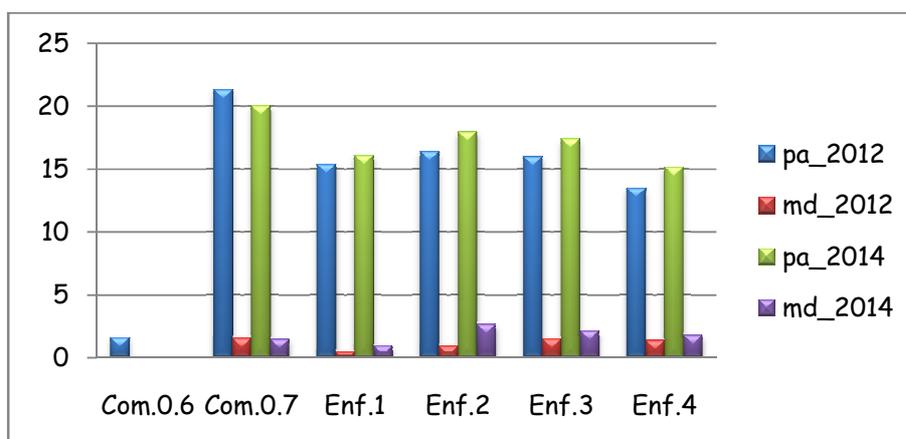
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente no significativa ($X^2 = 0,38$; $p=0,53611$). Es el único resultado del Área no significativo (tabla 65).

Tabla 65. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en Mu-Zarandona, 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	total
Comunes	22,93	20,04	42,97
Enfermeras	61,28	66,63	127,9
total	84,21	86,67	170,9
$X^2 = 0,38$; $p=0,5361$			

En esta gráfica, observamos las consultas 06 con apenas representación en 2012 y sin ningún valor en 2014. La 07 manteniéndose igual en los dos años de comparación (gráfica 37).

Gráfica 37. Presión asistencial y media de domicilios Zarandona (2012-2014). Fuente: Elaboración propia.



Tal y como se puede apreciar en Zarandona no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el resultado de los indicadores que miden actividad en Consulta Enfermera y tareas comunes (tabla 66).

Tabla 66. Evaluación de los indicadores Mu-Zarandona antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	61,28	66,59
Indicador 2.-Tareas Comunes	22,93	20,04
Indicador 3.- Consultas domicilio	5,85	9,08
Indicador 4.- Nº agendas comunes	2	1
Indicador 5.- Tiempo	--	6
Indicador 6.- Accesibilidad	33,33%	100%

3.14. Resultados en Centro de Salud de Las Torres de Cotillas

Por último, en el año 2012 el centro de salud contaba con 10 Enfermeras, mientras que en el 2014 son 11. Como podemos observar, en este centro, si existe 06 de tareas comunes en los domicilios que desaparece en 2014. La (pa) en 2012 era de 134,55 pasando a 106,49 en 2014, y la Consulta Enfermera de 106,43 a 154,82, respectivamente (tabla 67).

Tabla 67. Comparativa de la presión asistencial media de las salas comunes (06 y 07) y la (pa) media de cada Enfermera de Torres de Cotillas en el Centro de Salud y en domicilio 2012-14. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	pa_2012	md_2012	pa_2014	md_2014
Com.06	60,10	1,10	29,90	0,00
Com.07	74,45	0,90	76,59	0,00
Enf.1	7,92	2,08	12,10	2,27
Enf.2	15,47	1,09	16,48	0,33
Enf.3	18,30	2,14	19,01	2,12
Enf.4	10,64	3,48	13,95	3,06
Enf.5	6,22	1,79	12,31	2,01
Enf.6	8,80	1,60	14,44	1,92
Enf.7	7,20	1,90	12,20	3,16
Enf.8	8,31	2,52	13,73	2,16
Enf.9	10,13	2,55	12,73	2,37
Enf.10	13,44	1,07	15,71	1,58
Enf.11			12,16	1,63

Pa: presión asistencial, md: media de domicilios.

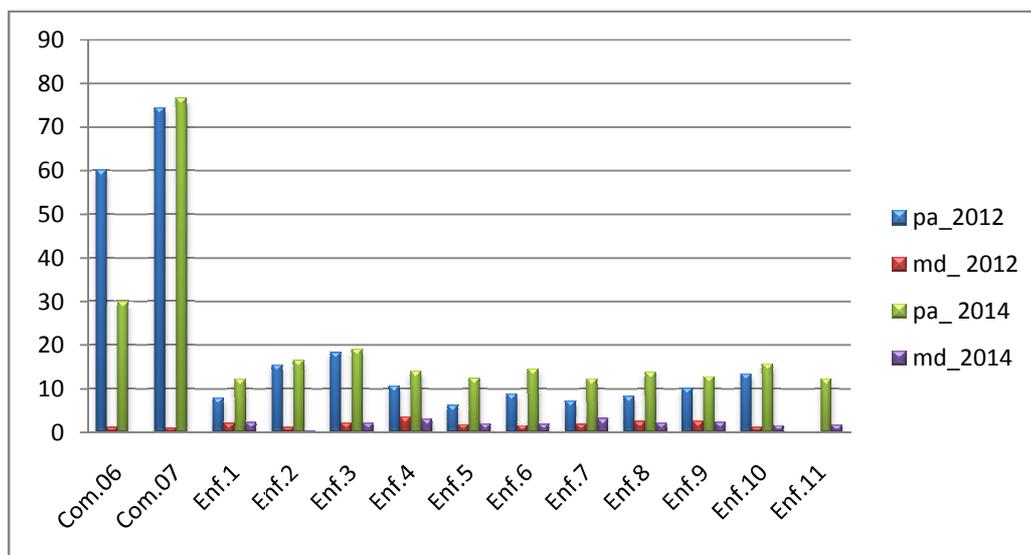
El análisis estadístico de las variables presión asistencial total en las salas comunes y en las consultas individuales de enfermería en 2012 en relación a 2014, muestra una relación estadísticamente significativa ($X^2=11,43$; $p=0,0007$)(tabla 68).

Tabla 68. Comparación de la presión asistencial total en las salas comunes y en las Consultas Enfermeras en Las Torres de Cotillas 2012 en relación a 2014. Fuente: Elaboración propia.

Consultas	2012	2014	Total
Comunes	134,55	106,49	241,04
Enfermeras	106,43	154,82	261,25
Total	240,98	261,31	502,29
$X^2 = 11,43$; $p = 0,0007$			

Los datos que muestra la gráfica, observamos las consultas 06 y 07 en el año 2012 y cómo en 2014, se reduce a la mitad la .06 que representa las tareas comunes, y como repercuten los valores en cada una de las Enfermeras en ese mismo año. Los domicilios no tienen apenas repercusión, ya que la mayoría se hacían por cupo de población. Se mantiene igual la .07 que representa las extracciones en el centro de salud (gráfica 38).

Gráfica 38.- Presión asistencial y media de domicilios Torres de Cotillas (2012-2014). Fuente: Elaboración propia.



Lo más destacable del análisis de las variables del estudio es que se ha invertido el resultado entre tareas comunes y Consulta Enfermera, (indicador 1 y 2) y los domicilios siguen el mismo patrón que la mayoría de los centros (indicador 3). El número de agendas ha disminuido considerablemente. El incremento de horas con población asignada (indicador 5) es de 40,5 horas más a la semana y la accesibilidad (indicador 6) es del 100% en 2014 (tabla 69).

Tabla 69.- Evaluación de los indicadores Torres de Cotillas antes de la intervención (2012) y después de esta (2014). Fuente: Elaboración propia.

Indicadores	2012	2014
Indicador 1.- Consulta Enfermera	106,43	138,34
Indicador 2.-Tareas Comunes	134,45	106,49
Indicador 3.- Consultas domicilio	21,96	22,61
Indicador 4.- Nº agendas comunes	9	2
Indicador 5.- Tiempo	--	40,50
Indicador 6.- Accesibilidad	45%	100%

En resumen, la implementación del cambio organizativo ha mostrado un aumento estadísticamente significativo de los indicadores que valoran la actividad en Consulta Enfermera, aumento del número de horas de Enfermera semanales y accesibilidad. El indicador que valora la actividad asistencial Enfermera en los domicilios, no ha sufrido apenas cambio. Por el contrario han disminuido los indicadores de Tareas Comunes y número de agendas comunes. Este aumento se refleja en todos los centros de salud, excepto en el de Zarandona (tabla 70 y 71).

Tabla 70. Resumen de Indicadores 1 y 2 del Área VI con la Significación estadística (2012-14). Fuente: Elaboración propia

Área VI de Salud	Consultas Enfermeras		Consultas Comunes		Significación Estadística	
	2012	2014	2012	2014	χ^2	p
Zona Básica Salud.						
Abanilla	68,16	108,21	56,38	22,03	23,89	0,0001
Alguazas	28,08	99,10	78,82	26,00	64,18	0,0001
Archena	201,20	353,71	127,50	76,00	67	0,0000
Ceutí	76,70	109,93	47,38	38,18	4,78	0,0288
Fortuna	46,70	132,46	69,42	37,94	41,62	0,0000
Lorquí	51,06	79,79	60,04	24,54	21,02	0,0000
Molina-Norte/Antonio García	161,83	287,55	136,83	53,59	69,04	0,0000
Molina-Sur/Jesús Marín	214,83	306,67	180,50	78,60	56,13	0,0000
Mu-Cabezo Torres	140,04	203,8	77,10	27,01	35,55	0,0000
Mu-El Ranero	64,30	93,93	47,18	38,18	4,78	0,0287
Mu-Santa M^a de Gracia	47,90	130,20	90,20	68,42	31,15	0,0001
Mu-Vistalegre/La Flota	135,12	188,90	96,50	69,31	11,98	0,005
Mu-Zarandona	61,28	66,63	22,93	20,04	0,38	0,5361
Torres de Cotillas	106,43	154,82	134,55	106,49	11,43	0,0007

Tabla 71. Resumen Indicadores 3, 4, 5 y 6 del Área VI (2012-14). Fuente: Elaboración propia

	Domicilio		Nº agendas comunes		Tiempo		Accesibilidad	
	2012	2012	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Z.B.S.	2012	2012	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Abanilla	15,05	15,05	3	1	--	13,50	25%	100%
Alguazas	8,51	8,51	2	1	--	13,50	33,33%	100%
Archena	30,41	30,41	6	2	--	31,50	31,63%	100%
Ceutí	11,60	11,60	3	2	--	18,00	33,33%	100%
Fortuna	11,02	11,02	28	2	--	18,00	85%	100%
Lorquí	7,92	7,92	2	1	--	13,50	33,33%	100%
Molina-Norte/Antonio García	21,48	21,48	5	2	--	43,00	26,31%	100%
Molina-Sur/Jesús Marín	28,17	28,17	3	2	--	45,00	15%	100%
Mu-Cabezo Torres	25,81	25,81	4	2	--	31,50	28,6%	100%
Mu-El Ranero	8,57	8,57	2	1	--	22,50	25%	100%
Mu-Santa M^a de Gracia	14,69	14,69	3	2	--	41,50	25%	100%
Mu-Vistalegre/La Flota	18,43	18,43	6	2	--	45,00	33,33%	100%
Mu-Zarandona	5,85	5,85	2	1	--	6,00	33,33%	100%
Torres de Cotillas	21,96	21,96	9	2	--	40,50	45%	100%

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

Capítulo 4: Discusión

Al inicio de la reforma de Atención Primaria, no solo se introducen cambios organizativos sino también directrices de atención integral a través del fomento, promoción, atención y rehabilitación para la salud de la población. Por otra parte se promueve el trabajo multidisciplinar y en equipo, y se estimulan la docencia y la investigación como elementos que incentivan los primeros cambios reales en la práctica de la gestión del cuidado enfermero (Mínguez, 2011). Esta situación careció de una estrategia firme de continuidad en posteriores direcciones de Enfermería, también motivada por el hecho de que la mayoría de los profesionales proceden del ámbito hospitalario en el que lo que prima es la realización de técnicas y la atención a la enfermedad.

La discusión de los principales resultados del estudio, se ha estructurado en dos partes, en primer lugar se comentará de forma general, el logro de los objetivos a nivel de toda el Área de Salud VI, mediante los datos obtenidos de los seis indicadores definidos en este estudio y posteriormente se plantean los elementos claves que han influido y condicionado este cambio organizativo.

El modelo organizativo por población asignada de la actividad asistencial Enfermera, tanto en el Centro de salud como en el domicilio es el defendido por numerosos autores, sobretodo del ámbito de la enfermería comunitaria, lo identifican como el más eficiente y deseable, como el más capaz de dar respuesta a las necesidades de Cuidados de la sociedad del siglo XXI y como el que más se ajusta a la identidad de la profesión Enfermera. Lo justifican y/o argumentan de diversos modos, pero de un modo más teórico que práctico y no evaluado numéricamente, por lo que los resultados obtenidos en este estudio resultan novedosos (Ferrer, 2005; Ferrer, 2009; Miguélez-Chamorro, Ferrer-Arnedo, 2014; Gutiérrez-Sequera y Serrano-Ortega, 2014; Torres-Ricarte, Crusat-Abelló, Penuelas-Rodríguez y Zabaleta-del-Olmo, 2015; Hernández-Aguado, Santaolaya y

Campos, 2012; Del Pino, 2007; Martínez, 2003; Salmerón-Arjona, 2006; Nuño-Solinís, 2014).

En el año 2006, con motivo de unas jornadas de enfermería, el estudio realizado por Salmerón-Arjona (2006), es el único encontrado en nuestro entorno, Servicio Murciano de Salud, que propone este cambio organizativo, pero no se ha evaluado numéricamente.

Se ha localizado en la literatura un estudio que evalúa resultados de la gestión Enfermera de la demanda, en cuanto a su capacidad de resolver problemas de salud en base a una guía de práctica clínica, pero no plantea cambios en el modelo organizativo (Brugués et al, 2015). Algunos autores afirman que la investigación ha estado más centrada en describir las experiencias y los modelos organizativos, y en mucha menor medida se ha centrado en la evaluación numérica de la actividad (Morales-Asensio, 2014).

Un aspecto positivo de nuestros resultados tras realizar el cambio organizativo, ha sido la Continuidad de Cuidados dentro del mismo escenario asistencial, esto es, que cada persona es atendida por el mismo profesional siempre que sea posible. Los estudios que hacen referencia a la importancia de la continuidad asistencial, se refieren a ésta entre distintos escenarios asistenciales, por lo que no son comparables (Appleby, C., Camacho-Bejarano, R.,2014; Corrales-Nevado, Palomo-Cobos, 2014; Solé-Casals et al, 2015; Sánchez-Martín, 2014; Ortega-López, Tristán-Rodríguez, Aguilera-Pérez, Pérez-Vega y Fang-Huerta, 2014).

La Consulta Enfermera ha sido una de las grandes novedades y aportaciones que la reforma de la Atención Primaria de Salud ha supuesto para la profesión Enfermera en nuestro país (Dedeu, Lapena, Martí, Monguet y Picas, 2011; Tirado, 2013; FDSP, 2015). Este es el espacio, junto con el domicilio del

paciente, donde fundamentalmente, la Enfermera ejerce su profesión de una forma autónoma

En primer lugar, sobre la base de los objetivos planteados en el estudio, realizamos la discusión de los principales resultados obtenidos.

5.1. Actividad asistencial de los Profesionales de Enfermería en la Consulta Enfermera antes y después del cambio organizativo.

Previo al establecimiento del cambio organizativo, desde las consultas de tareas comunes, se realizaba la captación de los usuarios a la Enfermera de referencia, si tenían alguna necesidad susceptible de ser tratada en una consulta programada. La consulta programada era solo accesible para aquellas personas del cupo adscritas a un programa de salud o de enfermedad y derivadas en la mayoría de los casos por el médico de familia. El diseño de las agendas ha constituido un elemento clave en la organización del trabajo con la alternancia de espacios de consulta a demanda y programada en la agenda de cada Enfermera, se logra que cualquier persona que lo necesite o desee pueda acudir de manera espontánea a la consulta de la Enfermera que tiene asignada formalmente, sin tener que ser derivada por ningún otro profesional (Díaz-Borrego et al, 2011).

Los principales resultados del estudio muestran como se ha producido un aumento significativo de la actividad asistencial de las Enfermeras, en la Consulta Enfermera, con la población asignada en casi todos los centros estudiados. A excepción del centro de salud de Zarandona, en el que se ha producido una mejora aunque esta no ha sido significativa. No se ha encontrado ningún estudio en la literatura consultada de carácter similar.

5.2. Actividad asistencial de los Profesionales de Enfermería en la Consulta de tareas comunes antes y después del cambio organizativo.

En la situación de partida, se comentaba, que solo se podía acceder por iniciativa de los usuarios, a la consulta de tareas comunes/sala de curas/técnicas, al contemplar estas consultas una agenda con todos los espacios de demanda para la atención diaria, donde las personas reciben Atención Enfermera cada día con una profesional diferente, y donde la Enfermera perdía la identidad de prestadora de Cuidados y pasaba ser una mera realizadora de técnicas a cualquier persona que lo necesitara perteneciera o no a su cupo de población. Así es difícil lograr la fidelización entre la Enfermera y la población que tiene asignada. Esta situación era la generalizada en todo el servicio Murciano de Salud, y algunos autores de nuestro ámbito asistencial así lo afirman (Salmerón-Arjona, 2006).

Los datos indican que se ha producido una disminución significativa de la actividad asistencial de las Enfermera en las consultas de tareas comunes en casi todos los centros a excepción de Zarandona. Este resultado se debe a que en este centro de salud, ya trabajaban con la organización planteada en el estudio, por lo que no ha variado la atención prestada a la población. No se han encontrado estudios comparables que midan numéricamente este indicador.

5.3. Actividad asistencial de los Profesionales de Enfermería en el domicilio del usuario antes y después del cambio organizativo.

Los resultados muestran como el indicador que mide este objetivo no ha experimentado grandes cambios, ya que ésta es una actividad en la que la organización de la asistencia por la Enfermera de referencia ya estaba implementada. Según Corrales, este cambio organizativo en la Atención Enfermera a la población asignada, implica una atención integral del paciente en todas sus

necesidades, mejorando la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial (Corrales-Nevado, 2013).

Es de destacar que la actividad a domicilio supone una importante carga asistencial frente a la realizada en el propio Centro de Salud, este es un aspecto importante, ya que la Enfermera es el profesional que mas actividad realiza fuera del Centro de Salud (Tirado, 2013). Realizando tanto actividades a demanda como programadas, vacunación en colegios y actividad comunitaria. Por lo que a aquellos profesionales con un volumen de personas adscritas mayores de 65 años les supone una mayor carga laboral. En este escenario las Enfermera, cuya esencia son los Cuidados, deben configurarse como la pieza clave en el diagnóstico de la situación de las personas confinadas en su domicilio, la planificación, dirección, evaluación de los Cuidados y la coordinación de los recursos comunitarios, que permitan dar respuesta a las demandas de la comunidad. Presentando además una gran variabilidad numérica lo que dificulta tener un único modelo de agenda.

5.4. Accesibilidad a la Consulta Enfermera, tras la implementación del cambio organizativo.

La accesibilidad, ha sido medida con el numero de agendas comunes y de Consulta Enfermera y con la disposición de al menos un espacio de demanda en la agenda de la Enfermera de referencia.

Algunos autores consideran que el buen funcionamiento de los centros de salud, va a depender en gran medida del correcto funcionamiento de los circuitos organizativos relacionados con la gestión de la demanda de los usuarios y la adecuación de la gestión del tiempo de los profesionales por medio de la gestión de las agendas (Díaz-Borrego, J., et al, 2011). Según Barragán (2008), las agendas constituyen el elemento de organización del tiempo de atención por parte de los

profesionales de Atención Primaria, de ahí la importancia de la organización de ésta para facilitar el acceso de la población a los profesionales.

Por tanto, el recuento del número de agendas de tareas comunes constituye una medición indirecta de la accesibilidad, ya que una disminución en este, implica un aumento de la accesibilidad a la Consulta Enfermera. Se trata por tanto, de una intervención realizada para fomentar la accesibilidad, ya que se eliminan las consultas de tareas comunes con el fin de que el usuario acuda a la consulta de su Enfermera de referencia. Nuestros resultados muestran una disminución del número de agendas de tareas comunes en todos los centros de salud estudiados. La agenda de extracciones ha permanecido en todos los casos, pero en algunos casos como en el centro de salud Jesús Marín, ha experimentado una disminución, ya que todas las determinaciones programadas de coagulación, se han trasladado a su Enfermera de referencia.

Así mismo, se han eliminado de todos los Equipos dos agendas de actividad común y de carácter temporal. Una para administrar la vacuna antigripal y antineumocócica y una segunda para citar a los niños que se vacunan en los colegios. Esta última agenda es un tema no resuelto, ya que en el Área existe la mayor concentración de colegios privados y la procedencia de los niños es de toda la Región, no pudiéndose registrar la actividad en la historia clínica del niño, o bien por no estar asignado a la zona básica de referencia, o por no pertenecer al Sistema de Salud público. Sin embargo, tradicionalmente las vacunaciones como elemento de Salud Pública se han realizado sin tener en cuenta si los colegios son públicos o privados. La cuantificación de vacunas con los datos de los niños, se comunica íntegramente a la Consejería de Sanidad, pero la cuantificación de la actividad Enfermera, en estos casos, es un dato infrarregistrado.

El hecho de eliminar la agenda común de vacunación antigripal y antineumocócica, ha supuesto en muchos casos, una oportunidad de actuar

proactivamente con un grupo de población de difícil acceso para las Enfermeras, constituido por las personas que al no tener un problema de salud crónico, solo acuden al Centro de Salud por problemas de salud agudos y no son usuarios habituales. También ha permitido impulsar el programa de “prevención de riesgos en personas mayores” dirigido a mayores de 65 años. En resumen, esta reorganización ha supuesto un trabajo de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

Continuando con la medición de la existencia de al menos un espacio de demanda en las agendas de las Enfermera, los resultados muestran que se ha logrado que todas cumplan este requisito, por lo que este objetivo se ha alcanzado al 100%. Esta ha sido una estrategia en donde el apoyo del área administrativa con la elaboración de las matrices horarias de las agendas, la elaboración de cartelera y la información al usuario, ha sido fundamental. El fomento de la accesibilidad a las Consultas de las Enfermeras asignadas, a fin de constituir otra puerta de entrada al sistema sanitario y mejorar la atención, ha sido una pieza fundamental para cambiar el punto de atención de las técnicas a los Cuidados.

Con respecto a la medición del incremento de horas de atención en Consulta Enfermera, cabe destacar, que éste es una consecuencia lógica de los resultados obtenidos en los indicadores 1 y 2 (atención en Consulta Enfermera y en consultas comunes respectivamente), y otra medida indirecta de la accesibilidad. Mostrando también un incremento en todos los equipos del Área VI. Nuestros resultados coinciden con el estudio realizado por Paredes (2015), en el que refiere un aumento de 45 horas semanales de atención en Consulta Enfermera con la población asignada. La media de horas en toda el Área, ha sido de 24,3, siendo de 6 horas el centro que menos ha ganado (Centro de. Salud. Zarandona) y de 45 horas. el que más (Centro de Salud de Jesús Marín), dependiendo del número de profesionales asignados y de su organización previamente establecida.

Finalmente, analizamos los elementos clave del cambio organizativo, que han sido: la puesta en marcha del proyecto Cívitas, la implicación de los responsables de enfermería liderando el cambio, la dotación de recursos humanos, la superación de resistencias y la satisfacción profesional.

La puesta en marcha del proyecto Cívitas ha supuesto que se realice la asignación formal de la población a una Enfermera, igual que hasta el momento había sucedido con los médicos, ofreciendo la posibilidad de que la Enfermera se haga visible ante los ciudadanos. En la tarjeta sanitaria individual aparece el nombre de la Enfermera junto al nombre del médico, lo que poco a poco está repercutiendo en que este aumento tan deseable de la visibilidad social sea un hecho (Del Pino, 2007).

La implicación de los responsables de enfermería como verdaderos líderes del cambio ha sido vital, ya que ellos deben gestionar los Cuidados (Corrales-Nevado, 2012; De Pedro-Gomez et al, 2011; Padilla-Marín, Camacho-Bejarano, y Padín-López, 2014). Por esta razón, en las reuniones mantenidas con ellos, tras mostrar los resultados del piloto, se planteó el cambio organizativo que se quería hacer, los objetivos que se perseguían y se trabajó para que cada uno de ellos, expresara como se podía hacer desde su entorno de trabajo y de responsabilidad. Las modificaciones se pusieron en marcha, acordes siempre, a los objetivos planteados, se realizaron en los distintos equipos a ritmos diferentes, con distintas estrategias, acordes la mayoría de las veces, al carácter de cada uno, su experiencia en gestión y del liderazgo que ejercían en los mismos.

En relación a los recursos humanos, cabe destacar que cuando se puso en marcha la reforma de la Atención Primaria, la dotación de recursos humanos, entre médicos y Enfermeras era de paridad, y la asignación de cupos de población era por cupo médico por lo que este tenía una sola Enfermera de referencia. A lo largo de todos estos años, se ha ido estableciendo una diferencia en cuanto a la dotación

de recursos humanos en los profesionales médicos y Enfermeras. En los primeros, gracias al establecimiento de indicadores medibles sobre presión asistencial de los usuarios, demoras en consulta y el número de tarjetas sanitarias asignadas, ha hecho que se vayan ampliando las plantillas de estos profesionales.

Las plantillas de las Enfermeras, sin embargo, no han aumentado en la misma medida, por lo que en el transcurso de los años se ha roto la paridad médico/Enfermera y en estos momentos la mayoría de los cupos médicos tienen dos o más Enfermeras de referencia. En mayo de 2015, la Federación Española para la Defensa de la Sanidad Pública emite un informe (FEDSP, 2015) en él que se afirma que en: “España hay un 28,2% más de médicos y un 22% menos personal de enfermería que la media de los países de la UE, lo que se traduce en un 43% menos personal de enfermería por habitante”. Estas enormes diferencias se explican, según este informe, por la persistencia de la hegemonía del modelo medicalizado y curativo dentro del sistema en detrimento de la promoción de salud y los Cuidados a los enfermos crónicos o con discapacidad propios de un modelo basado en la Atención Primaria.

Los resultados de nuestro estudio en cuanto al número de Enfermeras que componen los distintos centros de salud, muestra como no ha influido en los resultados numéricos obtenidos, aunque sí ha condicionado en gran manera la implementación de las estrategias para favorecer el cambio organizativo, el liderazgo de los responsables de enfermería y el apoyo del área administrativa y del resto del equipo fundamentalmente

Todos los procesos de cambio encuentran resistencias, por parte de las personas que se ven afectadas por ellos. Algunas Enfermeras manifestaron el miedo al cambio, que es habitual en cualquier situación, en esta ocasión también se encontraron resistencias en buena parte de los médicos y de los administrativos.

Por último, conocer la satisfacción los profesionales no era objetivo de este estudio, pero se ha podido observar a lo largo del proceso que la mayoría de ellos verbalizan mayor satisfacción con su trabajo, lo que ha favorecido el cambio organizativo.

Capítulo 5: Conclusiones

La primera conclusión de este estudio es que se ha logrado el objetivo general planteado al inicio, la de conocer, describir y valorar la actividad de la atención Enfermera en Atención Primaria de Salud, implementando estrategias para aumentar la accesibilidad de la población asignada de los centros de salud del Área VI de Salud Vega Media del Segura de la Región de Murcia.

En relación al primer objetivo se constata:

- Un aumento significativo en la actividad asistencial en la Consulta Enfermera que ha sido significativo en los catorce centros de salud de los quince que tiene el Área, tras la implementación de las estrategias.
- Que cuantitativamente se ha pasado de 1.403,63 Consultas Enfermeras de media al día con la población asignada en toda el Área en 2012, a 2.315,7 en 2014.
- Y que la actividad asistencial en la Consulta Enfermera con la población asignada, facilita la atención integral y el Modelo de Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial.

En cuanto al segundo objetivo, se evidencia:

- Una disminución de la actividad asistencial de las Enfermeras en las consultas de tareas comunes, estadísticamente significativo en casi todos los centros de salud a excepción de uno, tras la implementación de las estrategias.
- Qué a nivel cuantitativo la actividad asistencial en las consultas comunes ha pasado de 1.225,33 en 2012 a 686,33 en 2014, respectivamente.
- Y que la actividad asistencial en las consultas de tareas comunes, dificulta la atención integral y la Continuidad de Cuidados.

En cuanto a La conclusión que deriva del tercer objetivo.

- Es que no ha variado la actividad asistencial de las Enfermeras en domicilio, después de haber implementado las estrategias de cambio, continuando la labor asistencial que realizan las Enfermeras en domicilio con la misma organización.

Referente al cuarto objetivo se evidencia:

- Que la accesibilidad a la Consulta Enfermera se ha conseguido al 100%, en los quince centros de salud, al contemplar al menos un espacio de demanda al día, en la agendas de las Enfermeras de referencia.

- Que se han disminuido en todos los centros de salud las agendas de tareas comunes, dejando la de extracciones y la de urgencias.

- La disminución de las agendas de tareas comunes, implica con el apoyo fundamentalmente del área administrativa, una reorientación de los usuarios a la Consulta Enfermera.

- La eliminación de la agenda de tareas comunes, como la de “campana de vacunación antigripal”, ha dado lugar a la derivación de los usuarios a las Consultas Enfermeras, contribuyendo a la captación activa de la población de referencia de cada Enfermera y reforzando la visibilidad de los Profesionales de Enfermería.

- La media de horas semanales que se han incrementado en la Consulta Enfermera de toda el Área, a costa de la disminución de las agendas de tareas comunes ha sido de 24,3 horas, siendo de 6 horas el centro que el que menos ha ganado y 45 el centro que más, dependiendo del número de profesionales y de su organización previamente establecida.

Concluyendo podemos decir que:

- En los resultados obtenidos, no ha influido el número de Profesionales de Enfermería de los centros de salud, pero si ha influido el liderazgo de los Responsables de Enfermería y el apoyo fundamentalmente del Área administrativa de forma positiva.

- Los Responsables de Enfermería han sido los verdaderos motores en el proceso de cambio y han demostrado su capacidad de liderazgo dentro en los equipos, verbalizando una mayor satisfacción y los profesionales verbalizan mayor satisfacción con su trabajo.

- La importancia de disminuir los ratios de población asignada a las Enfermeras en Atención Primaria para poder así rentabilizar los Cuidados enfermeros

- Se demuestra, por lo tanto, que el nuevo modelo organizativo de atención al usuario en la Consulta Enfermera, es más eficiente que el modelo tradicional de atención por tareas comunes ya que la Enfermera es una pieza clave en el equipo interdisciplinar, planifica, organiza, investiga, prestando una atención integral. y aumentando la Continuidad de Cuidados en las diferentes consultas de cada contexto en el centro de salud y en domicilio siendo siempre el referente de la población asignada.

Por lo que se confirma la hipótesis de que el cambio de la actividad asistencial Enfermera de las consultas de tareas comunes a la Consulta Enfermera con la población asignada, facilita la accesibilidad y la Continuidad de Cuidados dentro del mismo escenario asistencial.

Prospectiva

En relación a la coordinación entre los niveles de atención hospitalaria y Atención Primaria, hacer extensivo un proyecto que se está pilotando al resto del Área denominado “La llamada telefónica tras al alta hospitalaria” al resto de los Centros de Salud del Área VI. Contribuyendo así a la Continuidad de Cuidados.

Tras los resultados significativos obtenidos en esta investigación, el planteamiento inicial es extrapolar esta estrategia de cambio a las Áreas de Salud I,II,III, IV,V,VII,VIII y IX, pertenecientes al Servicio Murciano de Salud, de la Región de Murcia.

Afianzar el cambio realizado en el Área VI y seguir evaluando y planteando indicadores capaces de visibilizar la aportación Enfermera a la salud de las personas.

“Cuidar de la vida

sigue siendo tan vital para los hombres

de hoy en día como para los de ayer.

¿Quién asumirá esta función irremplazable

de la que el mundo no podrá prescindir?.

Esta vía está abierta a la enfermería

que después de un siglo de profesionalización

sigue buscando su identidad:

la identidad de sus competencias,

la identidad de los Cuidados de enfermería”.

(Collière, 1993)

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

El referenciado ha seguido las recomendaciones de la American Psychological Association (2010). Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed. Washington, DC: American Psychological Association. Versión de Marzo 2013.

Alberdi, R.M (1992). La identidad profesional de la Enfermera. *Revista Rol de Enfermería*,170, 39-44.

Alberdi, R.M. (1983). La enfermería ¿profesión femenina? *Revista Rol de Enfermería*, 6(57), 21-6.

Alberdi, R.M. (1988). La influencia del género en la evolución de la profesión Enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 2(11), 20-6.

Alberdi, R.M. (2000). Nosotros cuidamos: La prestación del cuidado en el ámbito comunitario. Ponencia III Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Consultado el 16 de junio de 2012. Disponible en: http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso3/IIIcongreso.html2000.

Antón, M.V. (1989). Enfermería y Atención Primaria de Salud: de Enfermeras de médicos a Enfermeras de la comunidad. Madrid: Díaz de Santos.

Appleby, C., Camacho-Bejarano, R. (2014). Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*. 2014; 24(1):90-98. Doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.008

- Barragán, N., Arbonies, JC., (2008). Estrategias para gestionar el tiempo en la consulta de AP. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*,15(4), 207-16.
- Bellón, J.A., Delgado-Sánchez, A., de Dios-Luna, J., Lardelli-Claret, P. (2007). Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Family Practice*, 24(6), 562-9.
- Bengoa, R., Nuño R. (2008). Curar y Cuidar Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson.
- Blanchard, K., Randolph, A. (1997). Empowerment. Bogotá: Grupo editorial Normal.
- Bohmer, R.M.J. (2010). Fixing Health Care on the FRONT lines. Harvard Business Review. *Leadership in the age of transparency*, 4: 63-73.
- Brotos, C. (2001). European Review on Prevention and Health Promotion in Family Medicine/General Practice. *EUROPREV. Atención Primaria*, 28(1),13-4.
- Brugués-Brugués, A., Peris, A., Martí, L. y Flores, G. (2008). Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de Atención Primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Atención Primaria*, 40(8), 387-91.
- Brugués A, et al. Evaluación de la gestión Enfermera de la demanda en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015. Doi.10.1016/j.aprim.2015.02.014

- Calvo, MJ., Infantes Rodríguez JA., Solano, C., Rebollo , E., Martín, JL. (2015). La Enfermera de AP como garante de la Continuidad de Cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*;7(1). Recuperado el 16 de junio de 2015 de: <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1076&context=risai>
- Canals, J., Duque, A., González, R. (2003). La Atención Primaria de salud en España. Análisis de la situación actual y propuestas de futuro. Madrid: Comisiones Obreras Federación de Sanidad.
- Carrillo-García, C. (2011). Un Estudio sobre la Satisfacción de la Vida Laboral en Profesionales Sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Región de Murcia. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería.
- Cea D'Ancona, M.A. (2001). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis.
- Cebrián, H. (2001). Trabajando en los equipos de Atención Primaria. ¿Con enfermería o sin enfermería?. *Atención Primaria*, 28 (supl 1), 45-6.
- Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C., Wagner, E.H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*, 28(1), 75-85.
- Collière, M. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los Cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-hill/Interamericana.
- Comas D'Argemir, D. (2000). Mujeres, familia y estado del bienestar, En: Valle Murga M T. *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel.

Comisión de las Comunidades Europeas. (2002). El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones Bruselas. Recuperado el 16 de noviembre de 2012 de: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2002-0452+0+DOC+PDF+V0//ES>

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. (2010). Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015. Murcia: Comunidad de Murcia, Consejería de Sanidad.

Consejo Internacional de Enfermeras. (1989). Recuperado el 12 de agosto de 2012 de: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/sobre-el-cie/>

Corrales-Nevado, D., Alonso-Babarro, A., y Rodríguez-Lozano, MA., (2012) Continuidad de Cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*; 26(S):63–68. Doi:10.1016/2011.09.032.

Corrales-Nevado, D., y Palomo-Cobos, L. (2014) La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y Continuidad de los Cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería Clínica*;24(1):51-58. Doi: 10.1016/2013.08.006

Dalfó-Pibernat, A. (2015). La prescripción Enfermera en atención primaria: mayor autonomía e identidad profesional percibida. *Enfermería Clínica*; 25(2):100-101. Doi:10.1016/j.enfcli.2014.11.002

Danet, A., Romera, I., Prieto, M.A. (2011). Equipos con emoción. Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública.

De la Cuesta, C. (1987). Atención directa de enfermería. Conceptos Generales y Procedimientos. Madrid: Instituto Nacional de la salud. Secretaría General Servicio de documentación y Publicaciones.

De Pedro, J.E., Morales , J.M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica Enfermera basada en la evidencia?. *Index de Enfermería*, 13 (44-45), 32-36. Recuperado el 16 de noviembre de 2011 de: http://www.indexf.com/enfermería/44revista/44_articulo_26-33pht.

De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, JM, Sesé Abad, A., Bennasar Venya, M., Artigues Vives, G., y Perelló Campaner, C.(2011) Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*;25(3):191–197.Doi: 10.1016/j.gaceta.2010.11.007.

Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Matronas y Enfermeras, BOE núm. 302 § 17308 (1960).

Decreto de 4 de Diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliar Sanitario, BOE núm. 363 §7723 (1953).

Dedeu, A., Lapena, C., Martí, T., Monguet, J.M., Picas, JM. (2011). Reflexiones sobre la atención primaria de salud. Consultada el 4 de noviembre de 2014 disponible en: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/272/Reflexiones%20sobre%20APS.pdf>

Del Pino, R., Martínez, J.R. (2007). Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los Cuidados enfermeros en AP de salud. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2), 311-37.

Díaz, S. (2002). Taylorismo, saberes expertos y tecnociencia. Ensayos de Estudiantes de Historia. Colección Taller del Historiador Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Díaz-Borrego J., et al., (2011); gestión de agendas en atención primaria como instrumento favorecedor de la accesibilidad del usuario y de la satisfacción del profesional. El Centro Informático Científico de Andalucía (CICA). Disponible en línea en: <http://www.cica.es/aliens/jaescadiz/Archivos%20pdf/Archivos%20pdf%20tc/123tc.pdf>

Espino, A., Madrid, M., Mur, R., Nadal, N. (2001). Sobre la coordinación Atención Primaria atención especializada. *Atención Primaria*, 27(9), 677-78.

FEDSP(2015). La enfermería en Atención Primaria. Análisis de la situación y propuestas de mejora. Recuperado el 16 de junio de 2015 de: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1203/La%20Enfermer%C3%ADa%20en%20Atenci%C3%B3n%20Primaria.%20An%C3%A1lisis%20de%20la%20Situaci%C3%B3n%20y%20Propuestas%20de%20Mejora.%20FADSP.pdf>

Fernández, A., García, J.L., Palmero, C., García, B., Páez, J.M., Álvarez, M. et al. (2007). Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 207(10), 510-20.

Ferrer, C. (2005) Diseño de una dirección de enfermería de Atención Primaria: experiencia en aplicación de la gestión de conocimiento. *Revista de Administración Sanitaria*;3(1):177-92)

Ferrer, C. (2009). La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 261-74.

García, M.A., Martín, V., Ramírez, D., González, Y., Hidalgo, I, Escribano, E. et al. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 219-26.

Gerencia Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia. (2011). Pacto de Gestión de Cartera de Servicios Murcia. Intranet Área VI <http://intranetmorales/>

Gerencia Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia. (2012). Informe de actividad de la Subdirección de Continuidad de Cuidados. Intranet Área VI <http://intranetmorales/>

Gerencia del Área VI Vega Media del Segura. (2011). Borrador de la Misión y Visión de la Gerencia del Área VI Vega Media del Segura Murcia. Intranet Área VI <http://intranetmorales/>

Gervas, J., Ortún, V., Palomo, L., Ripoll, M.A. (2007). Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 589-96.

Girbés. M., Jurado, J.J., Rodríguez, J., Esteban, F., Aréjula, J.L., Fontova, T. et al. (2005). Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9). *Revista Administración Sanitaria*, 3 (1), 49-65.

Gómez, N., Orozco, D., Carratalá-Munuera, C., Gil-Guillén, V. (2006). Evolución de la relación entre Atención Primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Atención Primaria*, 37(4),195-202.

- Gómez, N., Orozco, D., Merino, J.(1997). Relación entre Atención Primaria y especializada. *Atención Primaria*, 20(1), 25-33.
- González, M. (2002). Ética y formación Universitaria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85-103. Recuperado el 16 de junio de 2012 en: <http://www.rieoei.org/rie29a04.PDF>
- Guerra, J.A., Anca, I.A. (2007). Motivos que condicionan el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Atención Primaria*, 39(7),349-54.
- Guirao-Goris, J.A. (2004). La medida del cuidado. *V Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria*. Murcia: Asociación Enfermería Comunitaria.
- Guirao-Goris, J.A. (2008). Diagnosticamos para cuidar. *Jornadas AENTDE*. Barcelona: Asociación Enfermera Nomenclatura, Taxonomía y Diagnosticos de Enfermería.
- Gutiérrez-Sequera, J.L., Serrano-Ortega,N. (2014) Los Cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público. *Enfermería Clínica*; 24(6):311-314 DOI: 10.1016/j.enfcli.2014.10.003
- Ham, C. (2009). Chronic care in the English National Health Service: progress and challenges. *Health Affairs*, 28(1),190-201.
- Hernández-Aguado, I., Santaolaya M., Campos, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*;26(S):6–13. Doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.036

Iglesias, J.L., Álvarez, M.M., Jiménez, M.J., Mira, M., Suffo, J.A. (2003). Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud. Sevilla: Distrito Sanitario de Atención Primaria Este-Sur. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Iglesias, M. (1997). Organización de la prevención en Atención Primaria. Atención Primaria, 20(1),11-5.

Instituto de Información Sanitaria. (2010). Encuesta Nacional de Salud.

Instituto Nacional de la Salud. (1993). Normas Técnicas Mínimas para los Servicios de la Cartera de Atención Primaria. Secretaría General. Instituto Nacional de la Salud. Servicio de Documentación y Publicaciones. Madrid.(a)

Instituto Nacional de la Salud. (1993). Valoración de la Cartera de Servicios del Equipo de Atención Primaria. Manual de procedimiento. Instituto Nacional de la Salud. Servicio de Documentación y Publicaciones. Madrid. (b)

Instituto Nacional de la Salud. (1995). Cartera de Servicios. Normas Técnicas Mínimas. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid.

Instituto Nacional de la Salud. (2001). Cartera de servicios de Atención Primaria Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Serie: Atención Primaria 4ª Edición. Instituto Nacional de la Salud .Subdirección General de Coordinación Administrativa. Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa. Madrid.

Instituto Nacional de la Salud. (2001). Desarrollo de planes de Cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Recuperado el 15 noviembre de 2011 de:
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/cartera.pdf>

Lalonde, M. (1981). A new perspective en the health of canadians. Minister of national health andwefare. Minister of supply and services Canada.1ª ed. Ottawa.

Ley 14/1986 de 25 de Abril, Ley General de Sanidad, BOE núm. 102 §15207 (1986).

Ley 4/1994 de 26 de julio, de Salud para la creación del Servicio Murciano de Salud, BOE núm. 243 § 31657 (1994).

Ley de 26 de julio, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. BORM núm. 176 § 31657 (1994).

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal, BOE núm. 298 § 43088 (1999).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, BOE núm. 280 § 41442 (2003).

Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Jefatura de Estado, BOE núm. 301 § 44742 (2003).

Ley 3/2009 ley de derechos y deberes de los usuarios de la sanidad pública de la Región de Murcia, BOE núm. 34 § 13608 (2011).

Lleras, S. (2011). Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 43(10), 522-23.

López-Picazo, J.J. (2013). Manual para el diseño de procesos. Unidad de Calidad Asistencial. Área I Murcia-Oeste–Arrixaca. Unidades editoras: Gerencia Área de Salud I (Murcia-Oeste) Murcia.

Malone, TW., Crowston, K., (1991) Toward an interdisciplinary study of coordination. *Center for Coordination Science*, MIT; 1991.)

Marriner, A. (1994). Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. España: Mosby.

Martín-Zurro A., Martín, M., Flores, D. (1999). La efectividad de las actividades preventivas. *Atención Primaria*, 24(1), 9-12.

Martín-Zurro, A. (2003). *Prevención y promoción en las consultas de Atención Primaria: prioridades y efectividad. Atención Primaria*, 32(1), 23-9.

Martin-Zurro, A. (2007). I Conferencia Española sobre Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica: un esfuerzo colaborativo interprofesional e interdisciplinario. *Atención Primaria*, 39(4),167-8.

Martín, F.J., Morilla, J.C., Morales, J.M., Gonzalo, E. (2005). Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y Enfermeras en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria*, 1(1), 35-42.

Martínez-Cañavate, T., Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D., López, L.A., Lardelli P. (2004). Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de Atención Primaria a partir de los factores del profesional y la organización. *Atención Primaria*, 34,137-8.

Martínez-Inda, M.J. (2000). Implantación de la Consulta Enfermera en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. En: III Congreso Estatal Asociación Enfermería Comunitaria. Arnedillo (La Rioja).

Martínez-Riera, J.R., Del Pino, R. (2006). Enfermería en Atención Primaria. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.

- Martínez-Riera, J.R., Pérez-Pont, I., Martínez-Cánovas, P. (2003). Importancia de la Enfermera de referencia en la actividad de Enfermería en Atención Primaria. *Enfermería Científica*, 258-259, 43-51.
- Martínez, JR., Sanjuán, Á.,(2009) ¿Por qué hablamos de Continuidad de Cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?.*Revista Administrativa Sanitaria*;7(4):661-82).
- Martínez-Sánchez, E., Moreno-Pina, J.P., Leal-Llopis, J., Paredes-Sidrach de Cardona A., Avilés-Aranda J.D., Martínez-García, J.A.(2015) Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria: una intervención proactiva., Juan Antonio. Comunicación oral. Congreso de la Sociedad de Calidad Asistencial de Murcia
- Medrano, A., Moya, R., Escot, I. (2002) .Taquicardia supraventricular paroxística. Presentación de dos casos. *Semergen*, 27, 594-6.
- Meléndez, M., Montero, R., Jiménez, C., Blanco, L.E. (2001). Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Atención Primaria*, 28 (2), 91-6.
- Mínguez, J. (2011). La Cultura Enfermera: Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP). Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco estratégico para la mejora de la AP en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria Sanidad 2007.

- Miguélez-Chamorro, A., Ferrer-Arnedo, C. (2014). La Enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería Clínica*;24(1):5-11. Doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.002
- Mira, J.J., Build, J.A., Vitaller, J., Aranaz, J. (1997). ¿Es posible mejorar la coordinación en los niveles asistenciales? *Medicina Clínica*,109 (11), 439-45.
- Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I. et al. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y Atención Primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(5), 273-83.
- Moracho, O. (2011). Benchmarking y Cotilleing: eficiencia en acción. *Revista de Calidad Asistencial*;26(5):278---280. Doi:10.1016/j.cali.2011.08.001
- Morales, J.M. (2001). La reorientación de los servicios de Urgencia hacia el paciente. *Emergencias*,13(1), 1.
- Morales-Asencio, J.M. (2014). La gestión de casos y las enfermedades crónicas complejas: conceptos, modelos, pruebas e incertidumbres. *Enfermería Clínica*.;24(1):23-34. Doi: 10.1016/j.enfcli.2013.10.002
- NANDA Internacional. (2007). Interrelaciones NANDA, NIC Y NOC. Barcelona: Elsevier.
- NANDA Internacional. (2013). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier.
- Nieves, C., Ros, L. (2006). Comparación entre los Modelos de Gestión de Calidad Total: EFQM, Gerencial de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y MalcomBaldrige. Situación frente a la ISO 9000". X Congreso de Ingeniería de Organización. Valencia.

Nuño-Solinís, R. (2014). Social and organizational innovation to tackle the challenge of integrated care of the chronically ill. *Enferm Clin*;. 24(1):18-22. Doi.10.1016/j.enfcli.2013.08.007

Olmedo Lucerón, MC., Sanchidrián de Blas, C., Pla´ Mestre, R.,Puente González, M.D, Rodríguez Pérez, P. (2010) Sistemática para la protocolización de los Cuidados de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*;25(5): 268–274. Doi: 10.1016/j.cali.2010.04.002

Ollero Baurome, M., Orozco Beltrán, D., Domingo Rico, C., Román Sánchez, P., López Soto, A., Melguizo Jiménez, M., Bailón Muñoz, E.,Ruiz Cantero, A.,Ortíz Camuñez, M., Cuello Contreras, JA. (2011). Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Declaración de Sevilla. *Revista Clínica Española*;211(11):604-606. Doi:10.1016/j.rce.2011.09.007

Orden 1977/28232 de 31 de Octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia, BOE núm. 283 § 25987 (1977).

Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, BORM núm.103 § 20473 (2009).

Orden SAS/1349/2009, de 6 de Mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), BOE núm. 129 § 44697 (2009).

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ottawa, Canadá.

Ortega-López, RM., Tristán-Rodríguez, A., Aguilera-Pérez, P., Pérez-Vega, ME., Fang-Huerta, MA.(2014) Cuidado de enfermería en pacientes postoperada de mastectomía: estudio de caso. *Revista Cuidarte*; 5 (2): 842-50. Recuperada el 23 de junio de 2014 de file:///C:/Users/jmp11b/Downloads/Dialnet-CuidadoDeEnfermeriaEnPacienteDePostoperadaDeMastec-5069192.pdf

Oxakidetza. (2008). Hospital de Cruces. Memoria EFQM.

Padilla-Marín, C., Camacho-Bejarano, R., Padín-López, E., Terol-Fernandez, E. (2014). Presentación del número especial de crónicos. Editorial. *Enfermería Clínica*; 24:1-2. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.004

Palacio, F., Marquet, R., Oliver, A., Castro, P., Bel, M., Piñol, J.L. (2003). Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. *Atención Primaria*, 32 (3), 135-141. Doi: 10.1016 / S0212-6567 (03) 79234-8

Palomo, L., Gené-Badia, J., Rodríguez-Sendín, J.J. (2012). La reforma de la Atención Primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(S), 14-19.

Palomo, L. (2010). La Atención Primaria entre la crisis y el liderazgo social. Madrid: GPS/FADSP/Fundación "1º de Mayo".

Paredes-Sidrach, A., Martínez, F.J., Sarabia, J., Tomás, A., González, A., Ortín, S. (2015). Experiencia de cambio organizativo en un centro de salud. Acercamiento en la asignación real entre paciente y Enfermera de referencia. Comunicación oral presentada en el III Congreso Nacional de Enfermería de la UCAM.

Pérez, G. (2004). Asociación de Enfermería Comunitaria: 10 años fundamentando los Cuidados de la comunidad. *Enfermería Global*, 3 (1) Recuperado el 16 de noviembre de 2013 de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/597/619>.

Pérez-Vico-Díaz de Rada L, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G, Brito-Brito R, Rufino- Delgado T. (2013) Competencias Enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. *Revista de Enfermería*; 7 (2).

Real Academia de la Lengua Española. (2013). Diccionario de español. Internet: <http://www.rae.es/search/node/gestionar%20type%3Aconsulta>

Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia, BOE núm. 2128 § 18716 (1977).

Real Decreto 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, BOE núm. 271 §2627 (1984).

Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, BORM núm. 301 §16989 (2001).

Real Decreto 55/2005 de 21 de Enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios de Grado, BOE núm. 21 § 2842 (2005).

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Ministerio de Educación y Ciencia, BOE núm. 206 § 44037 (2007).

Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, BOE núm. 280 § 46185 (2008).

Redondo, S., Bolanos, E., Almaraz, A., Maderuelo, J.A. (2005). Percepciones y expectativas en la Atención Primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en los sistemas de salud. *Atención Primaria*, 36 (7), 358-63.

Rodrigo, M. (2011). Los profesionales sanitarios y la Calidad: No solo es cuestión de dialéctica. *Revista Calidad Asistencial*, 26(2), 73-5. Doi:10.1016/j.cali.2011.02.005

Rodríguez, C., Cebriá, J., Corbella, S., Segura, J., Sobreques, J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam*, 13,143-50.

Rodríguez, S., De la Fuente, N., Casado, Ml., Ayuso Fernández, M. (2015). La prescripción Enfermera en el Sistema Nacional de Salud: ¿realidad o ficción?. *Enfermería Clínica*; 25(3):107-109. Doi: 10.1016/j.enfcli.2015.05.001.

Rubio, M.A., Mendieta, J.M. (1984). Enfermería ambulatoria. Revitalizar un pasado dormido. *Revista Rol de Enfermería*, 68(6), 20-27.

Salmerón-Arjona, E., Núñez, E., Lario, S., Inclán, A., Piqueras, R., Muñoz, E. (2006). Proceso de cambio organizativo: personalización de la demanda Enfermera. En: libro de ponencias del I Congreso de Enfermería de familia y comunitaria de la Región de Murcia. Moratalla: Sociedad de Enfermería Comunitaria de la Región de Murcia.

Sánchez-Martín, Cl. (2014) Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enfermería Clínica*;24(1):79-89). Doi:10.1016/2013.12.007

Sanfélix, J. (2000). Evaluación de la calidad de las actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas en la población adulta de un centro de salud. *Medifam*,10, 420-6.

Sarlet, A., García, A. (1996). Educación para la salud. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Naullibres.

Seapremur. (2010) Autocuidado. Recuperado el 20 de noviembre de 2011 de: http://www.seapremur.com/La_salud_por_la_integridad/autocuidado.htm.

Servicio Madrileño de la Salud. Enfermería en Atención Primaria. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Recuperado el 22 de enero de 2012 de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0079.php>)

Servicio Murciano de Salud. (2011). Proyecto CIVITAS. Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Servicio Murciano de Salud. Enfermera gestora de casos en el SMS. Programa Pilotaje 2010. Recuperado el 16 Septiembre 2013. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/taller_gestión_casos_2010/triptic_formacion_harvard_2009_4.pdf16

Servicio Valenciano de Salud. Consulta de Enfermería en Atención Primaria. (2007). Consulta de enfermería a demanda. Documento básico. Valencia: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Sistema Nacional de Salud de España. (2010). [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Recuperado el 27 de noviembre 2011 de: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.

Smits, F.T., Brouwer, H.J., terRiet, G., van Weert, H.C. (2009). Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*, 9, 9-36. Doi: 10.1186 / 1471-2458-9-36.

Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA). (2004). Análisis de la situación y propuestas de mejora de la enfermería de Atención Primaria de Asturias. Recuperado el 12 de dic. de 2004, disponible en: <http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Informes/Analisis%20de%20la%20situacion%20y%20propuestas%20de%20reforma%20de%20la%20enfermeria%20de%20A.P.%20en%20asturias.pdf>

Solar O, Irwin A. (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. En: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneve: World Health Organization. Consultado el 18 de mayo de 2014 de: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

Soldevilla, J.J. (2003). Enfermería Gerontológica: un futuro halagüeño. *Revista de la escuela universitaria*. Recuperado el 12 de Noviembre 2011 de: http://www.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/avances_enfermeria/Enfermeria%20gerontologica%20un%20futuro..pdf

Solé-Casals, M., Chirveches-Pérez, E., Alsina-Ribas, A., Puigoriol-Juventeny, E., Oriol-Ruscalleda, M., Subirana-Casacuberta, M. (2015). La Continuidad de Cuidados desde el hospital de agudos: resultado. *Enfermería Clínica*; 25(4):177-185. Doi:10.1016/2015.04.005 1130-8621.

Subdirección de Continuidad de Cuidados. (2012). Informe de Actividad Subdirección de Continuidad de Cuidados. Documento interno de trabajo.

Tarruella-Farré, M. (2013) Registros de enfermería: porqué, para qué y cómo. *Revista Tesela*; 14. Recuperada el 21 de Octubre de 2014 de <<http://www.index-f.com/tesela/ts14/ts9378.php>

Terraza, R., Vargas, I., Vázquez, M.L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-95.

Tirado Darder, JJ. 2013. Autonomía, dependencia e informatización del plan de Cuidados: planes de Cuidados en la atención holística domiciliaria: (MPCAHD). Tesis Doctoral. Universidad de valencia

Tobar, F. (2002). Modelos de Gestión en Salud. Buenos Aires.

Torres-Ricarte, M., Crusat-Abelló, E., Penuelas-Rodríguez, S., Zabaleta-del-Olmo, E. (2015). El Nurse-led en la Atención Primaria de Salud: una oportuna y prometedora innovación organizativa. *Enfermería Clínica*; 25(2):87—91. DOI: 10.1016/j.enfcli.2014.12.010

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

Universidad Pompeu Fabra Código de buenas prácticas. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: <http://www.um.es/web/vic-investigacion/contenido/vicerrectorado/estructura/comisiones/etica-investigacion/codigo-buenas-practicas>

Vuori, H. (1984). El cambio de la asistencia ambulatoria a la A.P.S. *Atención Primaria* ,1,3-4.

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

AGRADECIMIENTOS

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

Agradecimientos

A Cesar Carrillo García, por su paciencia y generosidad para dirigirme este trabajo.

A M^a Emilia Martínez Roche, por su cercanía en todo momento y aceptar la tutela del proyecto.

A Carmen Ballesteros Meseguer, por su buen hacer en la investigación.

A Patricia, por su generosidad y apoyo en todo momento.

A Juan Antonio Martínez García, Director de Enfermería del Área VI, a Cari, Félix, por su respeto,

A Tomás Salvador Fernández, Gerente del Área VI, por su buena predisposición siempre que lo he necesitado.

Isabel Pozo, M^a Dolores Cuevas y Kati, por su acompañamiento.

A Gonzalo, Toñi Ballesta, y Ángel Baeza, por su confianza y por los debates mantenidos por los cambios a realizar.

A José Domingo Avilés, por su apoyo en la formación como enfermero mentor.

A la asesoría jurídica del Área VI, Conchita y Cari por su asesoramiento siempre tan profesional y amable.

A todos mis compañeros de la Dirección de Enfermería, supervisoras de Área y secretarías Concha, Eva y Paqui, por soportar nuestra inquietud en ciertos momentos.

A Pilar, Isabel y Pedro de control de gestión por recibirnos siempre con agrado ante la petición de los datos.

A los informáticos, Paco, Ángel por su disponibilidad ya Pablo por su gran ayuda en el formato de este documento

A todos los coordinadores de enfermería y Enfermeras de Atención Primaria del Área VI, que son los verdaderos protagonistas, sin los cuales este proyecto no hubiera sido posible ponerlo en marcha, Margarita Perea, Verónica Capel, Manuel Lodeiro, Domingo Aranda, Dori Sánchez, Loles López, Enrique Capel, M^a Carmen Vergara, Antonio Paredes, Griselda Frapolli, Noelia Palazón, Carolina Alcón, Manuel García, Pilar Motos, Rosa Guillén y Rosario Verdú.

A los responsables del área administrativa, las auxiliares y al resto del equipo que han favorecido con su colaboración el cambio establecido.

A todas las Enfermeras de Atención Primaria que siguen con su constante dedicación para favorecer la visibilidad de las Enfermeras.

A todas las matronas del Área VI que han participado con su experiencia y motivación en todas las propuestas que se han planteado.

A todas las personas que hacen posible el emprender proyectos, para intentar mejorar nuestro trabajo diario.

A mis amigos, por no atenderlos como se merecen todo este tiempo

A mi familia, por ser mi aliada y cómplice en todos mis proyectos, por disculparme el tiempo que no les dedico.

A mi madre, con 93 años, fuente de inspiración para seguir trabajando con ilusión.

LA VISIBILIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS A TRAVÉS DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN EL
ÁREA DE SALUD VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA. REGIÓN DE MURCIA.

ANEXOS

ANEXO 1 - Propuesta de Líneas Estratégicas. Área VI

Objetivo general: Contribuir a elevar el nivel de salud del Área

Líneas estratégicas para cumplir la misión:

Fomentar la atención de tipo preventivo y de promoción de la salud

- a. Garantizar la atención en aspectos como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impulsando la vigilancia de la salud.
- b. Fomentar la implicación responsable de los ciudadanos con su salud.
- c. Realizar el análisis de las necesidades de salud del área para distribuir los recursos
- d. Establecer programas de colaboración con otros recursos sociales (ayuntamientos, asociaciones de vecinos, de consumidores, escuelas,...) que puedan contribuir a mejorar el nivel de salud y conseguir nuestros objetivos, bien mediante la educación para la salud, con servicios de apoyo u otros.

2. Atención de calidad basada en conocimientos científico-técnicos actualizados

- a. Actualizar permanentemente los conocimientos científico-técnicos y garantizar una práctica clínica basada en la evidencia y la eficiencia.
- b. Adecuar la incorporación y uso de nuevas tecnologías.
- c. Desarrollar los sistemas de información y comunicación.
- d. Adoptar la garantía de calidad como eje de mejora continua
- e. Consolidar una Jornada anual del área para dar a conocer los resultados de investigación y docencia.

3. Gestión racional y sostenible los recursos

- a. Conseguir un Área de Salud eficiente orientado a los resultados. Alcanzar la excelencia en la gestión de los procesos asistenciales
- b. Utilizar de forma efectiva y eficiente los recursos materiales disponibles, así como optimizar los recursos humanos, adaptándolos a la organización y a las necesidades del paciente.
- c. Disponer de una contabilidad analítica que permita, si fuera preciso, entre otras cosas, emitir facturas informativas del coste de la asistencia prestada.
- d. Optimización, en base a la evidencia disponible, de los procesos clínico-burocráticos vinculados a la gestión de las ITs
- e. Optimización de los procesos de facturación a terceros y cobros.
- f. Promover convenios con instituciones docentes para que destinen recursos para la formación pre y post grado.
- g. Promover el uso de los sistemas de información para optimizar recursos orientados a la historia clínica única.

4. Atención al medio ambiente.
 - a. Compromiso de actuación sobre los condicionantes del entorno con mayor impacto sobre la salud (aire, agua, residuos y contaminantes químicos).
 - b. Integración de la cultura ambiental y la mejora continua mediante la reducción del consumo, reutilización y reciclaje de la forma más genérica posible
 - c. Uso racional de la energía y los recursos naturales.
 - d. Reducir la contaminación producida.
 - e. Mejora continua de la segregación y reciclado de residuos.

5. Atención a la docencia pre y postgraduada e investigación
 - a. Intentar normalizar perfiles profesionales mediante formación continuada dirigida hacia la competencia más adecuada, al puesto que ocupa.
 - b. Promover la investigación clínica dirigida a la mejora de la salud de nuestros ciudadanos.
 - c. Mejorar la calidad de la investigación.
 - d. Fomentar la formación de los profesionales para asegurar la generación de conocimiento y la actividad docente e investigadora.
 - e. Acreditación de unidades docentes y mejora de calidad de formación sanitaria especializada
 - f. Incentivación de la Formación Continuada con Bolsas de congresos, Rotaciones por otras unidades, Formación en jornada laboral como una parte más de los derechos y obligaciones profesionales

6. Atención en todo momento los requerimientos éticos y morales propios de la actividad y de la sociedad en su conjunto
 - a. Proveer a los ciudadanos de su área de una atención sanitaria integral y humanizada.
 - b. Fomentar el buen trato entre todo el personal, evaluación continuada sobre la calidad y trato a los pacientes y familiares
 - c. Revisar desde criterios bioéticos la docencia con pacientes reales. Valorar confidencialidad, consentimiento, información, previos a ser atendidos por estudiantes tanto de pre como de posgrado.
 - d. Fomentar las buenas prácticas que eviten los conflictos de intereses.

7. Satisfacción de las expectativas de la población
 - a. Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
 - b. Mejora de la integración y coordinación entre la Atención Primaria y la atención especializada.
 - c. Fomentar la participación ciudadana a través de los canales establecidos.
 - d. Información al usuario de la misión, visión, valores líneas estratégicas, objetivos y recursos y limitaciones del área VI.

- e. Accesibilidad por parte de los usuarios a los datos/indicadores del área.
- f. Presencia en los medios de comunicación, internet, foros ciudadanos...
- g. Intentar satisfacer las expectativas ciudadanas con la disponibilidad de recursos real.
- h. Impulsar la participación ciudadana a través del Consejo de Salud del Área.
- i. Revisión, mejora y actualización continua de los circuitos y al ciudadano.

8. Asegurar la equidad y accesibilidad

- a. Eliminar barreras de cualquier naturaleza que dificulten la accesibilidad tanto para usuarios/as y profesionales.
- b. Promover la equidad
- c. Controlar el uso inadecuado de recursos

9. Satisfacción de sus profesionales.

- a. Nuestra organización debe estar basada en los profesionales como su principal activo, preocupada por su satisfacción y desarrollo personal y profesional.
- b. Desarrollar programas de incentivación y motivación a los profesionales
- c. Participación de todos los profesionales en la toma de decisiones que afectan a su unidad o servicio.
- d. Distribución equitativa de cargas de trabajo
- e. Fomentar el reconocimiento del trabajo en equipo en la atención del paciente.

Líneas estratégicas de la Visión:

1. Atención continuada, integral, integrada, basada en la gestión de procesos

- a. Propiciar grupos de trabajo, bien establecidos bien puntuales como estrategia de comunicación y de relación entre Hospital y Primaria
- b. Buscar puntos de encuentro desde la gestión transversal del conocimiento.
- c. Desarrollo de la Gestión Clínica. Creo que se trata de la herramienta necesaria para poder lograr de forma más eficaz cristalizar la visión en el contexto de la misión y los valores a propuestos.
- d. Desarrollar la estructura de Área sanitaria
- e. Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas mediante el desarrollo de vías clínicas integradas entre niveles asistenciales.

- f. Unificación de historia clínica en todo el área VI
- g. Eliminar la complejidad de los trámites administrativos.
- h. Establecer un calendario de reuniones periódicas entre equipo gestor y coordinadores de primaria y especializada, donde informar resultados de la atención, estado de los procesos, comunicación de incidencias y resolución de las mismas.
 - i. Calendario de reuniones periódicas entre representantes de equipos de Atención Primaria y especializada en las que valorar el funcionamiento de las vías clínicas, resolución de problemas e incidencias.
 - j. Unificación de protocolos, vías clínicas y guías de práctica clínica en toda el Área VI
 - k. Garantizar la continuidad asistencial a través de mecanismos como la gestión de casos.

2. Disponer de infraestructuras adecuadas a los requerimientos y prestaciones sanitarias, seguras, cómodas y saludables.

- a. Integrar todos aquellos avances tecnológicos adecuados
- b. Dotar a los equipos de los recursos necesarios personal, material, etc
- c. Sistemas de información que reconozcan todas las actividades y compatibles entre sí y con cada una de las unidades del sistema (historia clínica única que incluya los datos de las pruebas complementarias)

3. Atención segura del paciente

- a. Potenciar un sistema de gestión de riesgos eficaz que se extienda a toda la organización.
- b. Mejorar las políticas de protección del paciente en el entorno sanitario, impulsando medidas encaminadas a mejorar la seguridad clínica.
- c. Reducir la variabilidad, mejorar la seguridad clínica y la continuidad asistencial.

ANEXO 2 - Matrices agendas Enfermería. Aclaraciones.

La agenda sirve para gestionar todas las funciones relacionadas con las citas de los pacientes y las tareas de los diferentes profesionales del Centro

Glosario de Términos:

MATRIZ: Es la plantilla de citas de la agenda para cada día de la semana.

ACTO: Los Actos se utilizan para definir, dentro de la Agenda, los diferentes tipos de visita que se realizan dentro de un Centro de Atención Primaria.

SITUACIÓN: Es el tipo de estado que definirá la característica de una visita. Hace referencia a color visible del acto, sirve para administrar quienes pueden dar las citas.

BLOQUES: Es el tiempo mínimo que se dedica en la visita. Al dar una cita se puede especificar un conjunto de bloques que reservamos.

Acto	Descripción	Grupo
DEM	Demanda	GENERALES
DEM1	Demanda No Demorable	GENERALES
DOMPR	Domicilio Programado	GENERALES
DOM	Domicilio Urgente	GENERALES
PROG	Programada	GENERALES
EDPSG	Educación para la salud grupal	GENERALES
LIBRE	Libre	GENERALES
CURA	Cura	ENFERMERÍA
ECG	Electro	ENFERMERÍA
ESPIR	Espirómetro	ENFERMERÍA
LAVOT	Lavado Otico	ENFERMERÍA
CIRUG	Cirugía	FACULTATIVOS
CITOL	Citología	MATRONA
EMBAR	Embarazo	MATRONA
EDUMA	Educación Maternal	MATRONA
REVPU	Revisión Puerperio	MATRONA
MONIT	Monitor	MATRONA
UGPL	UGA Planificación	UGA
UGAEM	UGA Embarazo	UGA
VIS1	Visita inicial Fisioterapia	FISIOTERAPIA
REVIS	Revisión Fisioterapia	FISIOTERAPIA
OBT	Obturación	ODONTOLOGO
SELL	Sellado	ODONTOLOGO
REVFL	Revisión Fluor	ODONTOLOGO

Situación	Definición
0 (Negro)	---citas a ofertar a través de centralita o en el mostrador
1 (Verde)	---citas que gestiona el profesional responsable
2 (Azul)	---citas a gestionar por los miembros del EAP
3 (Marrón)	--- citas a gestionar par los miembros del EAP
4 (Naranja)	--- citas que gestiona el profesional responsable
5 (Rojo)	Bloqueado – No cita

Actos – Situaciones ESTANDARIZADOS

ACTOS GENERALES

Acto	Situación	Descripción
DEM	0 (Negro)	DEMANDA

Acto DEMANDA (DEM): Consulta de demanda de atención sanitaria susceptible de ser resuelta o valorada por la Enfermera tanto por acceso directo o espontáneo del usuario como por derivación de otros profesionales.

Situación 0 (Negro): Indicará que este hueco estará visible para *Cita por Internet y Teléfono, así como en el mismo Centro de Salud.*

Acto	Situación	Descripción
DEM1	2 (Azul)	DEMANDA AZUL

Acto DEMANDA1 (DEM1): Consulta de demanda no demorable de atención sanitaria susceptible de ser resuelta o valorada por la Enfermera tanto por acceso directo o espontáneo del usuario.

Situación 2 (Azul): Indicará que este hueco estará visible solamente para el Centro de Salud. Citas para dar en el mismo día.

Acto	Situación	Descripción
DOMPR	1 (Verde)	DOMICILIO PROGRAMADO

Acto **DOMICILIO PROGRAMADO (DOMPR)**: Consulta de domicilio programada, para llevar a cabo, entre otros, los procesos de promoción de la salud, de prevención de alteraciones y de seguimiento de problemas instaurados de forma más o menos crónica, especificados o no en Cartera de Servicios, puesto que en dicha modalidad de consulta la Enfermera realiza la detección de problemas de autocuidado y el seguimiento de los planes de Cuidados.

Situación 1 (Verde): Indicará que este hueco estará visible solamente para la Enfermera.

Acto	Situación	Descripción
PROG	1 (Verde)	PROGRAMADA

Acto **PROGRAMADA (PROG)**: Consulta programada, para llevar a cabo, entre otros, los procesos de promoción de la salud, de prevención de alteraciones y de seguimiento de problemas instaurados de forma más o menos crónica, especificados o no en Cartera de Servicios, puesto que en dicha modalidad de consulta la Enfermera realiza la detección de problemas de autocuidado y el seguimiento de los planes de Cuidados.

Situación 1 (Verde): Indicará que este hueco estará visible solamente para la Enfermera.

Acto	Situación	Descripción
------	-----------	-------------

EDPSG	1 (Verde)	EDUCACION PARA LA SALUD GRUPAL
-------	-----------	--------------------------------

Acto **EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL (EDPSG)**: Consulta programada para llevar a cabo promoción de la salud. Se puede organizar con los pacientes de una Enfermera o de varias.

Situación **1 (Verde)**: Indicará que este hueco estará visible solamente para el Centro de Salud. Lo podrán emplear os profesionales que tengan permiso en citar este tipo de actividades.

Acto	Situación	Descripción
LIBRE	5 (Rojo)	LIBRE

La situación **5**, color **Rojo**, significa que los actos definidos con esta situación está bloqueado y no puede emplearse para la cita.

El estandarizar el acto LIBRE con la situación **5**, es por si queremos especificar en nuestra matriz de agenda un tramo horario, dedicado de colchón, especificar el desayuno... etc.

ACTOS ESPECÍFICOS PARA ENFERMERÍA

Acto	Situación	Descripción
CURA	3 (Marrón)	CURA

Acto CURA (CURA): Consulta de programada de atención sanitaria susceptible de ser resuelta o valorada por la Enfermera.

Situación **3 (Marrón)**: Indicará que este hueco estará visible solamente para el Centro de Salud.

Acto	Situación	Descripción
ECG	3 (Marrón)	ELECTRO

Acto **ELECTRO (ECG)**: Consulta de programada susceptible de ser resuelta por la Enfermera por derivación de otros profesionales.

Situación **3 (Marrón)**: Indicará que este hueco estará visible solamente para el Centro de Salud.

Acto	Situación	Descripción
ESPIR	3 (Marrón)	ESPIROMETRÍA

Acto **ESPIROMETRÍA (ESPIR)**: Consulta de programada susceptible de ser resuelta por la Enfermera por derivación de otros profesionales.

Situación **3 (Marrón)**: Indicará que este hueco estará visible solamente para el Centro de Salud.

Acto	Situación	Descripción
LAVOT	3 (Marrón)	LAVADO OTICO

Acto **LAVADO OTICO (LAVOT)**: Consulta programada para la realización de un Lavado otico, resuelta por la Enfermera, donde necesita un tiempo para la preparación y realización de la tarea.

Situación **3 (Marrón)**: Color definido sólo para ser visible por el Centro de Salud.

URGENCIAS

Se consideraran consultas URGENTES, todas aquellas cuyo acto haya sido forzado en la agenda. Estas no pueden estar en la matriz de la misma.

Se consideran independientemente el acto del color. Solo se valora si ha sido forzado el acto o no.

Actos empleados para las urgencias:

DEM – Para situaciones de Demanda de Atención Sanitaria, así como electros, pulsioxímetros, curas etc.

Y el acto DOM – Para los Domicilios de Atención Sanitaria.

Dentro de los actos estandarizados, aparece:

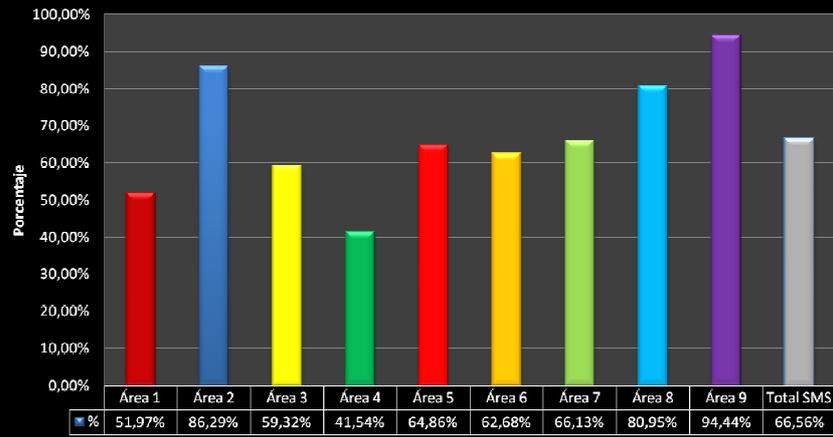
Acto	Situación	Descripción
DOM	0 (Negro)	DOMICILIO

Para diferenciarlo del Domicilio programado. Pero este tipo de acto siempre se forzará cuando se vaya a utilizar.

ANEXO 3 - Demoras en Enfermería: Agendas de demanda en las Áreas del Servicio Murciano de Salud.



% AGENDAS ENFERMERÍA CON HUECOS DE DEMANDA POR ÁREA



% DE AGENDAS DE ENFERMERÍA CON HUECOS DE DEMANDA POR CENTRO DE SALUD DEL ÁREA VI





Actos Disponibles en OMI AP (I)



Actos GENERALES		
Actos	Situación	Descripción
DEM	0 (Negro)	DEMANDA
DEM1	2 (Azul)	DEMANDA AZUL
DOMPR	1 (Verde)	DOMICILIO PROGRAMADO
DOM	0 (Negro)	DOMICILIO
PROG	1 (Verde)	PROGRAMADA
EDPSG	1 (Verde)	EDUCACION PARA LA SALUD GRUPAL
LIBRE	5 (Rojo)	LIBRE

Actos ENFERMEROS		
Actos	Situación	Descripción
CURA	3 (Marrón)	CURA
ECG	3 (Marrón)	ELECTRÓ
ESPIR	3 (Marrón)	ESPIROMETRÍA
LAVOT	3 (Marrón)	LAVADO OTICO



Actos Disponibles en OMI AP (II)



Actos MATRONAS		
Actos	Situación	Descripción
CITOL	2 (Azul)	CITOLOGIA
EMBAR	0 (Negro)	EMBARAZO
EDUMA	1 (Verde)	EDUCACION MATERNAL
REVPU	3 (Marrón)	REVISIÓN PUERPERIO
MONIT	4 (Naranja)	MONITOR

Actos UGAs		
Actos	Situación	Descripción
UGPL	3 (Marrón)	UGA PLANIFICACIÓN
UGAEM	3 (Marrón)	UGA EMBARAZO

Actos FISIOTERAPEUTAS		
Actos	Situación	Descripción
VIS1	0 (Negro)	VISITA INICIAL FISIOTERAPIA
REVIS	2 (Azul)	REVISION FISIOTERAPIA

Actos FACULTATIVOS		
Actos	Situación	Descripción
CIRUG	3 (Marrón)	CIRUGIA

Actos ODONTOLOGOS		
Actos	Situación	Descripción
OBT	3 (Marrón)	OBTURACIÓN
SELL	3 (Marrón)	SELLADO
REVFL	3 (Marrón)	REVISIÓN FLUOR



Agendas de Enfermería - Composición



50 % Consulta PROGRAMADA.
30 % Consulta DEMANDA
20% Consulta No Demorable (DEM1)

DOMICILIOS, DOMICILIOS
PROGRAMADOS, EDUCACIÓN GRUPAL
Será Modificados en la Agenda de
Enfermería según Necesidad /Petición
de Paciente.



Podemos Facilitar:

Agendas de enfermería por CIAS que hay en los centros y los números de huecos que tienen de Demanda de Lunes a Viernes.

Se necesita saber:

Mapa de situación por Centro de Salud de las Consultas de Enfermería.

Nº de Consultas,

Si comparten consulta.

Cuantos enfermeros comparten una consulta ... etc



Se pueden conservar agendas comunes:

EXTRACCIONES

TECNICAS: ELECTRO – ESPIROMETRO

Caso de que tengan que compartir consultas:

CURAS

DEMANDA

IMPORTANTE:

El paciente no puede salir perjudicado por organizar las agendas.

Se quiere ganar en calidad y continuidad asistencial.



¿Cómo vamos a conseguir esto?



ANEXO 4 Propuestas de agendas de Enfermería en el Área VI

Esta es una propuesta de agendas flexible, que será necesario ajustar en base a las necesidades reales de cada EAP.

COMENTARIOS:

- El objetivo fundamental de esta propuesta de Agendas es lograr varios de los objetivos que se plantean en el Acuerdo de Gestión: que todas las Enfermeras tengan agenda de consulta a demanda, aumentar la atención a los pacientes crónicos y lograr la Continuidad de los Cuidados dentro del mismo escenario asistencial.
- Actos y colores de las agendas:
 - DEM (negro): consultas a demanda, que significa que cualquier profesional puede dar la cita(En un futuro se ofertarán también a través de CITRIX: teléfono e internet)
 - DEM 1 (azul): consultas a demanda que se reservarán para las consultas no demorables que surjan durante la mañana.
 - DOM (negro): domicilios a demanda.
 - DOMPR (verde): Domicilios Programados
 - PROG (verde): Consulta Programada
 - LIBRE: solo utilizarlo en casos excepcionales cuando sea necesario bloquear una agenda, y no en el diseño de la matriz.

Algunas matrices para la realización de las agendas

Previsualización informe

Archivo Vista Ampliar

Página: 1 Ancho: 1 Alto: 1

MATRIZ HORARIA DE SEMANA LABORAL

Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes		
Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Sit
9:10	PROGR	VERDE	9:10	ECG	NEGRO	9:10	PROGR	VERDE	9:10	PROGR	VERDE	9:10	PROGR	VERD
9:20	DBM	NEGRO	9:20	ECG	NEGRO	9:20	DBM	NEGRO	9:20	DBM	NEGRO	9:20	DBM	NEGF
9:30	PROGR	VERDE	9:30	ECG	NEGRO	9:30	PROGR	VERDE	9:30	PROGR	VERDE	9:30	PROGR	VERD
9:40	DBM	NEGRO	9:40	ECG	NEGRO	9:40	DBM	NEGRO	9:40	DBM	NEGRO	9:40	DBM	NEGF
9:50	PROGR	VERDE	9:50	ECG	NEGRO	9:50	PROGR	VERDE	9:50	PROGR	VERDE	9:50	PROGR	VERD
10:30	DOMICILIO	VERDE	10:30	DOMICILIO	VERDE	10:30	DOMICILIO	VERDE	10:30	DOMICILIO	VERDE	10:30	DOMICILIO	VERD
10:50	DOMICILIO	VERDE	10:50	DOMICILIO	VERDE	10:50	DOMICILIO	VERDE	10:50	DOMICILIO	VERDE	10:50	DOMICILIO	VERD
11:10	DOMICILIO	VERDE	11:10	DOMICILIO	VERDE	11:10	DOMICILIO	VERDE	11:10	DOMICILIO	VERDE	11:10	DOMICILIO	VERD
11:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DOMICILIO	VERD
12:00	PROGR	VERDE	12:00	DBM	NEGRO	12:00	PROGR	VERDE	12:00	DBM	NEGRO	12:00	PROGR	VERD
12:10	DBM	NEGRO	12:10	DBM	AZUL	12:10	DBM	NEGRO	12:10	DBM	AZUL	12:10	DBM	NEGF
12:15	DBM	NEGRO	12:20	DBM	NEGRO	12:15	DBM	NEGRO	12:20	DBM	NEGRO	12:15	DBM	NEGF
12:20	PROGR	VERDE	12:30	DBM	AZUL	12:30	CIRUG	MARRON	12:30	DBM	AZUL	12:20	PROGR	VERD
12:30	PROGR	VERDE	12:40	DBM	NEGRO	12:40	CIRUG	MARRON	12:40	DBM	NEGRO	12:30	PROGR	VERD
12:40	DBM	NEGRO	12:50	DBM	AZUL	12:50	CIRUG	MARRON	12:50	DBM	AZUL	12:40	DBM	NEGF
12:45	DBM	NEGRO	13:00	DBM	NEGRO	13:00	CIRUG	MARRON	13:00	DBM	NEGRO	12:45	DBM	NEGF
12:50	PROGR	VERDE	13:10	DBM	AZUL	13:10	CIRUG	MARRON	13:10	DBM	AZUL	12:50	PROGR	VERD
13:00	PROGR	VERDE	13:20	DBM	NEGRO				13:20	DBM	NEGRO	13:00	PROGR	VERD
13:10	DBM	NEGRO	13:30	DBM	AZUL				13:30	DBM	AZUL	13:10	DBM	NEGF
13:15	DBM	NEGRO	13:40	DBM	NEGRO				13:40	DBM	NEGRO	13:15	DBM	NEGF
13:20	PROGR	VERDE	13:50	DBM	AZUL				13:50	DBM	AZUL	13:20	PROGR	VERD
13:25	DBM	NEGRO										13:25	DBM	NEGF
13:30	DBM	NEGRO										13:30	DBM	NEGF
13:40	PROGR	VERDE										13:40	PROGR	VERD

Página 1 de 1 Ampliar (100%)

Previsualización informe

Archivo Vista Ampliar

Página: 1 Ancho: 1 Alto: 1

MATRIZ HORARIA DE SEMANA LABORAL

Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes		
Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Sit
9:10	PROGR	VERDE	9:10	PROGR	VERDE	9:10	PROGR	VERDE	9:10	PROGR	VERDE	9:10	ECG	NEGF
9:20	DBM	NEGRO	9:20	DBM	NEGRO	9:20	DBM	NEGRO	9:20	DBM	NEGRO	9:20	ECG	NEGF
9:30	PROGR	VERDE	9:30	PROGR	VERDE	9:30	PROGR	VERDE	9:30	PROGR	VERDE	9:30	ECG	NEGF
9:40	DBM	NEGRO	9:40	DBM	NEGRO	9:40	DBM	NEGRO	9:40	DBM	NEGRO	9:40	ECG	NEGF
9:50	PROGR	VERDE	9:50	PROGR	VERDE	9:50	PROGR	VERDE	9:50	PROGR	VERDE	9:50	ECG	NEGF
10:00	DBM	NEGRO	10:00	DBM	NEGRO	10:00	DBM	NEGRO	10:00	DBM	NEGRO	10:00	DBM	NEGF
10:05	DBM	NEGRO	10:05	DBM	NEGRO	10:10	DBM	AZUL	10:05	DBM	NEGRO	10:10	DBM	AZUL
10:15	PROGR	VERDE	10:15	PROGR	VERDE	10:20	DBM	NEGRO	10:15	PROGR	VERDE	10:20	DBM	NEGF
10:30	DBM	NEGRO	10:30	DBM	NEGRO	10:30	DBM	AZUL	10:30	DBM	NEGRO	10:30	DBM	AZUL
10:35	DBM	NEGRO	10:35	DBM	NEGRO	10:40	DBM	NEGRO	10:35	DBM	NEGRO	10:40	DBM	NEGF
10:45	PROGR	VERDE	10:45	PROGR	VERDE	10:50	DBM	AZUL	10:45	PROGR	VERDE	10:50	DBM	AZUL
11:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DOMICILIO	VERDE	11:00	DBM	NEGRO	11:30	DOMICILIO	VERDE	11:00	DBM	NEGF
11:50	DOMICILIO	VERDE	11:50	DOMICILIO	VERDE	11:10	DBM	AZUL	11:50	DOMICILIO	VERDE	11:10	DBM	AZUL
12:10	DOMICILIO	VERDE	12:10	DOMICILIO	VERDE	11:20	DBM	NEGRO	12:10	DOMICILIO	VERDE	11:20	DBM	NEGF
12:30	DOMICILIO	VERDE	12:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DBM	AZUL	12:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DBM	AZUL
13:00	PROGR	VERDE	13:00	PROGR	VERDE	11:40	DBM	NEGRO	13:00	PROGR	VERDE	11:40	DBM	NEGF
13:10	DBM	NEGRO	13:10	DBM	NEGRO	11:50	DBM	AZUL	13:10	DBM	NEGRO	11:50	DBM	AZUL
13:15	DBM	NEGRO	13:15	DBM	NEGRO	12:00	DOMICILIO	VERDE	13:15	DBM	NEGRO	12:00	DOMICILIO	VERD
13:20	PROGR	VERDE	13:20	PROGR	VERDE	12:20	DOMICILIO	VERDE	13:20	PROGR	VERDE	12:20	DOMICILIO	VERD
13:30	DBM	NEGRO	13:30	DBM	NEGRO	12:40	DOMICILIO	VERDE	13:30	DBM	NEGRO	12:40	DOMICILIO	VERD
13:35	DBM	NEGRO	13:35	DBM	NEGRO	13:00	DOMICILIO	VERDE	13:35	DBM	NEGRO	13:00	DOMICILIO	VERD
13:40	PROGR	VERDE	13:40	PROGR	VERDE	13:30	PROGR	VERDE	13:40	PROGR	VERDE	13:30	PROGR	VERD
						13:40	PROGR	VERDE				13:40	PROGR	VERD

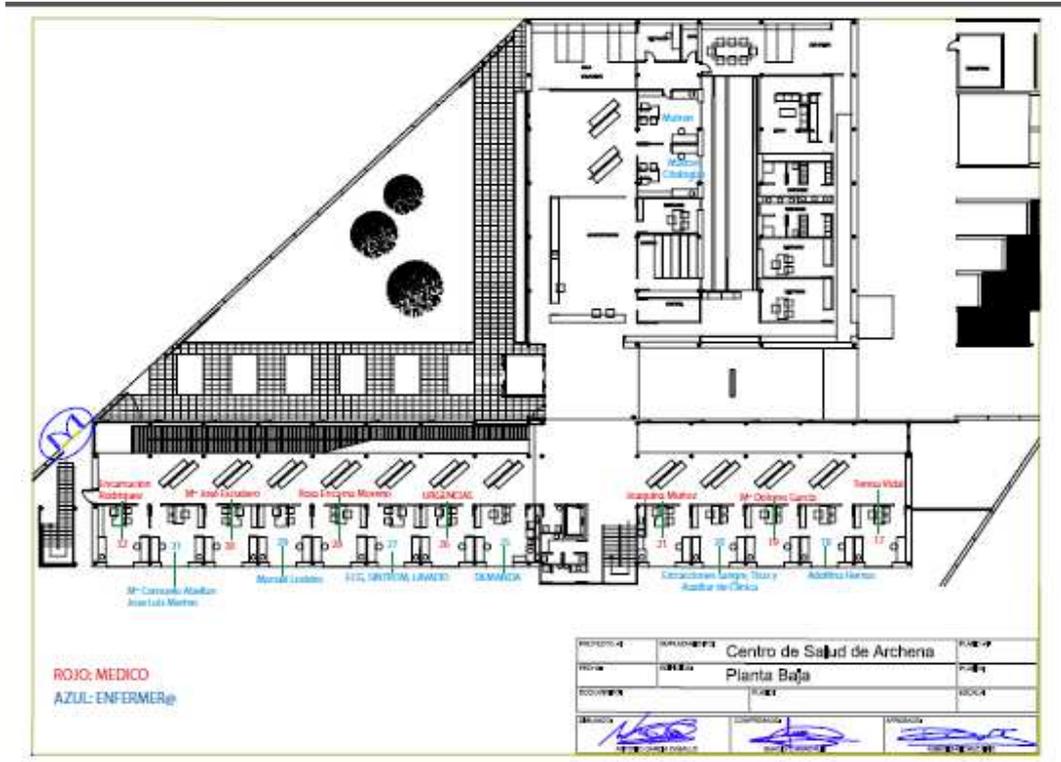
Página 1 de 1 Ampliar (100%)

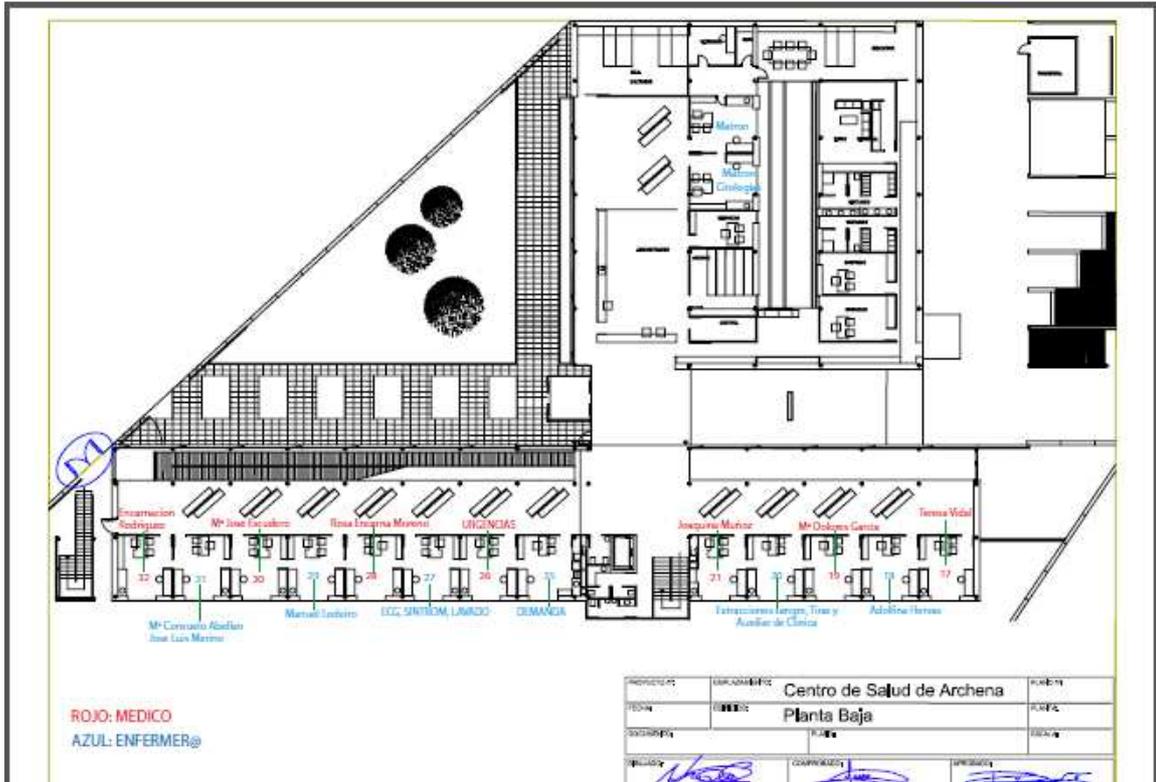
MATRIZ HORARIA DE SEMANA LABORAL

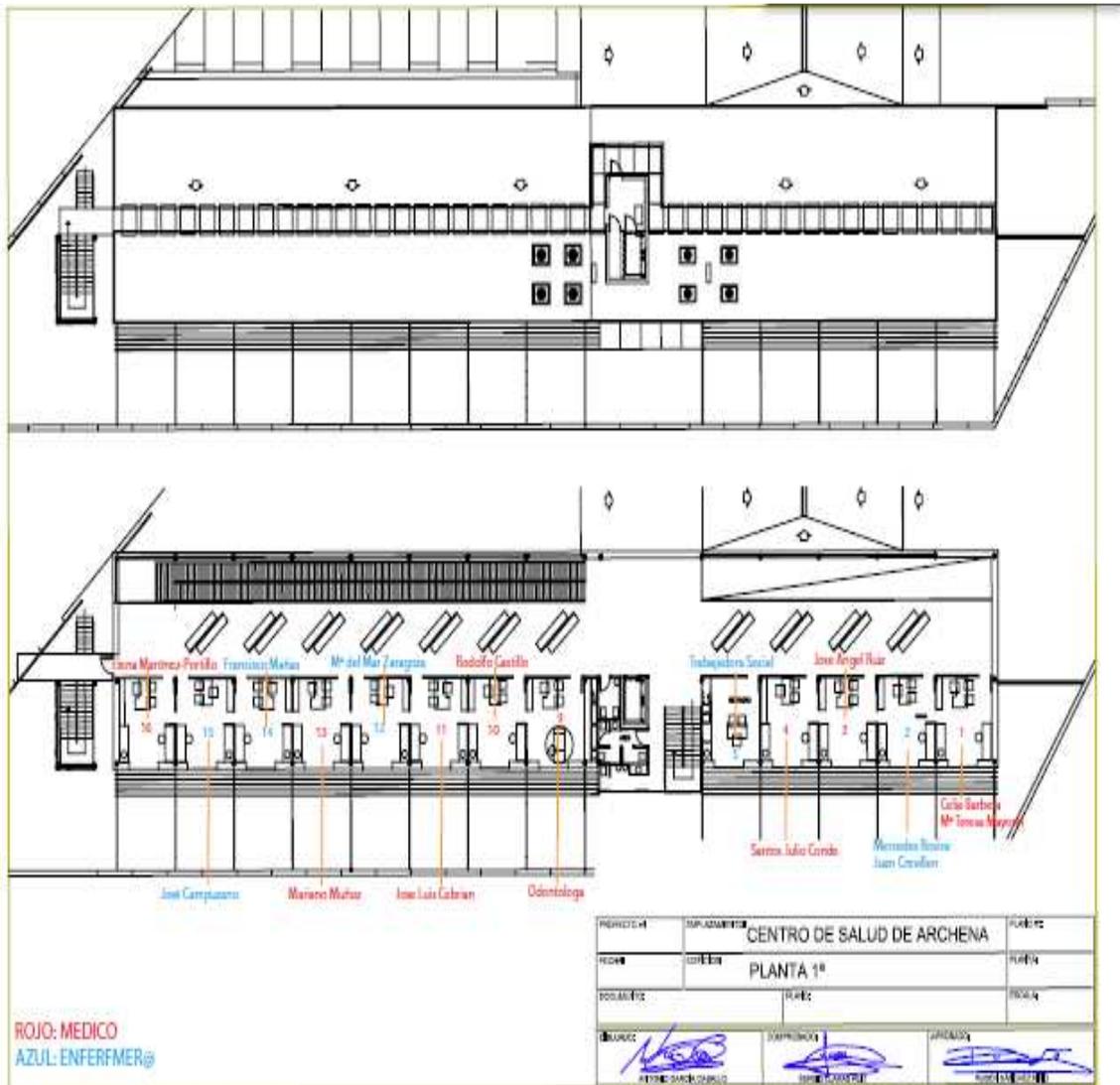
Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes		
Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación	Hora	Acto	Situación
9:10	PROGR	VERDE	9:10	PROGR	VERDE	9:10	ECG	NEGRO	9:10	PROGR	VERDE	9:10	PROGR	VERDE
9:20	DEM	NEGRO	9:20	DEM	NEGRO	9:20	ECG	NEGRO	9:20	DEM	NEGRO	9:20	DEM	NEGRO
9:30	PROGR	VERDE	9:30	PROGR	VERDE	9:30	ECG	NEGRO	9:30	PROGR	VERDE	9:30	PROGR	VERDE
9:40	DEM	NEGRO	9:40	DEM	NEGRO	9:40	ECG	NEGRO	9:40	DEM	NEGRO	9:40	DEM	NEGRO
9:50	PROGR	VERDE	9:50	PROGR	VERDE	9:50	ECG	NEGRO	9:50	PROGR	VERDE	9:50	PROGR	VERDE
10:00	DEM	NEGRO	10:00	DEM	NEGRO	10:00	DEM	NEGRO	10:00	DEM	NEGRO	10:00	DEM	NEGRO
10:10	DEM1	AZUL	10:05	DEM	NEGRO	10:05	DEM	NEGRO	10:10	DEM1	AZUL	10:05	DEM	NEGRO
10:20	DEM	NEGRO	10:15	PROGR	VERDE	10:15	PROGR	VERDE	10:20	DEM	NEGRO	10:15	PROGR	VERDE
10:30	DEM1	AZUL	10:30	DEM	NEGRO	10:30	DEM	NEGRO	10:30	DEM1	AZUL	10:30	DEM	NEGRO
10:40	DEM	NEGRO	10:35	DEM	NEGRO	10:35	DEM	NEGRO	10:40	DEM	NEGRO	10:35	DEM	NEGRO
10:50	DEM1	AZUL	10:45	PROGR	VERDE	10:45	PROGR	VERDE	10:50	DEM1	AZUL	10:45	PROGR	VERDE
11:00	DEM	NEGRO	11:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DOMICILIO	VERDE	11:00	DEM	NEGRO	11:30	DOMICILIO	VERDE
11:10	DEM1	AZUL	11:50	DOMICILIO	VERDE	11:50	DOMICILIO	VERDE	11:10	DEM1	AZUL	11:50	DOMICILIO	VERDE
11:20	DEM	NEGRO	12:10	DOMICILIO	VERDE	12:10	DOMICILIO	VERDE	11:20	DEM	NEGRO	12:10	DOMICILIO	VERDE
11:30	DEM1	AZUL	12:30	DOMICILIO	VERDE	12:30	DOMICILIO	VERDE	11:30	DEM1	AZUL	12:30	DOMICILIO	VERDE
11:40	DEM	NEGRO	13:15	DEM	NEGRO	13:15	DEM	NEGRO	11:40	DEM	NEGRO	13:15	DEM	NEGRO
11:50	DEM1	AZUL	13:20	PROGR	VERDE	13:20	PROGR	VERDE	11:50	DEM1	AZUL	13:20	PROGR	VERDE
12:00	DOMICILIO	VERDE	13:30	DEM	NEGRO	13:30	DEM	NEGRO	12:00	DOMICILIO	VERDE	13:30	DEM	NEGRO
12:30	DOMICILIO	VERDE	13:40	PROGR	VERDE	13:40	PROGR	VERDE	12:30	DOMICILIO	VERDE	13:40	PROGR	VERDE
12:40	DOMICILIO	VERDE							12:40	DOMICILIO	VERDE			
13:10	DOMICILIO	VERDE							13:10	DOMICILIO	VERDE			
13:30	PROGR	VERDE							13:30	PROGR	VERDE			
13:40	PROGR	AZUL							13:40	PROGR	VERDE			

ANEXO 5 - Planos de centros de salud para adaptar las consultas de enfermería

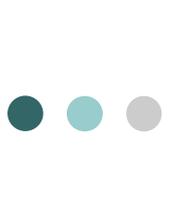
Los planos corresponden a Las Torres de Cotillas, Archena y Cabezo de Torres. En los tres casos se han cambiado el uso de los espacios y se han convertido en consultas de enfermería, donde en los tres casos en el informe previo no existían consultas libres, de ahí el compartir o la justificación de realizar tareas comunes.







ANEXO 6 - Reuniones con los Responsables de Enfermería.



REUNIÓN RESPONSABLES ENFERMERÍA DIRECCIÓN ENFERMERÍA



1

Dirección Enfermería Área VI

17-2-2012



ORDEN DEL DÍA

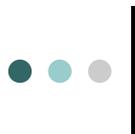
- Agendas

2

Dirección Enfermería Área VI

17-2-2012





Agendas

Contrato de Gestión:

- Alcanzar el **100%** de pacientes con **asignación de enfermera en TSI.**
- Alcanzar el **100%** de profesionales con **agendas con espacio de demanda.**

Cartera de Servicios:

- Ruta de diabetes
- Educación grupal

3

Dirección Enfermería Área VI 17-522012



¿Qué queremos conseguir?

- Unificación a nivel de área de aspectos básicos de la organización de EAP.
- Mejorar la accesibilidad del usuario a la consulta enfermera.
- Dar visibilidad y protagonismo a los cuidados enfermeros

4

Dirección Enfermería Área VI 17-2-2012



NORMALIZACIÓN DE LAS AGENDAS

- Reales
- Flexibles
- Similares y Normalizadas
- Abiertas y Complementarias
- Humanizadas



5

Dirección Enfermería Área VI

17-2-2012

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8,00	EXT. CENTRO				
9,00	EXT. DOM				
9,00 H	SINTROM	SINTROM	SINTROM	SINTROM	SINTROM
	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
	Espirometrias	Espirometrias	Espirometrias	Espirometrias	Espirometrias
9,00 A 9,20	PAUSA	C	A	F	E
9,30	PROGR	Educación	PROGR	PROGR	PROGR
9,40	PROGR	grupal/	PROGR	PROGR	PROGR
9,50	DEM	Actividades	DEM	DEM	DEM
9,55	DEM	comunitarias/	DEM	DEM	DEM
10,00	PROGR	Salud escolar	PROGR	PROGR	PROGR
10,10	PROGR		PROGR	PROGR	PROGR
10,20	DEM		DEM	DEM	DEM
10,25	DEM		DEM	DEM	DEM
10,30	PROGR		PROGR	PROGR	PROGR
10,40	PROGR		PROGR	PROGR	PROGR
10,50	DEM		DEM	DEM	DEM
11,00	DOM	DOM	DOM	DOM	DOM
11,20	DOM	DOM	DOM	DOM	DOM
11,40	DOM	DOM	DOM	DOM	DOM
12,00	DOM	DOM	DOM	DOM	DOM
12,30	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
12,45	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
13,00	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,05	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,10	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
13,15	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
13,25	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,30	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,35	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,40	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
14,00	A Sesiones	REUNIONES	URGENCIAS	Investigación	OTROS
15,00					

6

Dirección Enfermería Área VI

17-2-2012

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8,00 A 9,00 H	EXT. CENTRO EXT. DOM SINTROM ECG Espirometrias				
9,00 A 9,20	PAUSA	C	A	F	E
9,30	DOM	DOM	DOM	DOM	DOM
9,50	DOM	DOM	DOM	DOM	DOM
10,10	DOM	DOM	DOM	DOM	DOM
10,30	DOM	DOM	DOM	DOM	DOM
11,00	PROGR	PROGR	Educación	PROGR	PROGR
11,10	PROGR	PROGR	grupal/	PROGR	PROGR
11,20	DEM	DEM	Actividades	DEM	DEM
11,25	DEM	DEM	comunitarias/	DEM	DEM
11,30	PROGR	PROGR	Salud escolar	PROGR	PROGR
11,40	PROGR	PROGR		PROGR	PROGR
12,05	DEM	DEM		DEM	DEM
12,10	DEM	DEM		DEM	DEM
12,15	PROGR	PROGR		PROGR	PROGR
12,30	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
12,45	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
13,00	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,05	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,10	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
13,15	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
13,25	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,30	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,35	DEM	DEM	DEM	DEM	DEM
13,40	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR	PROGR
14,00 A 15,00	Sesiones	REUNIONES	URGENCIAS	Investigación	OTROS

HORARIO	Sábados
8,00 A 9,00 H	DEM
9,00 A 9,30 H	PAUSA-Café
9,30	DEM 1
9,40	DEM 1
9,50	DEM 1
9,55	DEM 1
10,00	DEM 1
10,10	DEM 1
10,20	DEM 1
10,25	DEM 1
10,30	DEM 1
10,40	DEM 1
10,50	DEM 1
10,55	DEM 1
11,00	DOM
11,20	DOM
11,40	DOM
12,00	DEM 1
12,05	DEM 1
12,10	DEM 1
12,20	DEM 1
12,25	DEM 1
12,30	DEM 1
12,40	DEM 1
12,45	DEM 1
12,50	DEM 1
12,55	DEM 1
13,00	DEM 1
13,10	DEM 1
13,20	DEM 1
13,25	DEM 1
13,30	DEM 1
13,40	DEM 1
13,50	DEM 1
14,00 – 15,00	DEM /URG.

● ● ● | Agendas

- Poniendo los ECG a primera hora tenemos resuelto los preoperatorios: el paciente no tiene que esperar, se hace la extracción y a continuación el ECG.
- Los lavados óticos deben realizarse en la consulta programada.

9

Dirección Enfermería Área VI

17-2-2012



● ● ● | Agendas

- Algunos sintrones se pueden realizar en consulta programada mas tarde, no necesariamente a las 8 de la mañana, lo mismo con los de domicilio.

Consiguiendo así una mínima agenda de extracciones a domicilio y que cada enfermera haga realmente las de sus pacientes, además de que así disponemos del máximo de efectivos a primera hora en el Centro.

10

Dirección Enfermería Área VI

17-5-2012

● ● ● | Sesiones formativas

- Promover la realización periódica estimulando/ implicando a los profesionales (casos clínicos, técnicas de enfermería, registros OMI, etc.)

● ● ● | Sesiones formativas

- Promover la realización periódica estimulando/ implicando a los profesionales (casos clínicos, técnicas de enfermería, registros OMI, etc.)

Reunión Responsables Enfermería Área VI



Reunión Responsables de Enfermería Área VI- 28 Noviembre 2013

1

Orden del día

1. Trasmisión de la información.
2. Permisos y vacaciones.
3. Curso registros OMI y Planes de cuidados
4. Implantación de Guías de trabajo
(Apósitos, DM...)
5. Ruegos y preguntas.

1. TRASMISIÓN DE LA INFORMACIÓN.

¿Cómo transmitís la información?



Reunión Responsables de Enfermería Área
VI- 28 Noviembre 2013

4

2. PERMISOS Y VACACIONES.



Reunión Responsables de Enfermería Área VI- 28 Noviembre 2013

5

- Hasta el 31 de diciembre vacaciones
- Hasta el 15 de enero LD
- Los días se trabajarán 24 y 31 como sábados.
- Cursos: nombre del curso, quién lo organiza y justificante de asistencia.



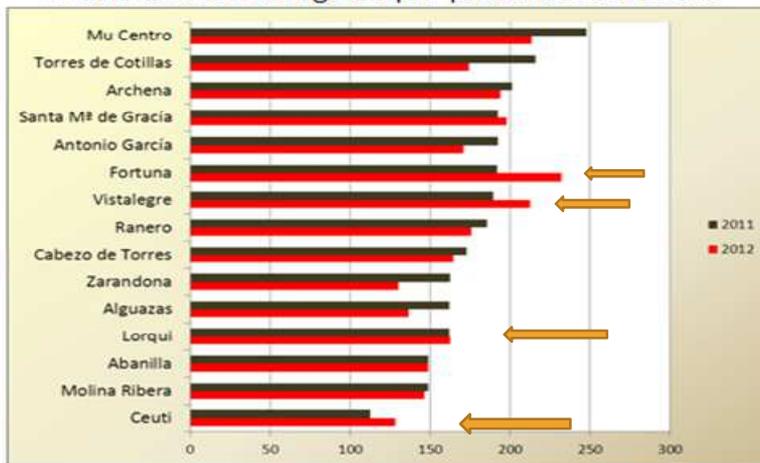
3. CURSO REGISTROS OMI Y PLANES DE CUIDADOS



- Sesiones acreditadas como curso
- Responsable/ Responsables
- Planificación de fechas y temas por adelantado
- Mínimo de participantes: 10 personas
- Hoja de firmas : mínimo 90% de asistencia

4. IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE TRABAJO (APÓSITOS, DM...)

Media de tiras entregadas por paciente 2011-2012



5. RUEGOS Y PREGUNTAS

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL: CAPTAR A MAYORES DE 60 AÑOS Y CRÓNICOS



Reunión Responsables de Enfermería Área VI- 28 Noviembre 2013

12

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS



Reunión Responsables de Enfermería Área VI- 28 Noviembre 2013

13

Tercer trimestre 2013

	ICC_HOSPITAL	ICC_AP	% CUMPLIMENTACION
ABANILLA	30	28	93,33%
ALGUAZAS	21	1	4,76%
ARCHENA	86	13	15,12%
CABEZO DE TORRES	111	26	23,42%
FORTUNA	39	37	94,87%
LAS TORRES DE COTILLAS	125	29	23,20%
MOLINA /ANTONIO GARCIA	108	16	14,81%
MURCIA/CENTRO	129	9	6,98%
MU/Stª MARÍA DE GRACIA	106	78	73,58%
MU/VISTA ALEGRE	170	3	1,76%
MOLINA /JESUS MARIN	123	11	8,94%
CEUTI	42	2	4,76%
LORQUI	15	4	26,67%
MU/ZARANDONA	26	6	23,08%
MU/EL RANERO	49	4	8,16%
	1180	267	22,63%

Reunión Responsables de Enfermería Área VI- 28 Noviembre 2013

14

- ¿Qué problemas se os plantean ante el ICC ?

<http://www.youtube.com/embed/wYwHIkpQmqQ>

ANEXO 7 - Circuitos organizativos de los centros de salud para la implantación de las nuevas agendas de enfermería

Jesús Marín, cuando realiza en cambio de agendas elabora sus propios documentos para reforzar el área administrativa y aclarar posibles dudas, el documento se muestra integro

NUEVAS AGENDAS ENFERMERIA, DESDE 15-1-2013

Desde este día las agendas de los enfermeros cambian, tendrán huecos de programada y demanda negro. La programada como siempre, pero la demanda negro es para las curas que iban al botiquín (primera visita), los pinchazos, las tiras de orina, puntos, etc. Se citan en el día en esos huecos de demanda negro.

Cuando no quedan citas para un enfermero en el día y sea urgente (según el enfermo), lo mandamos que hable con su enfermero. Si no está y es URGENTE listado de planta.

Desaparece la sala de curas y los ECG se bajan a la sala de curas (CONS. N° 10). En las agendas de los electros hay unos huecos de DEMANDA AZUL, son por si entra algún paciente por la puerta muy urgente, se cita ahí y se pone URGENTE si faltan se fuerzan. Si el enfermero que está en la sala de ECG y URGENCIA le viene una demanda (ejem I.M.) se cita en esa demanda y se pone IM.

Si la urgencia es un paciente de la tarde se cita también en esos huecos azules de los enfermeros que están en ECG y URGENCIA.

Los E.C.G. de pediatría se citan en cualquier consulta de enfermería.

Os acompaño una hoja con los médicos y sus enfermeros, más el espejo del enfermero. Esto quiere decir que cuando el enfermero titular de ese médico no está y lo necesita el médico para algo urgente puede ser el otro enfermero. PERO SOLO PARA EL MEDICO, NO PARA NOSOTROS SI NO ESTA SU ENFERMERO.

Cuando falta un enfermero y no tiene sustituto, su consulta la asumen sus compañeros de planta, que se repartirán su consulta. NO LOS ESPEJOS.

En el mostrador hay una relación por planta, para anotar las urgencias que se mandan a cada uno del enfermero que no está.

Los tapones se citan en programada negra, en su enfermero, en observaciones poner TAPONES.

Los sintrones a domicilio de nuestros pacientes se citan en su Enfermera/o en DOMICILIOS MARRON, se pregunta por el domicilio que sale si es correcto, y en observaciones se pone SINTRON. El volante se lo lleva el paciente.

Los sintrones a DOMICILIO DE LA TARDE se cita en agenda de ANALITICAS a DOMICILIO

Los sintrones del otro centro se citan en la agenda de ANALITICAS A DOMICILIO y en las observaciones se pone el domicilio, y el nombre de su médico. El volante se lo lleva el paciente.

DESPLAZADOS SINTRON y no traen la hoja calendario hay que pedirle hoja analítica + informe de inicio de sintrón, pinchar en el brazo.

Si son desplazados de la provincia o de fuera de la comunidad, tienen que hacerse la tarjeta de desplazamiento y poner en la hoja calendario el nº de la tarjeta CARM. Se pinchan en el dedo, en la hoja calendario se le pone el nº de teléfono y se manda por fax el nº 10 SINTRON.”

NUEVAS AGENDAS ENFERMERIA ARCHENA

Premisa: Tener preparados carteles informativos para ponerlos en todas las consultas tanto de los periféricos como del centro cabecera para que la población vaya conociendo los cambios que se van a producir. Desde este día las agendas de los enfermeros cambian, tendrán huecos de programada y demanda negro. La programada como siempre, pero la demanda negro es para las curas que iban al botiquín (primera visita), los inyectables, las tiras de orina, etc. Se citan en el día en esos huecos de demanda negra (DEM), para asumir la demanda de cada enfermero en la propia consulta.

Cuando no quedan citas para un enfermero en el día y sea “no demorable” se forzará la cita en demanda azul (DEM1). Si no está el enfermero de su cupo y es “no demorable” lo asumirá el espejo o como el equipo decida, pero no otra vez en la sala de urgencias. Esto requiere: información, paciencia y mucho refuerzo del Área administrativa y del resto del equipo. Desaparece la sala de Curas/Botiquín/Demanda, tal y como está concebida

actualmente, y se convierte en sala de urgencias. Aquí se harán los ECG de cada enfermero por tramos horarios. En las agendas de cada enfermero se citarán los electros en actos ECG y existirán huecos de DEMANDA AZUL, por si surge un ECG urgente o una URGENCIA VITAL, si faltan huecos se fuerzan.

Cuando falta un enfermero, su consulta la asumen sus compañeros de planta, que se repartirán su agenda, NO LOS ESPEJOS. Las demandas “no demorables” de los pacientes del enfermero que no está se repartirán entre cada uno de los compañeros, para ello en el mostrador habrá un listado, para anotar el orden.

Los tapones se citan en programada, en su enfermero, en observaciones poner TAPONES.

Los sintrones a domicilio de nuestros pacientes se citan en su Enfermera/o en DOMICILIOS, se pregunta por el domicilio que sale si es correcto, y en observaciones se pone SINTRON. El volante se lo lleva el paciente. DESPLAZADOS SINTRON y no traen la hoja calendario hay que pedirle hoja analítica + informe de inicio de sintrón, extracción venosa. Si son desplazados de la provincia o de fuera de la comunidad, tienen que hacerse la tarjeta de desplazamiento y poner en la hoja calendario el n° de la tarjeta CARM.

ANEXO 8: Permisos al Sr Director Gerente del Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia.



UNIVERSIDAD DE
MURCIA | Facultad de
Enfermería

Murcia 4 de noviembre 2013

Estimado Sr. Gerente del Área VI, Vega Media del Segura

Desde la Universidad de Murcia, es nuestro cometido pedirle autorización para iniciar un estudio de investigación centrado en una Tesis Doctoral, tutelada por la Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería.

Una de las acciones previstas en esta tesis, es la recogida de datos del Programa OMIC-AP Y SIAP sobre la gestión de la actividad de Enfermería.

La Tesis Doctoral se titula "Organización de la Atención de Enfermería en el Área VI, Vega Media del Segura. Región de Murcia".

Así pues, solicitamos su colaboración para poder iniciar esta investigación, a realizar por D^a Encarnación Martínez Sánchez, con DNI: 22472853J, Subdirectora de Continuidad de Cuidados del Área VI, Vega Media del Segura, desde el año 2011 hasta la actualidad.

Muy agradecidos y esperando su respuesta, le saluda atentamente los Directores de la Tesis la Dra. D^{ña}. M^a Emilia Martínez Roche, Profesora Titular del Departamento de Enfermería y Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas, de la Universidad de Murcia y del Servicio Murciano de Salud y el Dr. César Carrillo García, Profesor Asociado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia y Enfermero del Hospital Universitario Morales Meseguer.

Atentamente

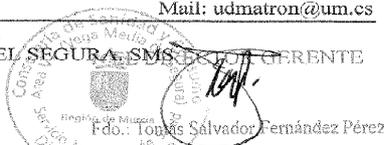
Fdo.: M^a Emilia Martínez Roche
Coordinadora de la Unidad Docente de
Enfermería Obstétrico-Ginecológica
(Matrona)

César Carrillo García
Profesor Asociado Facultad de
Enfermería
Enfermero del Hospital Universitario
Morales Meseguer

Mail: udmatron@um.es

D. TOMAS SALVADOR FERNÁNDEZ PÉREZ.
DR. GERENTE DEL ÁREA VI, VEGA MEDIA DEL SEGURA, SMS DEL ÁREA VI GERENTE

8-13-



Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)
Campus Universitario de Espinardo, 30100 Murcia - Tl. 868 88 8291 - Fax: 868 88 7530

UNIVERSIDAD DE
MURCIA

