

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Estudio sobre el rol de la enfermera en las consultas externas en un
hospital de tercer nivel: influencia del entorno**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Teresa Soy Andrade

Directores

Máximo A. González Jurado
Pilar Fernández Fernández

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO SOBRE EL ROL DE LA ENFERMERA EN LAS CONSULTAS
EXTERNAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: INFLUENCIA DEL
ENTORNO**

**PRESENTADA POR
MARIA TERESA SOY ANDRADE**

**DIRECTORES
Dr. Máximo A. González Jurado
Dra. Pilar Fernández Fernández**

**Madrid
2015**

*El verdadero viaje de descubrimiento consiste no en buscar nuevos paisajes,
sino tener nuevos ojos*

Marcel Proust

Agradecimientos

Agradezco el cariño de mi familia, el apoyo y la amistad de todas aquellas personas que estuvieron a mi lado, dándome los mejores ánimos para que la presente tesis doctoral vea la luz.

Índice de Contenidos

RESUMEN.....	17
ABSTRACT	23
1. MARCO TEÓRICO	27
1.1 Conceptualización del valor salud en la sociedad española.....	31
1.2 Sistema Nacional de Salud (SNS)	38
1.2.1. Organización del Sistema Nacional de Salud.....	39
1.2.1.1. La Atención Primaria de Salud	41
1.2.1.2. La Atención Especializada de Salud.....	49
1.2.1.3. La Atención de Urgencias.....	55
1.2.1.4. Coordinación interniveles	57
1.2.1.5. Gestión de casos.....	59
1.2.2. El papel de la enfermera en el Sistema Nacional de Salud	64
1.2.2.1. El perfil competencial de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud	67
1.2.2.2. Formación Continua y mantenimiento de la competencia profesional	79
1.2.2.3. Regulación del profesional de enfermería en el SNS.....	85
1.2.2.4. El papel de la enfermera en Atención Primaria	89

1.2.2.5.	El papel de la enfermera en Atención Especializada	97
1.2.3.	Las Consultas de Enfermería en el ámbito nacional.....	98
1.2.4.	El proceso asistencial del paciente en las consultas de Atención Especializada.....	102
1.2.5.	Entorno laboral de la profesión enfermera.....	108
1.2.5.1.	El puesto de trabajo	111
1.2.5.2.	Factores de riesgo en el entorno laboral de la enfermera	116
1.3.	EL Hospital Universitario 12 de Octubre.....	131
1.3.1.	Marco geográfico y Características del hospital.....	132
1.3.2.	Recursos y cifras de actividad.....	137
1.3.3.	Aspectos demográficos y sociales	138
1.3.4.	Las Consultas Externas del Hospital 12 de Octubre	141
1.3.5.	Marco organizativo de las consultas	142
1.3.6.	El rol de la Enfermera en las Consultas Externas del Hospital 12 de Octubre	144
1.3.7.	Entorno laboral de la enfermera de Consultas Externas del Hospital 12 de Octubre.....	163
1.3.7.1.	El puesto de trabajo de Consultas Externas del 12 de Octubre.....	164
1.3.7.2.	Factores de riesgo en el entorno laboral de la enfermera de Consultas Externas del Hospital 12 de Octubre	166

1.4.	Justificación.....	175
2.	HIPOTESIS DE ESTUDIO.....	179
3.	OBJETIVOS	181
3.1.	Objetivo general.....	181
3.2.	Objetivos específicos	181
4.	MATERIAL Y METODOS.....	183
4.1.	Diseño	183
4.2.	Ámbito de estudio	183
4.3.	Sujetos de estudio.....	183
4.3.1.	Criterios de inclusión	184
4.4.	Criterios de exclusión.....	184
4.5.	Tamaño muestral y muestreo.....	184
4.6.	Variables	185
4.7.	Seguimiento y recogida de datos.....	186
4.8.	Aplicación de la encuesta	187
4.8.1.	Diseño de la encuesta.....	188
4.9.	Seguimiento y recogida de datos.....	198
4.10.	Análisis de datos.....	202
4.11.	Consideraciones éticas.....	202

5.	RESULTADOS.....	205
5.1.	Estadística descriptiva.....	205
5.1.1.	Muestra:	205
5.1.1.1.	Primera observación	205
5.1.1.2.	Segunda observación	206
5.1.2.	Grado de dificultad de las actividades realizadas en el puesto de trabajo, según profesión.	210
5.1.3.	Alteraciones presentadas en los últimos 5 años.....	215
5.1.4.	Tiempo de baja según la alteración.....	216
5.1.5.	Bajas causadas por actividad laboral.....	219
5.1.6.	Valoración del estado de salud en relación al puesto de trabajo	222
5.2.	Resultados: estadística inferencial.	224
6.	DISCUSION	233
7.	CONCLUSIONES.....	247
8.	BIBLIOGRAFÍA	249
9.	ANEXOS.....	277
9.1.	Anexo 1. Primer Borrador primera encuesta de opinión	278
9.2.	Anexo 2. Encuesta Definitiva	284

Índice de Imágenes

Imagen 1. Hospital de día médico del Hospital Universitario 12 de Octubre	51
Imagen 2. Hospital 12 de Octubre Inaugurado “Ciudad Sanitaria 1º de octubre”. (Fuente: Historia del hospital).....	131
Imagen 3. Edificio materno-infantil (Fuente: Historia del hospital).....	132
Imagen 4. Marco geográfico del Área 11-Sur II de Madrid (Fuente: Memoria Gestión de Actividades H. Universitario 12 de Octubre, 2013).....	135
Imagen 5. Localización de los edificios que componen el recinto del H.U. 12 de Octubre (Fuente: Memoria Gestión de Actividades H. Universitario 12 de Octubre, 2013)	136
Imagen 6. Distritos Municipales del área metropolitana de la zona Sur de Madrid (Fuente: Memoria de Gestión de Actividades H. Universitario 12 de Octubre, 2013).....	137
Imagen 7. Imagen virtual del Policlínico (Fuente: “Noticias del 12 ” 2006 oct. Núm. Especial).....	143
Imagen 8. Organigrama del Hospital Universitario 12 de octubre (Fuente: Memoria Gestión de Actividades del H. Universitario 12 de Octubre, 2013).....	145
Imagen 9. Primer Certamen Científico de Enfermería (2003 jun.).....	163
Imagen 10. Policlínico	164
Imagen 11. Comparativo de la sala de espera de las consultas tradicionales y la Sala de espera del Policlínico	167
Imagen 12. Historia clínica de un paciente pendiente de codificar	168
Imagen 13. Actividad archivo y clasificación manual de pruebas analíticas.....	169

Imagen 14. Gestión de muestras accediendo a la Historia Clínica Electrónica de un paciente	170
Imagen 15. Sala de Trabajo enfermería en la disposición física del Policlínico	171
Imagen 16. Mobiliario ergonómico en las Consultas Externas del Policlínico	172
Imagen 17. Equipo de informadores y acogida, Chaquetas verdes “Noticias del 12”. 2009 abr; 52:9.....	173
Imagen 18. Cronograma del estudio de investigación. Fuente: Elaboración propia	202

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Proyección de la Población de España 2012. Fuente: INE.....	34
Gráfico 2. Población área de influencia Hospital (Fuente: INE. 2013 ene)	138
Gráfico 3. Tasa de desempleo (Fuente: Ayuntamiento de Madrid, Banco de datos. 2014 ene).....	139
Gráfico 4. Renta per cápita media (Fuente: Contabilidad Municipal de la Ciudad de Madrid. Base 2002-2009)	140
Gráfico 5. Nivel de estudios por zonas. Mercado potencial de hogares y población (Fuente: INE. 2013 ene).....	141
Gráfico 6. Evolución de la actividad de enfermería en la consulta de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) (2008-2010) (Fuente: P. Cordero Vázquez).....	151
Gráfico 7. Dificultad de las actividades ligeras en la 1ª observación	207
Gráfico 8. Dificultad de las actividades con mayor carga física en la 1ª observación....	208
Gráfico 9. Dificultad de las actividades ligeras en la 2ª observación.....	209
Gráfico 10. Dificultad de las actividades con mayor carga física en la 2ª observación..	209
Gráfico 11. Grado de dificultad de las actividades ligeras realizadas por auxiliares (1ª observación)	210
Gráfico 12. Grado de dificultad de las actividades con mayor carga física, por auxiliares (1ª observación)	210
Gráfico 13. Grado de dificultad de las actividades ligeras realizadas por Enfermeras (1ª observación)	211

Gráfico 14. Grado de dificultad de las actividades con mayor carga física, por Enfermeras . (1ª Observación)	212
Gráfico 15. Grado de dificultad de las actividades ligeras realizadas por auxiliares (2ª observación)	213
Gráfico 16. Grado de dificultad de las actividades con mayor carga física, por auxiliares (2ª observación)	213
Gráfico 17. Grado de dificultad de las actividades ligeras realizadas por Enfermeras (2ª observación).....	214
Gráfico 18. Grado de dificultad de las actividades con mayor carga física, por Enfermeras. (2ª observación)	214
Gráfico 19. Alteraciones presentadas en los últimos 5 años (1º observación).....	215
Gráfico 20. Alteraciones presentadas en los últimos 5 años (2º observación).....	215
Gráfico 21. Tiempo de baja según alteración (1ª observación)	217
Gráfico 22. Tiempo de baja según alteración (2ª observación)	219
Gráfico 23. Baja por actividad laboral I (1ª observación).....	220
Gráfico 24. Baja por actividad laboral I (2ª observación).....	221
Gráfico 25. Valoración de salud (1ª observación)	222
Gráfico 26. Valoración de salud (2ª observación)	223

Índice de Tablas

Tabla 1. Actividades inherentes al puesto de trabajo (Encuesta).....	193
Tabla 2. Fuentes de estrés (Encuesta).....	194
Tabla 3. Alteraciones presentadas en los últimos cinco años (Encuesta).....	196
Tabla 4. Alteraciones que han obligado a causar baja laboral (Encuesta).....	197
Tabla 5. Tiempo de baja según alteración (1ª observación).....	217
Tabla 6. Tiempo de baja según alteración (2ª observación).....	219

RESUMEN

Palabras claves: Enfermería, Consultas Externas, Entorno de trabajo, Centro de Actividades Ambulatorias.

Introducción

El análisis de la situación de salud del nuevo milenio, muestra un perfil epidemiológico con un incremento de población adulta mayor, patologías crónicas complejas y procesos degenerativos. Esta situación incrementa el nivel de dependencia del paciente y promueve la necesidad de articular fórmulas alternativas a la hospitalización convencional. La ambulatorización de procesos asistenciales, desarrolla el concepto de hospital hacia un modelo institucional más abierto y dinámico con un mejor conocimiento de las consultas de atención especializada. La coordinación socio sanitaria de los servicios de salud impulsa la intervención de equipos multidisciplinarios y el rol de la enfermera en la gestión del cuidado. Las consultas externas de atención especializada son el principal punto de contacto del hospital con la población de su área de influencia y tienen como objetivo asegurar de la forma más ágil el abordaje de los problemas de salud del paciente sano o enfermo con su entorno de convivencia. No obstante, el desempeño del rol enfermero está influido por una serie de factores de riesgo que pueden interferir en el proceso asistencial y en los resultados de salud. Los factores de riesgo que causan mayor impacto entre los profesionales son los factores físicos que tienen que ver con la infraestructura, exposiciones biológicas relacionadas con el manejo de fluidos corporales,

elementos químicos vinculados a la manipulación de productos sanitarios, elementos ergonómicos relacionados con la dinámica corporal y los elementos psicosociales entre los cuales destaca el estrés. Por ello crear y mantener un entorno saludable no solo mejorará la práctica profesional sino también impulsará la cultura organizacional de seguridad que propone que si un hospital no es seguro para sus profesionales tampoco lo es para sus pacientes.

El presente estudio de investigación nace de la observación directa del trabajo diario del equipo de enfermería en las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre, en dos escenarios correlativos en el tiempo: las consultas tradicionales y las consultas en el Centro de actividades ambulatorias (CAA) llamado también Policlínico. Se trata de presentar las novedades más significativas que han influido en el rol enfermero, comparando su papel en ambos escenarios. Se pretende dar a conocer cómo está repercutiendo la nueva funcionalidad del Centro de actividades ambulatorias (CAA) respecto al trabajo y condiciones laborales de los enfermeros, así como la percepción que tienen de ello.

El primer escenario ha sido la infraestructura intrahospitalaria donde las consultas estaban distribuidas en un entorno dispar y el puesto de trabajo de la enfermera estaba muy supeditado a la consulta médica. El segundo escenario es el centro de Actividades Ambulatorias donde se han fomentado espacios enfermeros y desarrollado al máximo rendimiento las nuevas tecnologías (TICS) como herramientas esenciales del sistema sanitario.

Hipótesis

“En Consultas Externas de Atención Especializada, el cambio de estructura de la consulta tradicional al Policlínico ha supuesto una mejora en la autonomía de la profesión enfermera reflejada en la percepción del estrés de los profesionales y la percepción de la necesidad de cambio de puesto de trabajo”.

Objetivos

El objetivo general de la presente tesis, es realizar un análisis comparativo de las consultas tradicionales del Hospital Universitario 12 de Octubre respecto a las consultas del Policlínico de este mismo centro, identificando los cambios que se han producido en el rol enfermero.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer el cambio en la percepción de las situaciones que provocan estrés con el cambio de la estructura organizativa.
2. Evaluar la percepción sobre necesidad de cambiar de puesto de trabajo tras el cambio estructural en las Consultas Externas de Atención Especializada.
3. Mejorar el clima laboral enfermero definiendo, conociendo las estructuras y los factores estresantes que lo mejoran.

Material y métodos

Se trata de un estudio analítico observacional de cohorte única “antes y después” en el periodo 2009-2014. El proceso se planificó mediante un cronograma de actuación y el

instrumento de medida utilizado fue un cuestionario de opinión validado por un panel de expertos mediante la técnica de grupo focal. Los datos obtenidos se trataron como primera observación (consultas tradicionales) y segunda observación (Centro de Actividades Ambulatorias (CAA)).

Resultados

El resultado de esta investigación nos ha llevado a encontrar diferencias estadísticamente significativas respecto al estrés laboral. La segunda observación muestra que han disminuido las causas de estrés referidas a la agresividad del público, falta de información y falta de reconocimiento así como también que las enfermeras tienen mayor necesidad de cambiar de puesto laboral.

Conclusiones

1. El contexto estratégico del Centro de Actividades Ambulatorias (CAA) ha variado las condiciones de trabajo del personal de enfermería de consultas externas y ha sentado las bases para desarrollar un rol más autónomo de la enfermera en su marco competencial propio.
2. La nueva estructura, junto a las nuevas estrategias (gestión de casos y consulta de enfermería) suponen un reto para la enfermería y una mejor gestión del tiempo.
3. El nuevo modelo organizativo ha fomentado la coordinación entre niveles asistenciales.
4. Los profesionales participan en mayor medida en los procesos que les afectan directamente en el nuevo modelo estructural del Policlínico eliminándose

actividades burocráticas que hacían disponer de menos tiempo para la función propiamente asistencial.

5. La disposición a cambiar de trabajo ha aumentado frente a lo esperado, a pesar de mejoras objetivas, con múltiples posibles causas a estudiar.
6. Los factores que afectan al estrés son los que han mejorado en la nueva estructura.

ABSTRACT

Keywords: Nursing, Outpatient Clinics, Work Environment, Outpatient Centre

Introduction

The analysis of the health situation in the new millennium yields an epidemiological profile with an increased aged adult population, complex chronic pathologies, and degenerative processes. This situation increases patients' dependency levels and generates a need to articulate alternative formulas to conventional hospitalisation. Outpatient care develops the concept of a hospital towards a more open and dynamic institutional model, with better knowledge of specialist care practices. Social and healthcare coordination of the healthcare services promotes the involvement of interdisciplinary teams and the nurses' role in care management. Specialist outpatient clinics are the main point of contact between a hospital and the population in its area of influence, and their goal is to provide an agile approach to patients' health problems in their living environment. However, a number of risk factors that can interfere in the care process and the health outcome have an impact on the nursing role. The risk factors that have the strongest impact on professionals are the physical factors pertaining to infrastructures; biological exposure related to the handling of bodily fluids; chemical elements linked to the handling of healthcare products; ergonomic elements related to body dynamics; and psychosocial elements, particularly stress. For this reason, creating and maintaining a healthy environment will not only improve professional practice but

also promote an organisational culture of safety by which if a hospital is not safe for professionals, it will not be safe for patients either.

This research study is based on direct observation of the everyday work of the nursing team in the Outpatient Clinic at Hospital Universitario 12 de Octubre, in two scenarios that were subsequent in time: conventional practices and practices in the Outpatient Centre (CAA), also known as Polyclinic. The aim is to present the main developments that have had an impact on the nurses' role, comparing their role in both scenarios. It will examine the impact of the new functionality of the Outpatient Centre (CAA) on nurses' work and work conditions, as well as their perception of it.

The first scenario was the intra-hospital infrastructure where practices were distributed in a disparate environment and the nursing position was very subordinate to the medical practice. The second scenario was the Outpatient Centre, where new nursing spaces have been created and the new technologies (ICTs) have been developed to their full potential as essential tools in the healthcare system.

Hypothesis

"In Specialist Outpatient Clinics, the change of structure from conventional practices to the Polyclinic has entailed an improvement in the autonomy of the nursing profession, which is reflected in the professionals' perception of their stress levels and of the need for change in their position".

Goals

The overall goal of this thesis is to provide a comparative analysis of conventional practices in Hospital Universitario 12 de Octubre with respect to the Polyclinic practices in this centre, identifying the changes occurred in the nursing role.

This overall goal takes the form of the following specific goals:

4. Identifying the change in the perception of stress-generating situations due to the change in organisational structure.
5. Assessing the perception of the need to change position after the structural change in Specialist Outpatient Clinics.
6. Improving the nursing work climate by defining and exploring the stress-generating structures and factors so as to improve it.

Material and Methods

This is a single-cohort "before and after" observational analytic study held between 2009 and 2014. The process was planned by means of an action timeline and the measuring tool used was an opinion survey validated by an expert panel by means of the focus group technique. The data obtained were treated as first observation (conventional practices) and second observation (Outpatient Clinic (CAA)).

Outcomes

The results of this research have led us to find statistically significant differences as regards work stress. The second observation shows that stress rates related to the

aggressiveness of the public, lack of information, and lack of recognition have decreased.

It also shows that nurses feel a greater need to change position.

Conclusions

7. The strategic context of the Outpatient Clinic (CAA) has changed the work conditions of the outpatient nursing staff and laid the foundations for the development of a more autonomous role of nurses in their own competence framework.
8. The new structure, together with the new strategies (case management and nursing practice) pose a challenge for nursing and provide better time management.
9. The new organisational model has promoted coordination among levels of care.
10. Professionals are more involved in the processes that have a direct impact on them in the new structural model in the Polyclinic, removing bureaucratic activities that provided less time for the actual care function.
11. Willingness to change positions has increased with respect to expectations, despite objective improvements, due to multiple causes that must be examined.
12. The factors related to stress have improved in the new structure.

1. MARCO TEÓRICO

El nuevo milenio se abre a importantes cambios demográficos, transformaciones sociales, culturales y familiares. Uno de los grandes retos del Sistema Nacional de Salud, (SNS) es brindar una respuesta adecuada a la población. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en su artículo 9.1 determina que “La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas”¹. El abordaje multidisciplinar del problema de salud del paciente, favorece su pronóstico y mejora su calidad de vida, respetando los derechos del paciente como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, cuyo punto de referencia obligado es la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948² y, en el ámbito estrictamente sanitario, la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud³. El Sistema Nacional de Salud (SNS) se basa en el derecho a la protección de la salud recogido en el artículo 43 de la Constitución de 1978⁴ en el apartado por el que 1) *se reconoce el derecho a la protección de la salud* 2) *compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto* 3) *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.* Reconocimientos estos que han sido objeto

de una regulación básica en el ámbito del Estado a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁵ en Capítulo único, artículo 1 “La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”. Posteriormente, se han desarrollado otros derechos a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁶

El ciudadano debe ser el elemento central del sistema sanitario. Es el motivo y la razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas. En una sociedad avanzada y democrática como la nuestra, el ciudadano exige participación en los procesos de toma de decisiones que le afectan, especialmente cuando se trata de su salud; esta participación no se debe limitar a su condición de paciente, sino que debe hacerse extensiva al ámbito comunitario y a las decisiones del conjunto del sistema y de sus organizaciones. El ciudadano debe formar parte del sistema sanitario, sentirse parte de él porque, entre otras cosas, es la mejor manera de fortalecerlo y garantizar su futuro. Los profesionales son los principales artífices y gestores de las organizaciones sanitarias así como el principal nexo de unión de los ciudadanos. Es necesario que se sientan parte vital del sistema y formen parte activa en sus procesos de toma de decisiones⁷.

La tendencia del sistema sociosanitario, de dar cobertura a las necesidades de salud de la población, reafirma la idoneidad del marco teórico profesional de la enfermera, como agente de salud clave para mejorar las condiciones de vida del ser humano pues tal

objetivo es inherente a los modelos de cuidados enfermeros. La implementación de nuevas alternativas en la prestación de servicios de salud, amplía la demanda real del servicio enfermero, siendo un valor en alza. Entendiendo servicio enfermero como la “atención prestada a los ciudadanos con el objeto de potenciar su autocuidado o de solucionar las necesidades derivadas de una alteración del mismo, en el que la enfermera actúa como profesional de referencia”⁸.

El compromiso del servicio enfermero, como servicio asistencial de primer orden y en muchas ocasiones plenamente resolutivo, exige ampliar de forma significativa su rol habitual; fortaleciendo el conocimiento enfermero para mayor autonomía profesional y dando aplicabilidad al criterio enfermero en la toma de decisiones, no solo en el cuidado, sino también en las áreas de responsabilidad enfermera (administrativa, civil, penal) para no incurrir en dilemas éticos que pongan en tela de juicio su prestigio y el de la profesión. Sobre todo en enfermedades incapacitantes e incurables, pues el impacto emocional que se deriva de ellas, sigue poniendo a prueba el rol enfermero en cuanto a la comunicación y la relación interpersonal dentro del equipo multidisciplinar.

Hablar de conocimiento enfermero es tener en cuenta la metodología enfermera y el proceso de atención de Enfermería. En este sentido, la valoración de las necesidades humanas mediante Patrones Funcionales de Salud, el aumento de la base de conocimiento enfermero y la sistematización del cuidado en un lenguaje propio (Taxonomía NANDA, NOC, NIC), han transformado la práctica profesional, ofreciendo un abordaje integral e integrado del servicio enfermero. La aplicación del diagnóstico enfermero según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnostic Association)⁹,

la Clasificación de Intervenciones Enfermeras NIC ((Nursing Intervention Classification)¹⁰ y Resultados de Enfermería NOC (Nursing Outcome Classification)¹¹ permite actuar con evidencia científica frente a los problemas de salud del ciudadano, incrementa la responsabilidad profesional en la prestación del cuidado e incide en la capacidad del sistema para poder resolver dichos problemas.

Por otra parte, el desarrollo del proyecto NIPE¹² (Normalización de las Intervenciones de la Práctica de la Enfermería), demuestra el impacto de su actividad en el sistema de prestación de cuidados sanitarios no solo porque permite el control de los costes generados por la enfermería, sino porque es un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados prestados. La mejora de la calidad se define como el conjunto de actividades orientadas a mejorar la eficacia y la eficiencia de los procesos y su resultado. El Proyecto NIPE no solo normaliza las intervenciones enfermeras, definiendo las actividades que las componen, sino que también identifica las intervenciones aplicables a cada uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)¹³. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (su casuística) con el coste (consumo de recursos) que representa su asistencia. El Proyecto NIPE viene desarrollándose desde 1997 en el seno de un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) y el Consejo General de Enfermería (CGE) y se enmarca en el proyecto *“Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud”* del propio Ministerio presentando los resultados de forma periódica al Consejo Interterritorial para su estudio con el fin de una posterior implantación en el Sistema Nacional de Salud. Las normas NIPE son tipo guías ya que, con

ellas, se pretende facilitar al profesional de enfermería la identificación de las intervenciones que tiene que aplicar a un paciente concreto, mediante una metodología normalizada. Entendiendo normalización como “la actividad dirigida a establecer medidas frente a situaciones repetitivas, mediante la elaboración, difusión y aplicación de documentos técnicos, denominados Normas”. Las normas de la serie NIPE se dividen en tres familias: Normas NE IG, normas NE AI y normas NE UE. Las normas NE IG recogen las intervenciones definidas para el GRD objeto de estudio; las normas NE AI, recogen las actividades que conforman la Intervención; las normas NE UE, son Guías de Aplicación donde se especifican los diagnósticos y las intervenciones aplicables en las unidades del hospital por las que transcurre el paciente. El proceso de normalización del Proyecto NIPE es un proceso sostenible, en el que deben mantenerse actualizadas tanto las normas, para adecuarse a los cambios técnicos y tecnológicos, como la ponderación de los costes, para asegurar la adecuación del sistema de financiación hospitalaria.

1.1 Conceptualización del valor salud en la sociedad española

Según las tablas de mortalidad que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España, en el periodo comprendido entre 1992- 2012, la esperanza de vida al nacer de los hombres ha pasado de 73.9 a 79.4 años y la de las mujeres de 81.2 a 85.1 años, estableciendo una diferencia por sexos de casi 6 años a favor de la mujer¹⁴. Entre los factores que contribuyen al aumento de la esperanza de vida al nacer, se incluyen la mejora de las expectativas de vida en las personas, no solo de edad madura sino también avanzada, los avances en salud pública, mejoras en atención sanitaria, la adopción de

determinados estilos saludables, el descenso de la natalidad y los saldos migratorios negativos.

En relación a las principales defunciones según la causa de muerte del año 2012, el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la primera causa de muerte (responsables de 30.3 de cada 100 defunciones), seguido del grupo de los tumores (27.5 de cada 100 defunciones) y las enfermedades del sistema respiratorio (11.7 de cada 100 defunciones). Las enfermedades del sistema nervioso, que incluyen la enfermedad de Alzheimer, fueron la cuarta causa de muerte. Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 296.3 fallecidos por cada 100 000) y la segunda en mujeres (con 180.0 por cada 100 000). En cambio, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad femenina (282.2 muertes por cada 100 000) y la segunda entre los hombres (239.4 por cada 100 000)¹⁵.

La aplicación de vacunas en la prevención de enfermedades transmisibles, también ha sido uno de los mayores éxitos de la historia de la salud pública, pues la vacunación sistemática de la población infantil, ha contribuido en gran medida a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades prevenibles, con el consiguiente descenso de las mismas. Asimismo ha influido el descubrimiento de nuevos medicamentos, pues ha supuesto una estabilidad evolutiva muy importante para algunas enfermedades que tenían especial incidencia en la mortalidad. Un claro ejemplo de ello, es el empleo de fármacos antirretrovirales¹⁶ en el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia

Adquirida - SIDA –pues tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, ha experimentado un progresivo declive.

Todo ello ha condicionado que en la actualidad, sin menoscabo de la atención a los procesos agudos que presentan los sistemas corporales, el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas. Dichas enfermedades, son de larga duración y generalmente de progresión lenta, que conllevan una limitación en la calidad de vida tanto de las personas afectadas como de los cuidadores. También son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad.

Los fenómenos de envejecimiento, cronicidad y dependencia están aumentando de manera exponencial en toda Europa. En la Unión Europea (UE) se estima que el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16.1 % en el año 2000 a un 27.5% en el año 2050. España, junto a Italia y Japón, encabezan el proceso de envejecimiento a nivel mundial estimándose que para esta última fecha cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años¹⁷⁻¹⁹. De hecho, en la simulación realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) se muestra que la estructura demográfica de nuestro país no solo está sometida al continuo proceso de envejecimiento sino que además cada vez está más centrada en un mayor crecimiento de la población en edades avanzadas (Gráfico 1). Concretamente, en el año 2052 el grupo de edad de mayores de 64 años se incrementará en 7.2 millones de personas (un 89%), pasando a constituir el 37% de la población total española²⁰.

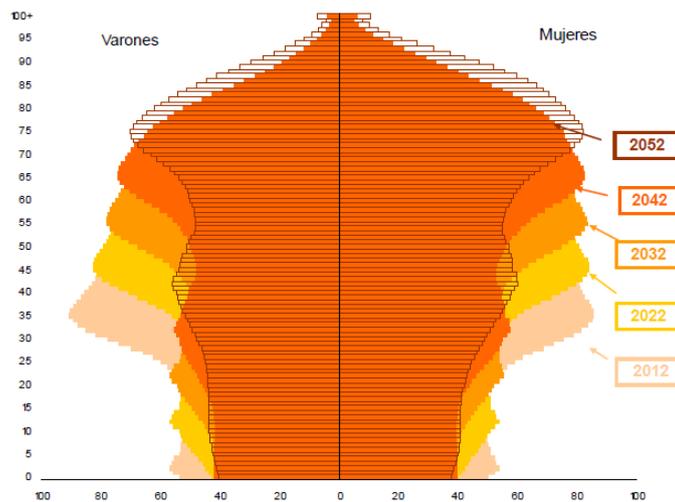


Gráfico 1. Proyección de la Población de España 2012. Fuente: INE.

Estos cambios demográficos, provocan un incremento de personas en situación de dependencia no solo porque son problemas fundamentales en las últimas etapas de la vida sino también porque el colectivo de mayores es cada vez más amplio. El Consejo de Europa (CE) define persona en situación de dependencia como “aquel estado en el que se encuentran personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidades de asistencia y/o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria”. De acuerdo con esta definición, la dependencia puede afectar a cualquier sector de población y a cualquier edad, por lo que aunque principalmente nos encontramos con personas de edad avanzada, es necesario tener en cuenta a las personas con discapacidad física, psíquica, enfermas mentales o con déficit sensorial²¹. La situación de dependencia desencadena importantes implicaciones familiares y sociales y la previsión del tiempo de dependencia es fundamental para la planificación de los cuidados y apoyos futuros. El progreso de algunos de los trastornos

crónicos más frecuentes y el aumento de determinados factores de riesgo asociados a enfermedades prevalentes como causa de mortalidad, también se muestra en tendencia ascendente. Según la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), al menos uno de cada seis adultos padece dolor de espalda lumbar (18.6 %), hipertensión arterial (18.5%), artrosis, artritis o reumatismo (18.3%), colesterol elevado (16.4) y/o dolor cervical crónico (15.9%). La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes siguen siendo los principales factores de riesgo cardiovascular que continúan su tendencia ascendente. Buena prueba de ello, haciendo referencia al año 1993, es que la hipertensión ha pasado del 11.2% al 18.5%, la diabetes del 4.1% al 7.0% y el colesterol elevado del 8.2% al 16.4²²

Además de la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, el trasplante de órganos, es una técnica cuyos avances científicos posibilita tratar un número importante de enfermedades, así se ha ido consolidando como actividad estable y continuada que abre un horizonte esperanzador. Así lo apunta el Dr. Amado Andrés, coordinador de Trasplantes del Hospital Universitario 12 de Octubre en los foros más vanguardistas:

... todos podemos ser donantes sin exclusión, hasta las personas de edades más avanzadas. De hecho, los órganos utilizados en el primer doble trasplante renal que se hizo en nuestro hospital procedían de un donante de 89 años de edad²³.

Como consecuencia de los cambios demográficos, epidemiológicos y científicos, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha tenido que dar respuesta a una creciente demanda de servicios y a necesidades cada vez más diversificadas, con el consecuente incremento en la actividad sanitaria y en la utilización de recursos. Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades

para acceder y moverse a través del sistema pues no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben. Esta dificultad es aún mayor en los grupos de pacientes que presentan pluripatología (se estima una prevalencia actual del 1.38% de la población general y un 5% en mayores de 65 años de edad), comorbilidad o se encuentran en situación de especial complejidad, como son los pacientes dependientes²⁴. Esto es debido porque estos pacientes, por una parte, generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales²⁵. Hay que destacar que el coste sanitario que suponen los pacientes con más de una enfermedad crónica llega a multiplicarse por seis, respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una enfermedad. En la actualidad, dos tercios de dicho gasto, van dirigidos a los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas multiplicando por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario²⁶⁻²⁷.

Por otra parte, porque el abordaje de estos pacientes requiere fomentar el trabajo en equipo interdisciplinar y una continuidad en los cuidados, así como la máxima participación del paciente y la familia, que se convierte en un agente de salud fundamental para llevar a cabo el autocuidado que requiera el paciente. De hecho, dentro del sistema informal, destaca el ámbito doméstico que ofrece el 88% del cuidado global que precisan las personas con algún grado de necesidad de cuidados de salud (sobre todo ancianos y dependientes), siendo la mujer de la familia la principal proveedora de estos cuidados. La contribución global del sistema doméstico se considera por su magnitud e importancia social, como un “gigante silencioso” que solo es valorado cuando falta o falla²⁸.

En definitiva, en el escenario del nuevo milenio, los patrones sociodemográficos cambiantes generan un síndrome sociosanitario plural y un tipo de problemas de salud que requieren de una intervención profesional más precisa marcada por la creciente ambulatorización de procesos, entendiendo como proceso, al conjunto de actividades que interrelacionadas entre sí van orientadas a cumplir un objetivo específico. Por esto, es esencial erradicar un modelo asistencial centrado fundamentalmente en la atención individual relativa a los procesos agudos de la enfermedad, prestada de forma reactiva y fragmentada, desde un enfoque casi exclusivamente biomédico. La transformación hacia un modelo mejor preparado para afrontar la prevención y la gestión de las condiciones de salud crónicas es imprescindible si se pretende que el Sistema Nacional de Salud (SNS) sea sostenible y pueda seguir cumpliendo su función social de forma satisfactoria. La calidad de los servicios que el sistema público oferta a los ciudadanos, es un objetivo permanente e irrenunciable de las administraciones sanitarias, y una condición indispensable para la aceptabilidad de los mismos. La apuesta por la calidad debe ser integral, incluyendo no solo sus componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, los recursos, la organización y la participación, de tal manera que el usuario perciba que, en efecto, es el centro del Sistema. La coordinación con los dispositivos de salud pública y la coordinación sociosanitaria son, también, aspectos relevantes en los que hay que desarrollar políticas activas para rentabilizar al máximo las actuaciones sanitarias⁷.

1.2 Sistema Nacional de Salud (SNS)

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un modelo organizativo especial, que solo existe en el ámbito de los servicios sanitarios públicos que crea y configura la Ley General de Sanidad⁵ como medio de adaptación de tales servicios a la organización política y territorial española, y que se concibe como el conjunto de los diferentes servicios de salud con un funcionamiento armónico y coordinado. Ello, junto al elevado valor social y político que en un estado constitucionalmente tipificado como social y democrático de derecho tiene el bien salud, ha motivado que en estos ya más de 12 años de existencia del Sistema Nacional de Salud (SNS) se hayan producido numerosos análisis, informes y propuestas tendentes a su consolidación, modernización y mejora⁷. A nivel nacional, el Sistema Nacional de Salud (SNS) también tiene soporte legislativo en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹ y el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud³⁰ y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones. A nivel de Comunidad Autónoma existe soporte jurídico en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid³¹, en los artículos 27.4, 27.5 y 28.1.1 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid. El Sistema Nacional de Salud se inspira en la prestación de servicios a los usuarios en condiciones de igualdad efectiva y calidad; el aseguramiento universal y público por parte del Estado; la coordinación y la cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud; la prestación de una atención integral de la salud vinculada a su promoción y a la prevención de enfermedades, así como a la asistencia y la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad; la financiación pública

del Sistema Nacional de Salud (SNS), de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica; la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS); la colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS); la colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el desempeño de la prestación farmacéutica.

1.2.1. Organización del Sistema Nacional de Salud

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁵ establece que el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias. Asimismo, las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral desarrollando actividades en el ámbito de la Atención Primaria de Salud y Atención Especializada. En el ámbito de la Atención Primaria de Salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, a la familia y también, a la comunidad, desarrollándose de forma progresiva, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través no solo de sus medios básicos sino también de equipos de apoyo a la Atención Primaria. En el nivel de Atención Especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos, se

prestará la atención a los problemas de salud de mayor complejidad y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividirán en zonas básicas de salud donde se practicarán las actividades sanitarias de los Centros de Salud. Asimismo, cada Área de Salud, estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, como así lo ratifica el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril³², en el artículo 2.1 donde se indica que “conforme a lo establecido en el artículo 65 de la Ley General de Sanidad, los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud quedarán adscritos a un Área de Salud” y en el artículo 2.2: “Todas las Instituciones Sanitarias del Instituto Nacional de la Salud existentes en el Área de Salud quedarán adscritas a efectos de asistencia especializada, al hospital correspondiente”. El concepto de hospital queda definido en el artículo 65.2 de la Ley General de Sanidad⁵ como “el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia” cuyos servicios, según estipula el artículo 65.1 de la citada ley, serán los que “... se aconseje a la población..., la estructura de ésta y los problemas de salud”. En este sentido, conviene puntualizar que tales servicios o catálogo de prestaciones de atención sanitaria a los que los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, se especifican en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹ y Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre³³. En este sentido, la cobertura organizativa global del Sistema Nacional de Salud suscribe la universalidad de la asistencia pública específicamente contemplada en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública³⁴ cuyo artículo 25, postula que “el objetivo principal de la

gestión sanitaria será la mejora de la salud de la población y la reducción de los desequilibrios sociales y territoriales, de conformidad con los artículos 3, 6, 8 y 12 de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y según lo establecido en esta ley”.

1.2.1.1. La Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) es el nivel básico e inicial de atención sanitaria donde se resuelven gran parte de los problemas de salud y garantiza la globalidad y la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. En nuestro país, la reforma y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud³⁵ impulsó un modelo de atención sanitaria distinto al hospitalocéntrico inspirado en la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud cuya declaración de intenciones, Declaración de Alma Ata, (Conferencia de la OMS-UNICEF de 1978)³⁶ subrayó prioritario el compromiso de los gobiernos para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos, suscrito bajo el lema *Salud para Todos en el año 2000*. Según queda definida en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹, la Atención Primaria de Salud comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social. Estas actividades irán dirigidas a personas, familias y comunidad realizándose bajo un enfoque biopsicosocial garantizando no solo la accesibilidad a las mismas sino también la continuidad y la coordinación entre los diferentes ámbitos de atención implicados. Se llevarán a cabo por equipos interdisciplinarios llamados Equipos de Atención Primaria (EAP) definidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁵ como “la unidad

básica de acción formada por un grupo de profesionales relacionados con la salud, cada uno de los cuales desarrolla funciones propias de su profesión, coordinándose con el resto del equipo para unificar esfuerzos”. La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹ define la Cartera de Servicios como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”. Desde sus orígenes en los años 90, el objetivo fundamental de la Cartera de Servicios de Atención Primaria ha sido el establecimiento de un catálogo de prestación de servicios relacionado con problemas de salud y necesidades sentidas por la población susceptibles de ser atendidos en tal primer nivel asistencial. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre³³, establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, confiriéndole un carácter tanto flexible como dinámico. En este sentido, ya desde sus inicios se ha buscado que fuera un documento participativo y consensado con los profesionales cuya implicación origina una mejora continua tanto para la actividad clínica, puesto que constituye un instrumento de evaluación y delimitación de competencias, así como una herramienta de gestión, ya que planifica y elige prioridades asistenciales.

A continuación, y al hilo conductor de la citada ley, se enumeran la relación de servicios incluidos en la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria: Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo; la indicación o la prescripción y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención

familiar y atención comunitaria; actividades de información y vigilancia en la protección de la salud; rehabilitación básica; atenciones y servicios específicos relativos a grupos de edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos (atención a la infancia, atención a la adolescencia, atención a la mujer, atención al adulto, atención a las personas mayores, detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades); atención paliativa a enfermos terminales; atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada; atención a la salud bucodental.

La atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas, seguimiento de procesos agudos o crónicos, promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad. La modalidad de consulta a demanda es la que se efectúa por iniciativa del paciente, preferentemente organizada a través de cita previa, mientras que la consulta programada es la que se lleva a cabo por iniciativa del profesional sanitario y la consulta urgente se realiza para la atención de procesos no demorables.

La indicación , la prescripción y la realización de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos incluyen: Espirometrías; medición de la agudeza visual y fondo de ojo; diagnóstico por imagen como radiología general, mamografía, ecografía ; exploraciones cardiovasculares como electrocardiograma, oscilometría y/o Doppler; obtención de muestras biológicas; administración de tratamientos parenterales; curas, suturas, tratamiento de úlceras cutáneas; terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado; extracción de cuerpos extraños; extracción de tapones auditivos;

resucitación cardiopulmonar; cuidados de estomas digestivos, urinarios y traqueales; aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos; realización de procedimientos de Cirugía menor, terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad, mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia practicados bajo anestesia local sin requerir cuidados posoperatorios ni ingreso hospitalario, etc.

Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria, van dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como también a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo respecto a problemas de salud específicos y al fomento del autocuidado. Respecto a las actividades en materia de prevención y promoción de la salud se incluyen las actividades dirigidas a la prevención de las enfermedades en todos los niveles de prevención como las vacunaciones por edades y grupos de riesgo por situaciones que epidemiológicamente así lo aconsejen; quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran; actividades de cribado o diagnóstico precoz para detectar enfermedades en fase presintomática, etc. En cuanto a la atención familiar, las actividades van orientadas a la identificación de la estructura familiar, etapa del ciclo vital familiar y acontecimientos vitales estresantes, los sistemas de interacción en la familia y la detección de la disfunción familiar. Respecto a las actividades de atención comunitaria, se incluye la identificación de recursos comunitarios disponibles, elaboración de programas orientados a mejorar la salud de la comunidad en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos, etc.

Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud van dirigidas a obtener datos sobre el análisis y la valoración de la situación de salud de la comunidad. Igualmente, para evaluar los servicios sanitarios y realizar una correcta vigilancia epidemiológica tanto en enfermedades de declaración obligatoria, como participando en redes de médicos centinelas orientadas al control de ciertos problemas de salud. También, se incluyen, por otra parte, actividades de participación en el sistema de farmacovigilancia, mediante la comunicación de efectos adversos, etc. Ratificando, por supuesto, que la vigilancia epidemiológica es un objetivo de salud muy importante, pues, aunque determinados problemas de salud (adicción a sustancias tóxicas, automedicación, exposición a riesgos ambientales, obesidad infantil) engloben características sociales y sanitarias sobradamente conocidas, la estimación de su prevalencia en la salud de la población, puede presentar dificultades.

La rehabilitación básica, comprende las actividades de educación, prevención y rehabilitación incluyendo prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos; fisioterapia respiratoria; orientación/formación sanitaria al paciente o cuidador/a; tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos; recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves; tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos, etc.

Las atenciones y los servicios específicos relativos a grupos de edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos (atención a la infancia, atención a la adolescencia, atención a la mujer, atención al adulto, atención a las personas mayores, detección y atención a la violencia

de género y malos tratos en todas las edades), comprenden, además de lo ya indicados con carácter general, actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se realizan en la aplicación de programas o protocolos de actuación específicos. Entre los servicios de atención a la mujer, hay que señalar, la atención al embarazo y puerperio, prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio, detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, etc. En los servicios de atención a la infancia, se incluyen valoración del estado nutricional, del desarrollo pondo-estatural, además de la valoración del desarrollo psicomotor. También, prevención de la muerte súbita infantil, educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles, etc. En los servicios de atención a la adolescencia son destacables la anamnesis y el consejo sobre hábitos que comportan riesgos para la salud como uso del tabaco, alcohol, sustancias adictivas, prevención de accidentes, conducta alimentaria, imagen corporal, sexualidad, evitación de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, etc. La atención al adulto comprende la asistencia protocolizada a procesos de salud prevalentes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica); atención de personas con VIH positivo y enfermedades de transmisión sexual para contribuir al seguimiento clínico, mejorar su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo. Asimismo, se incluyen las actividades dirigidas a la atención domiciliaria de pacientes inmovilizados, atención a personas con conductas de riesgo (fumadores, consumidores de alcohol, otras conductas adictivas...), detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de situaciones de riesgo o exclusión social (menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes, etc.). La atención a

las personas mayores comprende actividades de promoción y prevención relacionadas con alimentación saludable, ejercicio físico, prevención de caídas u otros accidentes, consejo y seguimiento del paciente polimedicado y con pluripatología, atención al anciano de riesgo (situación sociofamiliar, dependencia), atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas (apoyo a las personas vinculadas al paciente especialmente los cuidadores, etc.). Respecto a la detección y a la atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad, se incluyen las actividades orientadas a identificar las situaciones de riesgo, comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, establecimiento de plan de intervención, etc.

La atención paliativa a enfermos terminales comprende la atención integral individualizada y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada entendida como aquella no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada (en general, inferior a 6 meses). Las actividades que incluyen dicha atención enfocan el objetivo terapéutico tanto para el paciente como para sus cuidadores, especialmente en relación al cuidador principal, con la idea de mejorar su calidad de vida, respetando sus creencias, preferencias y valores. Enfatizando, por otra parte, una atención humanizada y personalizada con valoración integral de las necesidades además de facilitar el apoyo sanitario/social en los casos complejos que así lo requieran. De esta manera, se integran en este apartado sanitario, la identificación de los enfermos en situación terminal, según los criterios, diagnósticos e historia natural de la enfermedad; valoración integral de las necesidades de pacientes y cuidadores/as; establecimiento de un plan de cuidados escrito que incluya medidas preventivas,

recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales; valoración frecuente y control de síntomas físicos y psíquicos, realización de exámenes y procedimientos diagnósticos necesarios e indicación del tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor y de otros síntomas; información y apoyo al paciente en las distintas fases del proceso; información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal, etc.

La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, comprende actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital; detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos; detección de conductas adictivas, trastornos del comportamiento, reagudizaciones; detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos trastornos de conducta en general y alimentaria; seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

La atención a la salud bucodental incorpora las actividades tanto asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, promoción de la salud, educación sanitaria como las preventivas enfocadas al adiestramiento en materia de higiene, instrucciones sanitarias sobre dieta, aplicación de flúor tópico, tratamiento farmacológico de patología bucal (exodoncias, revisión para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas, etc.)³⁷.

En la actualidad, la Atención Primaria de Salud (APS) debe desarrollar un marco estratégico nuevo, mejorando la asistencia con una adecuada coordinación interniveles y un conocimiento de aspectos ligados tanto a la gestión de la información clínica, como a las prestaciones. Esto, sin duda redundará en no incrementar las cargas de trabajo de los profesionales y en brindar una respuesta de calidad al ciudadano, subrayando la orientación del marco estratégico AP-21: "La atención primaria de salud ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad y ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y una organización descentralizada, eficiente y participada, tanto por los ciudadanos como por los profesionales..."⁷.

1.2.1.2. La Atención Especializada de Salud

La Atención Especializada de Salud corresponde al segundo nivel de atención sanitaria y tal como se estipula en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, artículo 13.1²⁹ "La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel". Tales actividades se realizan en hospitales y centros de especialidades conforme refleja la Ley General de Sanidad⁵ en el artículo 56.2.b "en el nivel de asistencia especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos se

prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales”. La Cartera de Servicios Comunes de Atención Especializada se basa en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹ en el artículo 2: “...la atención sanitaria especializada comprenderá: La asistencia especializada en consultas; la asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico; la hospitalización en régimen de internamiento; el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio, la indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; la atención paliativa a enfermo terminales; la atención a la salud mental; la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”, aunque específicamente el artículo 3 de la citada ley refrenda que: “La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día”.

Las prestaciones de la asistencia especializada en consultas incluyen la valoración inicial del paciente; indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos; indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente; indicación y, en su caso, administración de medicación, nutrición parenteral o enteral, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos; indicación de ortoprótesis; información al alta conteniendo diagnóstico y los procedimientos realizados para facilitar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

La asistencia especializada en hospital de día médico y quirúrgico (Imagen 1) es una alternativa muy ventajosa para los procesos que todavía presentan cierta complejidad y que no necesitan ingreso hospitalario. El hospital de día supone no solo un rápido sino también un eficaz acceso al sistema de salud, ofrece una contención efectiva del paciente, amplía la oferta terapéutica, disminuye el riesgo de recaídas y favorece su integración social. Por todo, las actividades que se llevan a cabo deben realizarse como su mismo nombre indica en horario diurno y ser compatibles con las actividades habituales del paciente. De forma pormenorizada, la asistencia especializada en el Hospital de día comprende: Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA); diagnósticos invasivos y terapéuticos (paracentesis); instauración y seguimiento de tratamientos quimioterápicos a pacientes oncológicos; cuidados de enfermería de distinto tipo (trasfusiones, curas, administración y control de sueroterapia), etc.



Imagen 1. Hospital de día médico del Hospital Universitario 12 de Octubre

El acceso a la asistencia especializada en la hospitalización en régimen de internamiento, está indicado cuando el paciente necesita cuidados especiales y continuados, no susceptibles de ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio. Se realiza por indicación del facultativo especialista o a través de los servicios de urgencia hospitalaria e incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica ya sea en unidades generales (hospitalización) como especiales (Cuidados Intensivos, Quirófanos, Diálisis, etc.).

El apoyo a la Atención Primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, Hospitalización a Domicilio (H.D.) son alternativas indicadas cuando el cuidado del paciente todavía no puede derivarse por completo al ámbito de la Atención Primaria. La Hospitalización a Domicilio (H.D.) es un servicio que se ofrece al paciente con cierto grado de complejidad, llevado a cabo por un equipo de profesionales (médicos, enfermeras) de Atención Especializada con dependencia estructural hospitalaria en unidades funcionales propias. Es un servicio con un tiempo de actuación determinado y es, hasta que el paciente pueda ser derivado al nivel asistencial correspondiente, motivo por el cual el servicio de Hospitalización a domicilio (H.D.) se considera un servicio puente entre Atención Primaria y Atención Especializada³⁷. En Hospitalización a Domicilio (H.D.), el paciente recibe tratamiento, se le supervisan controles analíticos (glucemia), se le realizan determinadas pruebas (espirometrías), e incluso, se le pautan exploraciones que le serán realizadas en el hospital donde se le debe trasladar, en el momento de la prueba, como paciente preferente. No obstante, a pesar de ser un servicio que evita el ingreso hospitalario del paciente, tal opción requiere contar con una serie de condiciones previas entre ellas que el paciente no presente inestabilidad clínica, la presencia de un

cuidador principal, cercanía al hospital y condiciones domiciliarias adecuadas. Asimismo requiere no solo la disponibilidad del equipo hospitalario sino también que este dé un adecuado asesoramiento al cuidador, pues en caso de no poder llevar a cabo tal seguimiento domiciliario, sería necesario el reingreso del paciente.

La indicación o la prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos comprende las actividades realizadas en relación con las patologías clasificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)³⁸ que incluyen las enfermedades infecciosas y parasitarias; neoplasias; enfermedades endocrinas, de nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad; enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos; trastornos mentales; enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del aparato respiratorio; enfermedades del aparato digestivo; enfermedades del aparato genitourinario; complicaciones del embarazo, parto y puerperio; enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo; enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo; anomalías congénitas; enfermedades con origen en el periodo perinatal; lesiones y envenenamientos. También, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre los que se incluyen, diagnóstico prenatal en grupos de riesgo; diagnóstico por imagen (radiología simple, radiología convencional con contraste, tomografía computarizada TC, Resonancia magnética RM, radiología intervencionista diagnóstica y terapéutica); hemodinámica diagnóstica y terapéutica; medicina nuclear diagnóstica y terapéutica; neurofisiología; endoscopias; pruebas funcionales; laboratorios (anatomía patológica, bioquímica, genética, etc.); biopsias y punciones; radioterapia; litotricia renal; diálisis; trasplante de órganos, tejidos y células de origen humano; técnicas de terapia respiratoria, incluyendo

las técnicas de terapia respiratoria a domicilio; radioterapia; radiocirugía. Otros servicios a indicar son: cuidados intensivos, incluyendo a neonatales; anestesia y reanimación; radioterapia; reanimación; rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable; nutrición y dietética, incluyendo los tratamientos con dietoterápicos complejos y la nutrición enteral domiciliaria; seguimiento del embarazo; planificación familiar; reproducción humana asistida; servicios de prevención.

La atención paliativa a enfermos terminales, se establece en los mismos términos que en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, promocionando cuidados integrales al paciente para conseguir los objetivos de confort y bienestar para una muerte digna así como la atención de la unidad familiar, acompañándola también en el duelo.

La atención a la salud mental, incluye el diagnóstico y el seguimiento clínico de los trastornos mentales (agudos, crónicos, reagudización de los trastornos crónicos, procesos derivados de riesgo o exclusión social); conductas adictivas (incluidos alcoholismo y ludopatías); trastornos psicológicos de la infancia/adolescencia (incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular anorexia/bulimia); psicofarmacoterapia; intervenciones con psicoterapia individual, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis) y rehabilitación; la terapia electroconvulsiva, etc. Todo lo expuesto, con un abordaje preventivo e integral que requiere el refuerzo de conductas saludables y el asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, además de la necesaria coordinación de recursos tanto sanitarios (tratamiento ambulatorio, ingreso del paciente, hospital de día) como sociales (centros de día, viviendas tuteladas).

La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable comprende los procedimientos de evaluación, diagnóstico, prevención y tratamiento orientados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual. Se incluye la rehabilitación de las afecciones relativas a los diferentes sistemas: Sistema musculoesquelético, sistema nervioso, sistema cardiovascular y sistema respiratorio. Utilizando para ello, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia relacionada directamente con un proceso patológico que esté siendo tratado en el Sistema Nacional de Salud y métodos técnicos ortoprotésicos³⁹.

1.2.1.3. La Atención de Urgencias

La Atención de Urgencias se contempla en el artículo 15 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹ “La atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales”. El acceso del paciente a la urgencia hospitalaria, tal y como suscribe la citada ley, se realiza por razones de riesgo vital, que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario.

La Cartera de Servicios Comunes de la prestación de atención de urgencia comprende: Atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada al tipo de urgencia sanitaria; información y orientación o consejo sanitario; evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que se precise, lo que también incluye la derivación a otro centro si fuera necesario para la realización de exploraciones y procedimientos diagnósticos específicos respecto al tipo de urgencia presentada; realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos medicoquirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria; monitorización, observación y reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera; transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia; información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención, de acuerdo con la legislación vigente; comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad⁴⁰.

Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta del paciente o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial.

1.2.1.4. Coordinación interniveles

Si bien es cierto que la coordinación entre los niveles sanitarios es una prioridad para muchos sistemas de salud, es un objetivo esencial no siempre bien resuelto, puesto que en ocasiones, las fronteras entre ellos, se deben más a la organización de los servicios que a las necesidades de los pacientes. En este sentido, conviene recordar que los elementos necesarios para que haya coordinación entre los procesos asistenciales como paso previo a la continuidad asistencial son: La conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información⁴¹, tener un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes⁴² y llevar a cabo una adecuada sincronización para que la atención sanitaria se preste tanto en el momento como en el lugar adecuados⁴³. Las estrategias de mejora de la continuidad asistencial entre los diferentes dispositivos sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada), son uno de los grandes retos que tiene el Sistema Sanitario Público para los próximos años, sobre todo, en la atención de problemas de salud crónicos puesto que en ellos intervienen múltiples profesionales y servicios⁴⁴, por lo que es necesario acometer políticas de comunicación entre ambos niveles asistenciales, de tal forma que el ciudadano, perciba continuidad en los cuidados y tratamiento. De hecho, la comunicación adecuada entre los propios profesionales y estos, a su vez, con el paciente, favorecerá una atención más segura, más coste-efectiva más integral e integrada que es cuando la coordinación alcanza su grado máximo⁴⁵. En este sentido, se podría resumir la coordinación asistencial como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de

manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos.

El marco legislativo de la coordinación interniveles entre dispositivos asistenciales ya se fomenta desde el propio hospital como espacio de salud de referencia, como así también lo indica el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril³², en el artículo 5.1 “Los hospitales tendrán como funciones primordiales las de prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada Área de Salud, así como las de investigación y docencia, complementando sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria del Área correspondiente”. De igual manera, como ya se ha tratado anteriormente en el apartado 1.2.1.2 (La Atención Especializada de Salud), la coordinación entre niveles asistenciales también lo contempla la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁹ en el artículo 13.1 y en los siguientes términos: “...la atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel”. Además, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias¹ en el art. 4.7, recoge que uno de los principios en los que se tiene que basar el ejercicio de las profesiones es la continuidad asistencial de los pacientes explicitando: “...la continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad”. Esto justifica seguir dando respuesta a la coordinación entre los niveles

sanitarios, con programas específicos al respecto, siendo uno de ellos, la gestión de casos cuyo impacto repercute ampliamente sobre los servicios clínicos y decisiones profesionales, en el transcurso de la historia natural de la enfermedad.

1.2.1.5. Gestión de casos

El envejecimiento de la población, la cronicidad compleja, el incremento de la dependencia, la disminución de la red de apoyo informal, la prevalencia de ciertas enfermedades y la utilización inadecuada de los servicios de salud con aumento indiscriminado de costes, son factores que no solo generan nuevos retos en la atención sanitaria, sino que también arriesgan la capacidad del sistema sanitario para afrontarlos globalmente. En este sentido, el modelo gestión de casos se perfila como el más adecuado para beneficiar el continuo asistencial del paciente, puesto que ya en sus orígenes nació para afrontar la fragmentación del cuidado. En breve repaso histórico, la gestión de casos surge en Estados Unidos en los años 70 definido por American Nurses Credentialing Center (ACNN) como “proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada. Es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos”. En nuestro país, aunque la enfermera gestora de casos no está presente en todas las Comunidades Autónomas, hay que señalar que Canarias realizó el primer proyecto piloto para su incorporación en el año 1994, sin embargo, a día de hoy, Andalucía es la Comunidad Autónoma que tiene el modelo de gestión de casos más desarrollado e implantado en

todo el Sistema Público Andaluz desde 2002, como desarrollo de su Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, inclusive, diferenciando a la Enfermera Gestora de Casos en Atención Primaria de la Enfermera de Enlace Hospitalario (EHE) ⁴⁶.

El modelo gestión de casos en enfermería, es una práctica avanzada de cuidados entendiendo por práctica avanzada como la capacidad de ejercer liderazgo clínico y prestar cuidados de alta calidad y gran efectividad en la toma de decisiones. Si bien es cierto que la Enfermera Gestora de Casos no es algo nuevo, sí, es una gran desconocida, incluso dentro de la propia profesión, actúa en distintos ámbitos como la atención domiciliaria, centro de salud, servicios sociales y atención especializada realizando funciones muy heterogéneas que se ajustan a las características tanto de los clientes como de los entornos culturales. Incluso, sus funciones variarán conforme a la intensidad en la que se apliquen las nueve variables clave que según Sullivan afectan de forma significativa al desempeño de las funciones de la gestión de casos: Duración de los servicios; intensidad del contacto; enfoque del servicio; disponibilidad del servicio; lugar de la intervención; dirección por parte del consumidor; capacitación de los profesionales; autoridad de los profesionales; estructura del equipo.

Sin embargo, dentro de la flexibilidad que ofrece el modelo, las líneas generales que sigue la Enfermera Gestora de Casos son: Responsabilizarse del plan de cuidados; coordinar el trabajo de otros profesionales; participar en la distribución de recursos tanto asistenciales sanitarios como sociosanitarios; y ser un gran apoyo para el cuidador informal que, como se ha tratado con anterioridad, es un elemento clave del cuidado del paciente²⁸, convirtiéndolo también en población susceptible del cuidado enfermero.

Todo lo cual ratifica a la enfermera como referente para ambos y en tal prebenda lleva a cabo una serie de actividades entre las que destacan: Seleccionar a los pacientes candidatos; unificar las citas clínicas (consultas y pruebas); facilitar el asesoramiento e información sanitaria; promover un plan de cuidados individualizado al alta; seguimiento telefónico; realizar talleres de aprendizaje para el cuidador; gestionar aspectos generales (dietas del acompañante, servicios sociales de apoyo como la teleasistencia), etc. Subrayando lo que afirma el presidente del Consejo General de Enfermería, Dr. D. Máximo González Jurado: “...no tenemos que olvidar que la enfermera contempla un entorno centrado en la persona y sus necesidades y no en la enfermedad. Es por ello que promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y su reincorporación a la comunidad, promueve mayor bienestar, minimiza el sufrimiento del paciente y de su familia, fomenta la toma de decisiones compartidas y asegura la continuidad de la atención, contribuyendo, así, a un sistema de salud mucho más eficiente”, verdadero leitmotiv de este modelo⁴⁷.

Esta afirmación complementa el modelo gestión de casos tal y como lo describió Silver “es un modelo que promueve el máximo bienestar y ayuda a disminuir la institucionalización a cualquier nivel del sistema”. Puesto que implica optimizar el autocuidado, disminuir la fragmentación del cuidado, mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir el tiempo de hospitalización, aumentar la satisfacción del paciente y de los profesionales comprometidos y promover el uso de recursos más escasos de forma más efectiva. Asimismo, este concepto también enfatiza el equilibrio entre la economía con la calidad del cuidado tal y como se desprende de la propia definición que aporta la Asociación Americana de Enfermería (ANA) al respecto: “La Gestión de Casos es un

método sistemático de acercamiento al cuidar. Sus objetivos principales son: proporcionar unos cuidados de calidad, reducir la fragmentación de los cuidados, mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud y la racionalización de los costes sanitarios. El marco conceptual para la Gestión de Casos incluye cinco componentes: valoración, planificación, implantación, evaluación e interacción”⁴⁸.

Por ello, y haciendo especial referencia al aspecto coste-efectividad del modelo, es fundamental que la gestión de casos se acompañe de financiación y promoción de los recursos que necesita el ciudadano, pues, como indican Kamerman y Kahn (1989): “La práctica de la gestión de casos no puede usarse como sustituto de la escasez de los recursos necesarios”. El modelo debe tener los conceptos claros tal y como advierte Hunter respecto a que no se debe confundir la “*gestión de casos*” como un término paraguas que incluya cualquier intento de coordinación de servicios y tampoco confundirla con la “*gestión de los cuidados*” (care management o managed care,) pues la gestión de los cuidados se centra en evitar o acortar al máximo la hospitalización y reducir sus costes. Redundando en el hecho de que la orientación de la gestión de casos es obtener el tratamiento más apropiado para el usuario, mediante el uso eficiente de los recursos disponibles y el rol del profesional de referencia es concreto por un tiempo limitado. Con lo cual se puede afirmar que la función principal del gestor de casos no enfatiza la gestión de servicios, sino las necesidades del cliente. No obstante a pesar de sus ventajas el modelo gestión de casos no siempre es susceptible de aplicarse. De hecho, encuentra sus limitaciones en situaciones de rechazo del paciente/familia y éxitus del paciente⁴⁶. También presenta dificultad en su implantación, cuando los objetivos del

paciente y los del sistema no coinciden, pues en este caso, se anula la permeabilidad del gestor de casos, como interlocutor asistencial entre ambos.

En resumidas cuentas y a la consideración de Austin (1983) quien afirma que “la gestión de casos es vista de forma amplia como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios [...] para garantizar [...] el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de un cliente individual”, se puede decir que la gestión de casos incluye la coordinación de servicios pero también la condición de ser proceso que tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema. Teniendo en cuenta la referencia de Austin y McClelland respecto al apoyo a las personas que necesitan cuidados de larga duración, los objetivos de la gestión de casos pueden ser de dos tipos⁴⁹ a tener en cuenta:

a) Orientados hacia el cliente

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de ese cliente específico.
- Supervisar las condiciones del cliente para garantizar la adecuación de los servicios.
- Servir como único punto de contacto que coordina la provisión de servicios que provienen de sistemas distintos y fragmentados.
- Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios.
- Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo del cliente.

- Servir de enlace entre el sistema institucional (basado en instituciones) y el sistema de atención basado en la comunidad.

b) Orientados hacia el sistema

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios no institucionales (residenciales).
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.
- Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de la gestión de casos como alternativa de la institucionalización.
- Controlar los costes mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más caros, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.

No obstante, dado que la literatura sugiere que el modelo gestión de casos se presenta como una posible herramienta eficaz dentro de las políticas sociosanitarias, es fundamental que los miembros del equipo asistencial adopten una actitud reflexiva y crítica al respecto. En este sentido, la enfermera Gestora de Casos (EGC) requiere un perfil de enfermera avanzada lo que conlleva una formación teórica y práctica de vanguardia⁵⁰.

1.2.2. El papel de la enfermera en el Sistema Nacional de Salud

En los últimos años el patrón epidemiológico global ha desplazado el valor “curación” por el valor “cuidado”⁴⁵ y en tal cambio, el papel de la enfermera se ha adaptado a la reorganización del proceso asistencial así como también a la directriz estratégica que está desarrollando el Sistema Nacional de Salud (SNS). El modelo organizativo y de gestión de los servicios sanitarios impulsa el liderazgo de los equipos multidisciplinares en el marco de una atención integrada que permita al paciente circular de manera fluida por los diferentes niveles asistenciales, estableciendo que los equipos están conformados por categorías profesionales que se rigen por su propia normativa y se vinculan a la dependencia jerárquica que le es propia. Desde la fecha de publicación del Estatuto 1973⁵¹, hasta la actualidad, la configuración de los puestos de trabajo de enfermería en la gestión sanitaria desarrollando las funciones que les han sido asignadas y el correspondiente tratamiento retributivo, ha sufrido varias transformaciones fundamentalmente la promulgación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁵ y el R.D. 347/1993, de 5 de marzo⁵² sobre organización de los Servicios Territoriales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), afectando a la Atención Primaria y la Atención Especializada.

En el ámbito de la Atención Primaria, la reforma se inicia con el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud³⁵ y la Orden de 8 de agosto de 1986 sobre retribuciones del personal dependiente del INSALUD⁵³ que contempla el puesto de Coordinador/a de Enfermería de los Equipos de Atención Primaria. Posteriormente la Resolución de 30 de diciembre de 1988, de la Secretaria de Asistencia Sanitaria⁵⁴ establece, a semejanza con la Atención Especializada, los órganos directivos de Atención Primaria, apareciendo por primera vez las figuras del director y subdirector de Enfermería

de Atención Primaria. El decreto 52/2010 de la Comunidad de Madrid⁵⁵ en artículo 9.1, abre la posibilidad de que los puestos de director del centro de salud puedan ser ocupados por un enfermero o enfermera adecuando los marcos legales a la misión, la visión y los valores enfermeros a los principios del Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre⁵⁶, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería (Título III, Capítulo I).

Los precedentes normativos de la Asistencia Especializada son: La Orden de 28 de febrero de 1985⁵⁷ por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la Orden de 1 de marzo de 1985⁵⁸, por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. Esta legislación, aunque posteriormente fue anulada por una Sentencia de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo (BOE 107, de 5-5-87), crea la figura del Director de Enfermería que, en dependencia orgánica y funcional del Director Gerente, estará al frente de la División de Enfermería del Hospital. También se crean las figuras de los Subdirectores y Supervisores de Enfermería, estos últimos como responsables de los Servicios y Unidades de Enfermería. El posterior y vigente Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD (R.D. 521/1987, de 15 de abril. BOE 91, de 16-4-87)³² recoge de igual manera esas figuras. En el artículo 12.a) otorga al equipo de enfermería la dependencia jerárquica a la Dirección de Enfermería postulando que corresponde al Director de Enfermería “Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Enfermería y las actividades del personal integrado en los mismos”. En el artículo 2.b) le hace garante de

“promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería”. Posteriormente, la Resolución de 11 de septiembre de 1989⁵⁹, de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria (BOE 226, de 21-9-89) introduce dichas figuras, ya previstas en el mencionado Real Decreto 521/1987³², con la denominación de Supervisor/a de Área Funcional y de Supervisor/a de Unidad que vienen a absorber los siguientes puestos de trabajo del modelo de gestión anterior: Matrona Jefe o Adjunta, Fisioterapeuta Jefe o Adjunto, Enfermera Jefe, Subjefe o Adjunta, Terapeuta Ocupacional Jefe o Adjunto y Enfermera Supervisora. Esto tiene aplicación no solo para el hospital sino para todos los centros de especialidades del Área o Sector.

1.2.2.1. El perfil competencial de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud

La administración de servicios de enfermería constituye un conjunto de competencias encaminados a dirigir, gestionar y desarrollar la práctica enfermera, dentro de la estructura de salud de la organización. La atención del paciente a lo largo del continuo asistencial requiere la actuación de grupos de trabajo interdisciplinarios con un trabajo diferenciado que genera interdependencias entre los profesionales y las unidades, sobre todo cuando se requiere conceptualizar y ordenar la complejidad de acciones clínicas no habituales o estandarizables como ocurre en el abordaje de varios procesos crónicos en un mismo paciente. En este sentido, será fundamental abordar y redefinir los perfiles profesionales, modificando o ampliando sus competencias para adecuarlas a las necesidades de los pacientes lo que revalorizará, además, el papel del profesional tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Los nuevos modelos de atención a

pacientes crónicos van a suponer un área de desarrollo que requiere el compromiso de la enfermera y su protagonismo incuestionable, tanto en la adecuada prestación de cuidados, como en la coordinación de los mismos. En tal escenario, se potenciará un perfil competencial más autónomo y específico del que venía desarrollando hasta ahora orientando en tal hoja de ruta, las directrices de la nueva especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, la introducción de la prescripción enfermera y el desarrollo por parte de la universidad de los nuevos estudios de Grado de Enfermería situando a la profesión en una situación idónea para asumir los nuevos retos⁶⁰

Definida por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) la competencia es “Un nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio” (CIE 1997: 44), siendo el Código Deontológico la base del ejercicio de las mismas en cualquiera de los ámbitos donde realice su práctica profesional suscrito en el siguiente texto, “La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua”⁶². También reconocida por la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 21 de Noviembre¹ en su artículo 7.1 “corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso”.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define la enfermería de la forma indicada a continuación: “La enfermería, como parte integrante del sistema de atención de salud, comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos físicos, los enfermos mentales y las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad. En este amplio espectro de la atención de salud, los fenómenos de especial interés para las enfermeras son "las respuestas de las personas, de las familias y de los grupos a los problemas de salud reales o posibles" (ANA, 1980, pág. 9). Estas respuestas humanas van desde reacciones de restauración de la salud ante un episodio único de enfermedad hasta la elaboración de una política de promoción de la salud de una población a largo plazo”. La función propia de las enfermeras al atender a las personas, enfermas o sanas, es evaluar sus respuestas a su estado de salud y ayudarlas en el desempeño de las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, actividades que ellas realizarían por sí mismas si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacerlo de tal manera que les ayude a conseguir su independencia total o parcial lo más rápidamente posible. (Henderson, 1977, pág. 7). En el entorno total de la atención de salud, las enfermeras comparten con los demás profesionales de salud y con los de otros sectores del servicio público las funciones de planificación, aplicación y evaluación para conseguir que el sistema de atención de salud sea adecuado para promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas” (CIE 1987).⁶¹

La función de la enfermera generalista, tal como se resume en la especificación para el proyecto de competencias, del CIE, incluye lo siguiente: “La promoción de la salud y

prevención de la enfermedad en las personas de todas las edades, familias y comunidades; la planificación y gestión de la atención a las personas de todas las edades, familias y comunidades que padecen enfermedades físicas o mentales y discapacidades o necesitan rehabilitación en contextos institucionales y de la comunidad; y cuidados en la fase final de la vida”⁶¹.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) *“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”*⁶¹.

En el preámbulo del Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería, se indica que las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: *“Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados”*⁶².

La profesión enfermera ha evolucionado y asumido mayores responsabilidades como se refleja en la Directiva Europea de Cualificaciones (Directiva 2013/55/ UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013), relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales⁶³ en el apartado 20 “La profesión de enfermero ha evolucionado considerablemente en los treinta últimos años: el desarrollo de la asistencia de proximidad, el recurso a terapias más complejas y la evolución constante de las tecnologías presuponen la capacidad de estos profesionales para asumir mayores responsabilidades. Los programas de formación de enfermería, cuya organización todavía varía en función de las tradiciones nacionales, deben ofrecer una garantía más sólida, y más orientada hacia la obtención de resultados, de que el profesional ha adquirido determinados conocimientos y capacidades durante la formación y de que es capaz de aplicar, al menos, ciertas competencias para ejercer las actividades relacionadas con su profesión”.

En el artículo 31, apartado 6 se contempla que:

La formación de enfermero responsable de cuidados generales garantizará que el profesional en cuestión haya adquirido los conocimientos y capacidades siguientes:

- *Amplios conocimientos de las ciencias en las que se basa la enfermería general, incluida una comprensión suficiente de la estructura, funciones fisiológicas y comportamiento de las personas, tanto sanas como enfermas, y de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano.*
- *Conocimiento de la naturaleza y de la ética de la profesión así como de los principios generales de la salud y de la enfermería.*

- *Experiencia clínica adecuada; experiencia que se seleccionará por su valor formativo, y se adquirirá bajo la supervisión de personal de enfermería cualificado y en lugares donde el número de personal cualificado y de equipos sean adecuados para los cuidados de enfermería al paciente.*
- *Capacidad para participar en la formación práctica del personal sanitario y experiencia de trabajo con ese personal.*
- *Experiencia de trabajo con miembros de otras profesiones del sector sanitario.*

En este mismo artículo, apartado 7, aparece que:

Los títulos de formación de enfermero responsable de cuidados generales acreditarán que el profesional en cuestión se encuentra, como mínimo, en condiciones de aplicar las siguientes competencias, independientemente de que la formación se haya adquirido en una universidad, un centro de enseñanza superior de nivel reconocido como equivalente, una escuela profesional o mediante programas de formación profesional en enfermería:

- *Competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras a), b) y c), con el fin de mejorar la práctica profesional.*
- *Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras d) y e).*

- *Competencia para responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras a) y b).*
- *Competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe.*
- *Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.*
- *Competencia para, de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos.*
- *Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.*
- *Competencia para analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermero responsable de cuidados generales.*

En España, la formación básica de enfermera responsable de cuidados generales es la que conduce a la obtención del título universitario oficial de Grado en Enfermería, establecido de acuerdo con las previsiones contenidas en la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio⁶⁴, conforme a las condiciones del Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008. En cuyo apartado 3 del Anexo de dicha Orden se recogen las competencias que los estudiantes deben adquirir:

- Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada

momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

- Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
- Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
- Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
- Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
- Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
- Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
- Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud -enfermedad.
- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.

- Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
- Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
- Conocer el Código Ético y Deontológico de la Enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
- Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
- Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
- Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni- o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
- Conocer los sistemas de información sanitaria.
- Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
- Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

Este título permite el ejercicio de las actividades profesionales a que se refiere la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en su artículo 7.2.a)¹, *“corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”* La citada ley regula el ejercicio profesional de la Enfermería en España en el Título I, artículo 4.3 donde se indica que: *“Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias”*. Además en su artículo 4.5, se recoge que *“Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión. Finalmente el mismo el artículo 7 de la Ley 44/2003¹, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece que “el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico”*.

De igual forma, los aspectos de calidad y la excelencia de la práctica profesional de enfermería, viene regulado por el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre (BOE. 269, 09/11/2001)⁵⁶, y modificación de 4 de febrero de 2004 (BOE 191, 09/08/2004) por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería en el

Título III, *De los principios básicos de la profesión de Enfermería*, específicamente en el Capítulo 1, articulado 53 y 54. El artículo 53.1 dice: “Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades, en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y la dignidad humana”. El artículo 53.2, contempla que la enfermera generalista es “...el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales enfermeros y que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosocial en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos”. En el artículo 54.1, sobre los cuidados de enfermería, se lee que “ Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles”. El artículo 54.2 suscribe que “Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención”. El artículo 54.3

señala que “Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y establecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”.

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva al planteamiento de si hay suficiente número de enfermeras y, en este sentido, el primer estudio descriptivo sobre el Estado de Salud de los Profesionales de Enfermería en España que abarca el periodo entre 2010-2015,⁶⁵ indica que según los datos aportados en el año 2009 por las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), en el Sistema Nacional de Salud trabajan un total de 158 000 enfermeras. Del total de las enfermeras, 152 260 (96.21%) son enfermeras de Cuidados Generales, de las que 112 829 (71.29%) desempeñan su trabajo en el ámbito de Atención Especializada mientras 39 431 (24.92%) lo hacen en Atención Primaria. Las proyecciones del modelo de simulación empleado, indican que en el año 2015 contaremos en todo el sistema sanitario español tanto público como privado con 233 867 enfermeras de cuidados generales (508 por cada 100 000 habitantes); en 2020 contaremos con 238 699 (523 por cada 100 000 habitantes) y en 2025 contaremos con 241 594 (532 por cada 100 000 habitantes) lo que supone un incremento en el ratio enfermera/médico desde el 1.40 en el año 2009 a 1.54 en el año 2025.

1.2.2.2. Formación Continua y mantenimiento de la competencia profesional

La reflexión y la discusión que requieren las necesidades formativas de la enfermera ha enfocado la reforma de los estudios universitarios de Enfermería, hacia los parámetros del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que definen las declaraciones de Sorbona (1998), Bolonia (1999), las reuniones de Salamanca (2001) y Barcelona (2002) y los comunicados de Praga (2001) y Berlín (2003). Son importantes también, el movimiento mundial referente al concepto de *desarrollo sostenible*, la diversidad cultural en la que estamos inmersos y el desarrollo de la cultura por la paz, entendida como “conjunto de valores, actitudes y comportamientos que reflejan el respeto a la vida, al ser humano y a su dignidad y que pone en primer plano los derechos humanos, el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como la comprensión entre los pueblos, los colectivos y las personas”.

Como se ha dicho anteriormente, estamos viendo que la realidad social de este milenio es diferente y cambiarán las formas de actuar, los métodos, los instrumentos y los sistemas de organización del trabajo, como lo están haciendo los paradigmas dominantes del mundo occidental. Este escenario advierte a las enfermeras que también deberán plantearse aspectos prácticos, técnicos, morales y éticos, no solo para dar respuesta a las modificaciones sustanciales que se van a producir respecto a la demanda de cuidados, sino que también deberán demostrar capacidad para consensuar la oferta profesional más adecuada. En este sentido, es de gran utilidad que los enfermeros sean conocedores de la existencia de documentos que a modo de recomendaciones les informan de los

cambios potenciales futuros como el documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) titulado, *La política de salud para todos en el siglo XXI*, que formula diez objetivos para poder atender y mantener el mejor estado de salud de la población posible en los dos primeros decenios de este milenio; la Décima Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los cuidados enfermeros y obstétricos, (*Declaración de Munich: las enfermeras y matronas una fuerza para la salud*) puesto que aborda el rol esencial que tienen los seis millones de titulados/as enfermeros/as en Europa y la contribución que aportan tanto al desarrollo sanitario como a la prestación de los servicios de salud; el documento de la OMS, que cuenta con el soporte de numerosas organizaciones internacionales, entre ellas el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), sobre *Servicios de Enfermería. Orientaciones estratégicas, para el periodo 2002-2008*, donde se establecen los objetivos y las estrategias a desarrollar así como también los resultados a lograr por los titulados/as enfermeros/as durante este periodo, lo que implica orientar la formación repensando los tiempos, los espacios de formación y trabajo, como se ha dicho anteriormente, haciendo referencia al artículo 20 de la Directiva 2013/55/CE⁶³. En este sentido, el encuentro sobre *Políticas y prácticas de la formación continua en el marco europeo* (julio-agosto 2001)⁶⁶ mostró que los países de la Unión Europea y, España es uno de ellos, están inmersos en la *problemática común* sobre la Formación Continuada y su futuro y que se desarrollan dentro de un nuevo paradigma, el de *La formación a lo largo de toda la vida*. Lo que suscribe que la educación ha dejado de ser un proceso que transcurre en una etapa de la vida de las personas para pasar a ser un proceso continuo de aprendizaje durante toda la vida y también la propia definición de Formación Continuada, como cualquier tipo de formación formal (reglada o

no reglada) que las personas en edad de trabajar realizan después de un periodo de ruptura con la formación inicial. El aprendizaje continuo, aborda dos nociones fundamentales que son, la centralización en el educando y la idea de que los alumnos deben administrar su propio aprendizaje y responsabilizarse de él, puesto que la vinculación de la Formación Continuada con el mundo laboral permite reconocer la obsolescencia de ciertas enseñanzas profesionales o revela las carencias de algunos sectores en enseñanzas técnico-profesionales. Esto ha incrementado la importancia de la Formación Continuada en las últimas décadas, convirtiéndola en una herramienta fundamental para el desarrollo económico, crecimiento productivo de los países y competitividad de las empresas. De hecho, en la última Cumbre de la Unión Europea celebrada en Lisboa en el año 2000 ⁶⁷ se concluyó, entre otras medidas, que debe darse una mayor importancia a la Formación Continuada como componente básico del modelo social europeo y que es necesario un aumento sustancial de la inversión per cápita en recursos humanos. Asimismo, cada vez hay un mayor interés sobre el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) que en la Unión Europea se basa en la nueva Directiva de Reconocimiento de las Cualificaciones Profesionales, 2013/55/UE⁶³ cuyo artículo 15 postula que: “El desarrollo profesional continuo contribuye a que los profesionales que gozan del reconocimiento automático de sus cualificaciones profesionales ejerzan su actividad de forma segura y eficaz. Es importante fomentar que se siga reforzando el desarrollo profesional continuo para estas profesiones. Los Estados miembros deben, en particular, promover el desarrollo profesional continuo de los médicos, médicos especialistas, médicos generalistas, enfermeros responsables de cuidados generales, odontólogos, odontólogos especialistas, veterinarios, matronas, farmacéuticos y

arquitectos. Las medidas adoptadas por los Estados miembros en favor del desarrollo profesional continuo de estas profesiones han de comunicarse a la Comisión, y los Estados miembros deben, asimismo, intercambiar las mejores prácticas en este ámbito. El desarrollo profesional continuo debe abarcar la evolución técnica, científica, normativa y ética, así como motivar a los profesionales para que participen en formaciones de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión". Establece la modificación del artículo 22.b de la Directiva 2005/36/CE indicando que: "Los Estados miembros velarán, de conformidad con los procedimientos propios de cada Estado miembro y mediante el fomento del desarrollo profesional continuo, porque los profesionales... puedan actualizar sus conocimientos, capacidades y competencias con el fin de preservar el ejercicio seguro y eficaz de su profesión y mantenerse al día de la evolución de la profesión". En este contexto recientemente, la Comisión Europea (CE) ha publicado un estudio realizado dentro del marco del Programa de Salud de la UE 2008-2013, dirigido a evaluar y conocer con detalle la situación del Desarrollo Profesional Continuo (DPC) y la Formación Continuada (FC) entre cinco profesiones sanitarias (médicos, enfermeras, odontólogos, comadronas y farmacéuticos) en 31 países miembros de la Unión Europea. La Comisión Europea partió de la premisa de que el Desarrollo Profesional Continuo es una "obligación ética para todos los profesionales de la salud con el fin de asegurar que sus prácticas profesionales están actualizadas y puedan contribuir a mejorar los resultados para los pacientes y la calidad de la asistencia sanitaria" asimismo que los "sistemas de DPC de toda Europa son sumamente complejos y muestran diferentes enfoques en las diversas profesiones y países. No hay pruebas que sugieran que un sistema sea preferible a otro". A partir de lo cual, según el estudio, se definió el

Desarrollo Profesional Continuo (DPC) como “El mantenimiento sistemático, la mejora y la adquisición continuas y/o el refuerzo de los conocimientos, habilidades y competencias de los profesionales de la salud a lo largo de toda su vida. Es esencial para satisfacer las necesidades de los pacientes y la prestación de los servicios sanitarios, así como las necesidades individuales de formación profesional. En este término se tienen en cuenta no solo las múltiples competencias indispensables para suministrar una asistencia sanitaria de alta calidad, sino también el contexto multidisciplinario de la atención a los pacientes”. El informe completo especifica veintidós recomendaciones con acciones claves, entre las cuales, se indican las siguientes: Asegurar a los profesionales de la salud que emprendan actividades de Desarrollo Profesional Continuo en virtud de la Directiva revisada sobre el reconocimiento de las cualificaciones profesionales; adopción de medidas para abordar los principales obstáculos que impiden la realización de actividades de Desarrollo Profesional Continuo como son el tiempo, recursos humanos y coste; realizar nuevas investigaciones acerca del impacto y los sistemas de Desarrollo Profesional Continuo en el sector salud que incidan especialmente en la relación entre el Desarrollo Profesional Continuo y la seguridad de los pacientes; la calidad de la asistencia sanitaria y los resultados para los pacientes. Teniendo en cuenta que todas las recomendaciones de la Unión Europea acerca de la planificación y la previsión del personal sanitario, se deberían tener en cuenta en relación al Desarrollo Profesional Continuo para evitar la escasez de personal que impide a los profesionales realizar estas actividades⁶⁸.

Respecto a la Formación Continuada en nuestro país, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesionales Sanitarias de 21 de noviembre¹ en el artículo 33.1, la define como

“Proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar: conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”. Además en el artículo 33.2, se establecen los objetivos de la Formación Continuada que son:

Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional; Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse; Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario; Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta; Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

El artículo 34 de la citada ley, hace referencia a la Comisión de Formación Nacional de Formación Continuada “creada para armonizar el ejercicio de las funciones que las Administraciones sanitarias públicas y demás instituciones y organismos ostentan en materia de formación continuada, así como de coordinar las actuaciones que se desarrollen en dicho campo”. Estas funciones vienen recogidas en el apartado 34.4 y son las siguientes: “Las de detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades de los profesionales y del sistema sanitario en materia de formación continuada, de acuerdo

con las propuestas de los órganos competentes de las comunidades autónomas, de las sociedades científicas y, en su caso, de las organizaciones profesionales representadas en la Comisión Consultiva Profesional; las de propuesta para la adopción de programas o para el desarrollo de actividades y actuaciones de formación continuada de carácter prioritario y común para el conjunto del sistema sanitario; Las de propuesta de adopción de las medidas que se estimen precisas para planificar, armonizar y coordinar la actuación de los diversos agentes que actúan en el ámbito de la formación continuada de los profesionales sanitarios; las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación de centros y actividades de formación continuada; las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada”.

1.2.2.3. Regulación del profesional de enfermería en el SNS

Para tratar del tema de la regulación del profesional de enfermería en el Sistema Nacional de Salud (SNS), partimos del concepto más actual de regulación, aportado por Benton, González y Beneit⁶⁹, quienes la definen como “Todas aquellas medidas legítimas, apropiadas y sostenidas mediante las cuales se confiere orden, identidad, coherencia, control y rendición de cuentas para el ejercicio autónomo de la profesión, mediante la aplicación de medidas jurídicas, profesionales y/o voluntarias que conducen a la mejor protección del público, a la movilidad eficaz y eficiente y a la adecuación de la práctica profesional a las necesidades de los pacientes y la sociedad”.

En este sentido, la autorregulación profesional debe cumplir efectivamente el contrato social establecido entre los profesionales y los ciudadanos que reciben cuidados y servicios. Asimismo, la regulación de la enfermería ya no se sugiere como el único mecanismo para garantizar la seguridad de los pacientes sino que *forma parte de una orquesta* que colectivamente contribuye a su seguridad.

Partiendo de la definición de regulación, se deduce la finalidad de la regulación o reglamentación y los mecanismos y los modelos mediante los cuales se consiguen dichos fines. En este sentido, hablaríamos, por un lado de las medidas jurídicas establecidas por los poderes públicos, y por otro, las normas que establecen los órganos reguladores de la profesión (Colegios Profesionales), refiriéndonos, en este caso, a la Autorregulación. La combinación de las normas especificadas, administradas y aplicadas entre el Estado y los Órganos Reguladores, es lo que se define como Corregulación.

Llegado a este punto, es importante tener en cuenta el interés que ha tenido el Consejo Internacional de Enfermeras (CGE) en la regulación legislativa de la profesión, constituir órganos reguladores e implantar los procesos correspondientes a fin de proteger a los ciudadanos, establecer estándares de calidad en la práctica y el avance de la profesión, lo que no contraviene la observación de Benton y Morrison cuando resaltan que en la actualidad la regulación de la profesión es mucho más complicada que en el pasado entre otras cuestiones porque la protección de los ciudadanos, el establecimiento de estándares y el avance de la práctica profesional ya no es responsabilidad de un único actor, sino que son numerosos los actores que regulan el ejercicio profesional de cada enfermero, los cuales, a menudo, lo consiguen mediante toda una serie de procesos,

orientación y estándares que pueden influir, y de hecho lo hacen, en la práctica cotidiana de los enfermeros. De igual manera, afirma que las fuerzas que influyen en la profesión quizá no se limiten a aquellas que emanan exclusivamente de la ley, siendo buena prueba de ello que a medida que los sistemas de prestación de cuidados se han ido haciendo más complejos y han ido cambiando las necesidades de los pacientes, los reguladores han tenido que considerar cómo determinar las competencias compartidas y desarrollar una formación basada en el trabajo en equipo, acreditada, impartida y evaluada, a menudo utilizando escenarios con problemas a resolver trabajando en equipo⁶⁹.

El modelo más general es el que se refiere a la reglamentación por ley, en la que se prevé un órgano de gobierno o un consejo y se esbozan las disposiciones para el registro y las disciplinas aplicables. En algunos países, el gobierno regula la enfermería de manera centralizada sin una verdadera legislación; en otros, se incluye a las enfermeras en las disposiciones reglamentarias aplicables a todos los profesionales de salud.

La reglamentación central por el gobierno puede tener carácter limitador, pues muchas veces no hace referencia a la profesión que es objeto de ella y, por tanto, puede ser que no facilite el desarrollo de unas normas pertinentes. También puede ser mecánica en su aplicación.

La responsabilidad de la reglamentación puede corresponder al órgano regulador, como sucede en la mayoría de los países del mundo. En los Estados Unidos, Canadá y Australia, países integrados por estados federales, provincias o territorios con grados diversos de autonomía, no hay una reglamentación central o nacional; aunque todos esos países tienen algún grado de reconocimiento recíproco para los fines de la inscripción de

enfermería. En Polonia y Eslovaquia, donde la legislación de enfermería es relativamente reciente, el elemento de autorregulación es evidente.

En España, la regulación de la enfermera como profesional sanitario que presta sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social, ha tenido una regulación específica identificada con la expresión *personal estatutario* que deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal: El estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario de tales centros e instituciones. La normativa al respecto se apoya en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud⁷⁰ que en el Capítulo II de la Clasificación del Personal Estatutario, artículo 5 indica “El personal estatutario de los servicios de salud se clasifica atendiendo a la función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de su nombramiento”. El artículo 6, define a los diplomados sanitarios entre los que se incluye enfermería, como “Personal de formación universitaria: quienes ostentan la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria que exija una concreta titulación de carácter universitario, o un título de tal carácter acompañado de un título de especialista”. Sobre el sistema de selección, el artículo 31.1, establece que: “La selección del personal estatutario fijo se efectuará con carácter general a través del sistema de concurso-oposición”, condición refrendada por el artículo 14.2, sobre ordenación del Personal Estatutario, del siguiente modo: “La integración del personal estatutario en las distintas instituciones o centros se realizará mediante su incorporación a una plaza, puesto de trabajo o función”. Sin embargo, la citada ley, no solo subraya las características profesionales de la enfermera a las

peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud (SNS), sino que también conviene la trazabilidad formativa de la misma. El artículo 19.c, en el apartado Deberes, establece que el Personal Estatutario de los servicios de salud viene obligado a “Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada”. Por otra parte, en el Capítulo VIII, donde se trata de la Carrera Profesional y en su artículo 40.2 sobre los Criterios Generales de la Carrera Profesional establece textualmente: “La carrera profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios”.

1.2.2.4. El papel de la enfermera en Atención Primaria

Como ya se ha tratado en el apartado 1.2.1.1 (La Atención Primaria de Salud), en España la Atención Primaria de Salud se lleva a cabo por equipos multidisciplinares denominados Equipos de Atención Primaria (EAP) que bajo la perspectiva de un sistema integral de salud debe asumir todas aquellas funciones dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud tanto individual como colectivo, del grupo de población que tiene adscrito. Si bien es cierto que el rol de la enfermera en los Equipos de Atención Primaria, viene determinado por una serie de actividades que deben garantizar una atención integral basada en la promoción, prevención, recuperación y reinserción³⁵, conviene destacar que por propia definición, el cuidado enfermero les aporta un valor añadido. Así, el cuidado

se entiende como la acción intencionada para mantener la vida, la salud y el bienestar identificando la capacidad de respuesta humana tanto de los individuos como de los grupos, planificando las intervenciones a través de las cuales se alcancen óptimos niveles de autonomía e independencia y, por tanto, de calidad de vida. En este sentido, la contribución del desarrollo disciplinar y profesional de la enfermera para el abordaje de una correcta atención al ciudadano, ha orientado una de las líneas de actuación prioritarias del Plan de Mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009, dirigido a la organización y gestión de los servicios en cuyo apartado 3.2 se indicaba "el desarrollo de una experiencia piloto sobre libre elección de enfermera en un área Sanitaria con el fin de estudiar su repercusión en la organización interna de los equipos de Atención Primaria". Posteriormente, la figura de la enfermera como profesional de referencia en Atención Primaria, se ha regulado en el Decreto 51/2010, de 29 de julio⁷², cuyo artículo 2 indica que: "La libertad de elección de médico de familia, pediatra o enfermero en Atención Primaria se ejercerá en el centro de salud en el que preste servicio el profesional elegido, bastando para ello la comunicación del paciente". Esto, también implica, que la enfermera disponga de una total autonomía a la hora de establecer su juicio clínico, tal como reconoce la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en los artículos que se han tratado anteriormente (art 7.1), (art 7.2.a)¹ en el apartado 1.2.2.1 (El perfil competencial de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud).

Las funciones actuales de la enfermera de Atención Primaria se sustentan en la Circular 5/90⁷³ contemplando aspectos clínico-asistenciales (atención directa en centro y domicilio tanto a personas como a familias, educación para la salud grupal, participación

comunitaria, gestión de casos); función docente (formación pregrado, posgrado y Formación Continuada); investigación; y, funciones de gestión u organización.

La función clínico-asistencial en atención directa al ciudadano se realiza en el centro de salud, domicilio y consulta de enfermería como atención a demanda, programada y/o urgente. La consulta de enfermería a demanda, es la atención que la enfermera ofrece sin cita programada, accediendo a ella preferiblemente mediante cita previa. La demanda puede surgir de forma espontánea y o derivada. En el primer caso (espontánea), es el usuario quien solicita ser atendido por la enfermera y en el segundo caso (derivada), la reorientación del usuario a la consulta de enfermería la realiza otro profesional, que con frecuencia es el médico, pues se trata de un problema de salud de competencia enfermera. En la consulta programada, la enfermera y el paciente conciertan las visitas necesarias para tutelar el problema de salud específico mediante un programa de salud y fomentando el autocuidado del paciente, especialmente importante ante la dependencia que crean las enfermedades crónicas. De hecho, el Plan de Mejora de la Atención Primaria 2006 – 2009, al que se hacía referencia antes, también establece como actuación prioritaria el *impulso del papel de enfermería*, como elemento fundamental en el fomento del autocuidado entendido como “todas las acciones que permiten al individuo mantener la vida, la salud y el bienestar, es decir, lo que la persona hace por y para sí misma”.

Finalmente la atención urgente es la asistencia que realiza la enfermera por un problema de salud no demorable y dentro del marco organizativo establecido en el equipo.

La Educación para la Salud (EpS) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud”. En este sentido, la condición de la Atención Primaria como primer nivel de asistencia sanitaria de la ciudadanía, convierte la Educación para la Salud (EpS) en una poderosa herramienta para mejorar los comportamientos y promocionar estilos de vida saludables. Sobre todo, en el contexto de los patrones de morbilidad actuales^{14-15, 17}, donde la operatividad de la educación para la salud requiere la aportación de varias disciplinas (pedagogía, psicología, antropología, sociología, salud pública) y un proceso educativo orientado al aprendizaje significativo. Llegados a este punto, conviene tener presente que la educación, es un proceso intencional por el cual las personas son más conscientes tanto de su realidad como del entorno que les rodea, ampliando conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar sus comportamientos. En este sentido, el aprendizaje significativo se basa en posibilitar al educando (individual/grupos) expresar o investigar su propia realidad analizando su situación de salud (experiencias, vivencias); profundizar en los aspectos susceptibles de ser transformados; afrontar la situación de forma adecuada (capacidades, habilidades, recursos); y evaluar las decisiones tomadas (resultados, valores, cultura), en el continuo del proceso enseñanza-aprendizaje. En definitiva, se trata de que el aprendizaje significativo, sea un elemento motivador para el desarrollo personal del ciudadano y que la enfermera no asuma un rol magistral sino de guía facilitador, puesto que las intervenciones eficaces en promoción y educación para la Salud (EpS) son

aquellas que se desarrollan e integran en los espacios donde la gente vive, convive, acude, se reúne y/o trabaja de forma cotidiana⁸.

La participación de la enfermera en la comunidad, es otra de sus funciones definida en la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud³⁶: "El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costes relativos". Lo que nos lleva a considerar que el rol de la enfermera de Atención Primaria también consiste en colaborar con los demás actores que también intervienen en el proceso educativo como la administración pública local, grupos sociales, centros educativos, asociaciones etc. Dentro de las actividades que realiza la enfermera en la comunidad adquiere especial relevancia su intervención en centros escolares abordando entre los principales temas: Higiene y cuidados personales; salud bucodental; relaciones personales y humanas; alimentación y comidas sanas; seguridad y prevención de accidentes; prácticas de autocuidado seguro y responsable; prevención y control de enfermedades; uso y abuso de medicamentos y drogas; educación para el consumo; vida familiar y educación sexual; afectividad, etc. En este sentido, la participación y el alcance de la enfermera de Atención Primaria en la comunidad, refrenda lo que subraya la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud al respecto: "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo", así como también, la I Conferencia Internacional sobre Atención

Primaria de Salud ³⁶ en el título VII, la Atención Primaria Sanitaria "exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar".

Sobre las funciones de la enfermera de Atención Primaria en la gestión de casos, no difieren a las tratadas en el apartado 1.2.1.5. Sin embargo, conviene incidir sobre algunos aspectos que facilitan el acompañamiento del paciente y familiar en su recorrido por el complejo sistema sanitario. Esto hace referencia a las habilidades comunicativas y a la empatía pues son elementos facilitadores para que el ciudadano reciba una atención con suficiente información comprendida, sobre todo, cuando se trata de personas dependientes, con especial fragilidad o problemática, así como también de cuidadores con sobrecarga, pues el alivio de la misma, puede suponer la no claudicación del cuidado.

La función docente de la enfermera, incluye la formación pregrado, posgrado y Formación Continuada. En la formación pregrado, tutoriza la formación práctica de los alumnos de las escuelas universitarias en el contexto formativo íntimamente ligado al desarrollo del grado en enfermería, mientras que en la formación posgrado las enfermeras acreditadas como tutoras, guían la formación de enfermeros profesionales en el programa formativo de los Enfermeros Internos Residentes (EIR) conforme el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio)⁷⁴. Respecto a la Formación Continuada, la Ley 14/1986,

de 25 de abril, General de Sanidad⁵ ya la recogía como una necesidad además de conferir la responsabilidad de la misma a las administraciones sanitarias públicas a través de sus Servicios de Salud expresándolo textualmente en sus artículos 104 y 105, "toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales". Por otra parte, tal y como se ha tratado en el apartado 1.2.2.2 (Formación Continua y Mantenimiento de la competencia profesional), la importancia de la Formación Continuada también viene recogida en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre¹ en los artículos 33 y 34. Destacando que en ambos marcos jurídicos, la Formación Continuada se entiende en su doble vertiente que es, por un lado, la formación en el propio centro, mediante sesiones tanto propias como multidisciplinarias y por otro lado, la formación fuera del centro cursos, talleres, etc. Ambos aspectos redundan en la idea de que la formación, se configura como un factor determinante en la calidad de un servicio enfermero actualizado que permite adquirir las competencias necesarias para desarrollar un trabajo con eficiencia y además ocupar un lugar reconocido en la organización sanitaria. Culminando, de este modo, los anhelos profesionales que ya perfilaba el presidente del Consejo General de Enfermería de España, Dr. D. Máximo A. González Jurado ante los enfermeros alaveses en aquellas jornadas de mayo 2004: "Las especialidades de enfermería y la LOPS abren el camino a una nueva enfermería acorde con la realidad sanitaria y profesional"⁷⁵.

La función de investigación que realiza la enfermera de Atención Primaria es un elemento imprescindible para mejorar la calidad asistencial de la profesión, puesto que la investigación estimula la reflexión, el trabajo consensuado en equipo, el estudio y

promueve la actualización de procedimientos basados en las mejores evidencias científicas lo que además disminuye la variabilidad en la práctica clínica. El conocimiento de los principios éticos establecidos para la investigación científica y la implantación de la metodología enfermera, ofreciendo la posibilidad de medir los resultados de salud en función del diagnóstico enfermero y de sus criterios relacionados, contribuye al desarrollo científico de la profesión. Además, el pensamiento tanto reflexivo como creativo en la construcción del conocimiento, favorece la actitud crítica hacia las consecuencias tanto éticas como sociales del desarrollo de la profesión. En este sentido, es lógico pensar que si impulsamos las funciones de investigación e innovación, manteniendo un alto nivel de cualificación de los enfermeros, se logrará un mejor desarrollo de todas sus funciones.

Referido a la función de organización y gestión, la presencia de la enfermera en puestos directivos de Atención Primaria, fue avalada en el régimen jurídico correspondiente^{35, 53,58} desvinculando la tradicional macrogestión sanitaria del paradigma médico. Respecto a las actividades de microgestión realizadas en la consulta, deben ir orientadas a racionalizar los recursos y a la planificación de agendas, lo que nos lleva a definir el término agenda, como la estructura organizativa de la actividad asistencial en consultas, sobre la que se produce la cita de un paciente. En la actualidad, cada vez están cobrando mayor importancia las agendas en soporte informático que aportan ciertos márgenes de flexibilidad y estabilidad, pues su finalidad última es brindar una asistencia accesible, ágil y de calidad. No obstante, hay que tener en cuenta que en su configuración no se debe contemplar la asistencia de casos urgentes que tendrá su propia mecánica al margen de la actividad programada⁷⁶. La actividad enfermera también se beneficia de las nuevas

tecnologías pues la aplicabilidad de incorporar planes de cuidados enfermeros como el programa OMI-AP y actualmente AP Madrid, no solo contribuye a que el trabajo del enfermero se gestione de forma más eficaz sino que también supone el reconocimiento institucional del método científico que lo sustenta. Con todo, las funciones de gestión y organización de la consulta, deben contemplarse en el marco del trabajo en equipo, en la medida de que las actividades de las distintas categorías profesionales no solo influyen sino que también condicionan los resultados de salud que se brindan a la población.

1.2.2.5. El papel de la enfermera en Atención Especializada

La Disposición Única de Derogación de Normas de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud⁷⁰ establece la siguiente normativa:

1. *Quedan derogadas, o se considerarán, en su caso, inaplicables al personal estatutario de los Servicios de Salud, cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan o contradigan a lo dispuesto en la presente Ley y, especialmente, las siguientes:*
 - f) *El Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social aprobado por Orden de 26 de abril de 1973, con excepción de su artículo 151, así como las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.*

En la actualidad, podemos remitirnos a las competencias transversales de las distintas especialidades ya que no podemos asignar a todas las enfermeras del nivel de atención especializada las mismas funciones ni competencias. Puesto que como se ha tratado en el apartado 1.2.1 (Organización del Sistema Nacional de Salud), el nivel de Atención

Especializada se realiza en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos.

1.2.3. Las Consultas de Enfermería en el ámbito nacional

La insatisfacción constatada en varios estudios de opinión⁷⁷⁻⁷⁹ y el análisis de reclamaciones sobre el Sistema Nacional de la Salud⁸⁰, informan que el ciudadano no siempre tiene una percepción positiva del mismo, siendo algunos de los factores que inciden en ello, una accesibilidad difícil, largas listas de espera, demoras etc. En este sentido, es lógico entender el interés por parte de los ciudadanos y de los propios profesionales respecto a una adecuada gestión de la demanda asistencial, para evitar las interferencias de la sobrecarga asistencial que es gran parte del problema. Esto lleva a insistir en que los servicios de salud no solo tienen que responder a las necesidades y a las expectativas de la población, sino que deben hacerlo mejorando tanto la eficacia como la eficiencia del sistema, siendo uno de sus ejes claves dotar a la enfermería de mayor responsabilidad, es decir, de mayor capacidad y autonomía para contribuir a ello, sobre todo, en lo relativo a problemas de salud muy específicos.

Llegados a este punto, conviene considerar la instauración de las Consultas de Enfermería que promocionaron la atención enfermera a un grupo de población concreto (pacientes crónicos, ancianos, cuidadores familiares, pacientes inmovilizados, consultas de vacunas, etc.) más allá de la realización de actividades de forma dispensarizada (curas, administración de vacunas, inyectables, etc.). El recorrido histórico por las Consultas de Enfermería, revela que nacieron de la necesidad de atender y realizar el seguimiento del paciente crónico, situando sus primeras referencias como consulta independiente de la

médica en el año 1973 en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore. Las consultas de enfermería las pusieron en marcha enfermeras especializadas en cardiología y diabetes que en su práctica diaria aplicaban la teoría de Oren a este tipo de pacientes así como también los derivaban a la consulta médica si era necesario^{81- 82}. Posteriormente a esta fecha, se encuentran experiencias similares en los Estados Unidos (USA) en el año 1965⁸³ con la aparición de la nurse practitioner (NP) en la Universidad de Colorado y en Canadá, con roles enfermeros definidos así como también en prácticas de colaboración médico-enfermera que implicaban la provisión de los distintos servicios de Atención Primaria caracterizados a partir de los cinco dominios de actividades en Atención Primaria de la Organización Mundial de la Salud OMS (actividades de promoción de salud, de prevención de enfermedad, curativas, rehabilitadoras y cuidados de soporte). En España, la Consulta de Enfermería se inicia como Programa de Consultas de Enfermería también para el control y el seguimiento de enfermos crónicos, principalmente hipertensos, diabéticos y afectos de broncopatías, teniendo como primer referente el Servicio Andaluz en el año 2001, aunque estas enfermedades fueran reguladas por vez primera por la Orden de 27 de noviembre de 1985 de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía⁸⁴.

Siguiendo a varios autores⁸⁵⁻⁸⁶ en todas las definiciones de Consulta de Enfermería, subyace el denominador común de ser el espacio donde el enfermero ofrece un servicio al usuario (población sana o enferma) para resolver un problema de salud dentro del marco competencial que le es propio, garantizándole confidencialidad y seguridad. En este sentido, la Consulta de Enfermería establece una relación directa, cuidadora y terapéutica con el paciente, realizando una serie de actividades que quedan registradas

en su historia clínica de forma informatizada. De hecho, aunque en el apartado anterior ya se ha tratado de los planes de cuidados enfermeros incorporados en agendas informatizadas para acoger al paciente en visita programada, conviene indicar que el seguimiento de los pacientes vistos en las Consultas de Enfermería se realiza mediante un protocolo específico donde se cumplimentan las acciones llevadas a cabo formando parte integrada de la historia clínica del paciente. Cuando proceda, la facultad de emitir el informe de enfermería al alta (IEA), no solo responsabiliza a la enfermera de las decisiones tomadas sino que también promueve la implicación del servicio enfermero en la coordinación asistencial interniveles⁴⁴.

En el momento actual, la idoneidad de la Consulta de Enfermería ha dado un paso al frente desde sus orígenes, puesto que aunque siga disminuyendo la hiperfrecuentación de las consultas médicas, se ve reforzada porque la situación sanitaria actual, marcada fundamentalmente por la cronicidad pluripatológica y la dependencia de una población mayormente envejecida, necesita de los cuidados enfermeros. En este sentido, el liderazgo del rol enfermero no se limita a cribar los motivos de salud que pueden ser resueltos por su competencia profesional, sino que sistematiza el cuidado a los principios científicos y éticos inherentes a la profesión con óptimos resultados.

Entre ellos, cabe destacar su intervención en el autocuidado, que tiene mucho que ver con ralentizar la progresión de ciertas enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, patologías degenerativas, procesos cardiovasculares, etc.) sobre todo, si su evolución en fases iniciales ayuda a predecir el curso de la misma y en la mejora de la adherencia terapéutica que es fundamental para el manejo tanto eficiente como seguro de fármacos,

productos ,sanitarios y sistemas terapéuticos de uso frecuente en salud comunitaria. Se entiende como adherencia terapéutica, *las actitudes, estilo de vida y comportamientos propios de la persona que favorecen que el cumplimiento terapéutico se lleve a cabo y/o sea el mejor*⁸⁷.

De esta forma, las principales vías de acceso a la Consulta de Enfermería no solo serían por derivación del médico para incluir al usuario en algún programa de salud ni tampoco como vía para ofrecer respuestas a la demanda habitual de un número importante de pacientes, sino que como sugieren algunos autores⁸³ el acceso a la Consulta de Enfermería sería una vía para captar la demanda real de la enfermera. Sin duda, esta perspectiva transformaría a la Consulta de Enfermería en verdadera puerta del sistema sanitario, tal como se confiere en relación a la autonomía del enfermero como agente de salud en el equipo multidisciplinar sanitario. Más aún, si se produjera el desarrollo legislativo completo de la prescripción enfermera, la Consulta de Enfermería sería más eficiente puesto que en un acto único, la enfermera resolvería directamente el problema de salud que demandara el usuario, sin mediación burocrática de otro profesional.

1.2.4. El proceso asistencial del paciente en las consultas de Atención Especializada

Al hilo conductor de lo que se ha tratado en el apartado 1.2.1.2 sobre la Atención Especializada, conviene rescatar del texto los aspectos fundamentales sobre los que gira el eje del proceso asistencial del paciente en las consultas de Atención Especializada. En ellas, se realiza el abordaje del problema de salud con actividades más complejas que las realizadas en Atención Primaria porque la Atención Especializada corresponde al segundo nivel de atención sanitaria que puede tener lugar físicamente en el propio hospital y también en los Centros de Especialidades Periféricas (CEP's) dependientes de aquellos. Todo lo cual está legislado en la Ley General de Sanidad⁵, Ley 16/2003²⁹ y también se puntualiza en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril³² en el artículo 31: "Las consultas externas de los hospitales comprenderán la policlínica-consulta externa, dentro del recinto hospitalario, en la que recibirán atención los pacientes que necesiten métodos especiales de diagnósticos o terapéuticos. Igualmente, comprenderán la consulta ambulatoria periférica dentro del ámbito territorial del área de Salud". El objetivo de las mismas, es realizar o apoyar, un presunto diagnóstico, establecer o evaluar un tratamiento, conocer el pronóstico de una patología, prevenir e investigar la enfermedad.

Por otra parte, la asistencia en torno al paciente y los cambios experimentados en el abordaje de los episodios asistenciales, han contribuido al desarrollo del concepto hospital hacia un modelo institucional más abierto y dinámico, en contacto con otras instituciones sociosanitarias. Esto incide en el hecho que la compleja organización hospitalaria sigue articulando la necesidad de crear estructuras que faciliten la

ordenación de actividades que se producen alrededor de la asistencia clínica (médico, quirúrgica, pediátrica, ginecológica y obstétrica) del paciente, teniendo como objetivo, mantener en todo momento el principio básico de eficiencia de recursos y cohesión de la organización institucional tanto hacia el paciente como frente a su proceso asistencial.

A continuación, y para conocer como se trata tal proceso en las consultas de Atención Especializada, se recurrirá a los criterios normalizados de actuación incluidos en la Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada⁷⁶ puesto que va a aportar un conocimiento más específico de la gestión de las mismas. Para ello, se van a definir conceptos, conocer las funciones de las unidades relacionadas directamente con la atención ambulatoria del paciente en consultas y establecer los mínimos organizativos que componen el modelo de atención ambulatoria global e integrada para los pacientes del área sanitaria. Este modelo se basa en criterios de eficiencia y complementariedad de todos los recursos disponibles, así como también implica la circulación asistencial del paciente, manteniendo en todo momento el contacto con la unidad originaria, puesto que es la que ha generado la entrada del paciente en el circuito sanitario mediante la gestión de cita. El modelo de atención ambulatoria global e integrada tiene en cuenta la coordinación con las distintas unidades hospitalarias y derivación intercentros.

Con todo lo expuesto anteriormente, la primera definición que debemos tener presente es la de consulta, entendida como todo acto médico realizado de forma ambulatoria en un local de consultas externas para el diagnóstico, el tratamiento o el seguimiento de un paciente, basada en la anamnesis y exploración física. La forma de acceso a la misma y a las prestaciones disponibles (Cartera de Servicios) queda definida en agendas. Cada

consulta tiene sus propias agendas que deben ser aprobadas por la dirección del centro, conocidas por todas las instancias implicadas y actualizadas periódicamente a través del soporte operativo del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del propio hospital. Este Servicio realiza, además, las siguientes funciones: Gestión de paciente, puesto que coordina su recorrido por los distintos servicios del hospital. Documentación clínica que se genera a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente. Organización del sistema de información asistencial que sirve de apoyo en la toma de decisiones.

La solicitud de cita es una decisión clínica exclusiva del médico, quien la solicitará en el momento en que se haya agotado la vía diagnóstica y terapéutica que está a su alcance. El ámbito de procedencia de los pacientes de Consultas Externas debería de ser desde Atención Primaria, como así lo establece el Real Decreto 521/1987³², de 15 de abril en los siguientes términos: "El acceso a los servicios hospitalarios se efectuará una vez que las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios de atención primaria hayan sido superadas, salvo en los casos de urgencia vital". Es un requisito que apoya, también, la Ley 16/2003 en el artículo 13.1²⁹. No obstante otras vías de acceso son desde Atención Especializada, derivaciones desde el propio hospital, Urgencias (excepcionalmente), Centros de Especialidades Periféricas (CEP's), desde otros hospitales y desde centros específicos como centros de atención a drogodependientes, centros penitenciarios, centros del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), residencias, etc.), siempre el peticionario de consultas tiene que ser un médico.

La tramitación de cita de la primera consulta se hará desde el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, precisando que se cumplan una serie de requisitos y se disponga

de soporte documental específico mientras que las citas sucesivas tenderán a suministrarse en la propia consulta en el momento en que se indiquen por parte del especialista.

Respecto a la fecha y hora de la citación, se tenderá en la medida de lo posible primar la continuidad clínico asistencial ofertando al paciente el primer hueco libre, priorizar la demora y se procurará cita horaria personalizada, para evitar al paciente esperas innecesarias lo que redundará en incrementar la eficiencia de las consultas. No obstante, esta dinámica se puede interrumpir si se dan dos circunstancias especiales que son el aplazamiento voluntario, motivado por circunstancias vinculadas a la voluntad del paciente solicitando una fecha posterior y la cita a fecha fija por criterio médico en caso de existir indicación médica de que la consulta se realice en un periodo determinado, en una fecha distinta a la primera fecha posible.

Todo lo indicado lleva a definir el concepto de Registro de Pacientes en Consultas Externas (CCEE) que centralizado en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica en lista única hace referencia al conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran pendientes de ser vistos para una consulta. Sin embargo, en caso de que el paciente sea remitido a más de una consulta de Atención Especializada (por ejemplo, Consulta Cirugía Digestivo y Endocrinología), cada consulta correspondiente (Consulta Cirugía Digestivo), (Consulta Endocrinología) lo incluirá en su propio registro, a no ser que la consulta sea Servicio de referencia (Consulta Trasplante hepático), puesto que, en este caso, el paciente derivado (por ejemplo, Comunidad Autónoma Canarias) quedará incluido en el registro del servicio receptor en el momento que la derivación se haga

efectiva, debiendo dejar constancia cuál ha sido el hospital de origen (por ejemplo, Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria).

Según la prioridad clínica, la consulta se clasifica en preferente y ordinaria, entendiendo consulta preferente cuando el proceso y/o situación clínica del paciente, independientemente de cual sea su procedencia, exige ser visto en un tiempo de espera inferior al existente en esa especialidad, mientras que una consulta ordinaria es cuando su cita se puede mantener dentro del plazo de demora existente.

Se define primera consulta la efectuada a un paciente por primera vez en una unidad asistencial concreta y por un proceso específico, aunque también pueden considerarse varios supuestos. Los más frecuentes son la nueva citación del paciente dado de alta en su momento por el especialista (acreditado mediante informe escrito), los partes de interconsultas (PIC) con otra especialidad como elemento de progresión diagnóstica en el estudio de un paciente y si la consulta es de cribaje poblacional aunque al constituir una actividad preventiva dirigida a la población sana, estas deberían ser asumidas progresivamente por los Equipos de Atención Primaria. En este sentido, se sobreentiende que no son primeras consultas, las derivaciones entre médicos de la misma especialidad o unidad asistencial. Aun cuando sea desde una consulta general a una monográfica, o de un centro de especialidades al hospital, los protocolos de derivación Primaria-Especializada, a no ser que se explicita y los pacientes hayan acudido previamente a la urgencia hospitalaria y el médico haya determinado que su situación lo aconseja, deben derivarse a un seguimiento por parte del médico de Atención Primaria.

Se considera consulta sucesiva toda aquella que deriva de una primera consulta o consulta sucesiva previa, o se genera como seguimiento de un proceso de hospitalización, relacionada con una prestación específica o una misma especialidad, hasta el alta definitiva o su remisión a Atención Especializada. Por tanto, se consideran consultas sucesivas todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas y de la instancia administrativa donde se tramite la cita.

Se considera Consulta de Alta Resolución (CAR) a la consulta primera o sucesiva, en la que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y en consecuencia, este recibe diagnóstico y orientación terapéutica (y alta si procede).

Toda visita a consulta, requiere un protocolo que guiará la decisión diagnóstica o terapéutica tomada y que se consolida emitiendo un informe clínico con la periodicidad oportuna. La tendencia actual es adecuar el informe en soporte informático homogéneo donde se incluya una serie de ítems básicos a cumplimentar: Anamnesis y exploración física; exploraciones complementarias solicitadas; valoración diagnóstica; recomendaciones terapéuticas y recomendaciones sobre incapacidad temporal; necesidad de revisiones por el especialista (y plazo recomendado).

Cuando el médico especialista ha finalizado la valoración diagnóstica y/o terapéutica en la consulta de Atención Especializada, se producirá el alta del paciente, refrendada obligatoriamente por un informe de alta. Este trámite está puntualizado expresamente en la Orden Ministerial actualmente vigente de 6 septiembre 1984⁸⁸ donde se establece la obligatoriedad de elaborar y facilitar al paciente o a sus representantes un informe de

alta estableciendo además su contenido obligatorio así como el deber de custodiar una copia del mismo y de respetar la confidencialidad de los datos recogidos. A partir del alta del paciente, el circuito de derivación es domicilio, Atención Primaria o ingreso hospitalario siendo prioritario como se ha dicho con anterioridad el seguimiento evolutivo del paciente por su médico de Atención Primaria.

Una vez expuesto el escenario de la asistencia ambulatoria en Atención Especializada tratando los requisitos básicos respecto a la gestión de las consultas externas, se va a ilustrar los factores que conforman el entorno laboral del personal de enfermería asignado a tal unidad. El entorno laboral no solo implica la consideración de factores de riesgo estructural sino también profesionales y en tal escenario, el punto clave radica en monitorizar los riesgos prevenibles para gestionar en lo posible el Entorno Laboral Saludable (ELS) que dé seguridad tanto al profesional como al paciente.

1.2.5. Entorno laboral de la profesión enfermera

En el proceso de profesionalización de las ocupaciones humanas, una profesión se constituye por el bien intrínseco, es decir, por aquello que la profesión proporciona de forma única a la sociedad, siendo para la enfermería el cuidado permanente de la salud. Sin embargo, la enfermería no es solo una profesión de gran impacto y bien social, sino que además, es una de las más representativas de los servicios de salud. De hecho, el *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*⁸⁹ realizado por el Gabinete de Estudios del Consejo General de Enfermería de España tanto en el ámbito nacional como europeo, indica que en la Unión Europea hay un total de 1 621 903 médicos y 3 965 327 enfermeras, lo que supone que en toda la Unión

Europea, del total de profesionales sanitarios europeos un 29.03% son médicos y un 70.97% enfermeras, mientras que en España el número de médicos es de 199 123 y el de enfermeras 237 775 lo que supone que del total de profesionales sanitarios que trabajan en España el 45.58% son médicos y el 54.42% enfermeras. Asimismo y respecto al ratio de enfermeras por 100 000 habitantes, España tiene 531.83 enfermeras por cada 100 000 habitantes, lo que supone un 34.2% menos que la media europea y ocupa el lugar número 22, de los países europeos en cuanto a este valor. Además, si observamos los datos desglosados por Comunidades Autónomas, encontramos que existen grandes contrastes entre todas ellas, poniendo en evidencia el principio de equidad en el que supuestamente se basa el Sistema Nacional de Salud (SNS). Al respecto cabe destacar Navarra que es la Comunidad Autónoma con mayor número de enfermeras por cada 100 000 habitantes (900 profesionales) superando en 91.54 enfermeras a la media europea lo que supone un 11.32% más de profesionales seguida de la Ciudad Autónoma de Melilla (672.94 enfermeras por cada 100 000 habitantes), Cantabria (655); País Vasco (620.57); Madrid (615.83); Ceuta (606.37); Asturias (599.69); Castilla y León (593.34); Aragón (591.95); Cataluña (588.52); Extremadura (584.42); La Rioja (567.60); Islas Baleares (508.36); Castilla-La Mancha (477.89) Galicia (475.80); Comunidad Valenciana (471.53) Canarias (439.06); Andalucía (435.35) y Murcia que es la Comunidad Autónoma con el ratio más bajo (348.61%) por lo cual necesitaría 459.87 enfermeras más por cada 100 000 habitantes para igualarse con la media europea. Tal ejemplo ilustrativo, no contraviene la idoneidad de la enfermera como eje de todos los servicios de la red sanitaria y en este sentido, tiene mucho que ver las características propias que la definen como una profesión de atención directa a la persona, familia, grupo o población,

con continuidad de servicio las 24 horas y con el compromiso de brindar la excelencia del cuidado en cualquier momento, contexto o escenario. Sin embargo, son muchas las ocasiones en las que el entorno laboral no es propicio para que el enfermero pueda desarrollar la práctica profesional adecuadamente, siendo fundamental apoyar dicha práctica fomentando un entorno saludable (ELS) definido en la Guía de Buenas Prácticas de Salud Laboral, Seguridad y Bienestar de la Enfermera, de la RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) como "...un lugar de trabajo que maximiza la salud y bienestar de las enfermeras, la calidad en los resultados de los pacientes o usuarios, el rendimiento de las instituciones y los resultados para la sociedad". El Entorno Laboral Saludable es aplicable a todos los dominios de la enfermería (práctica clínica, gestión o administración, educación, investigación y política) y en todos los lugares donde la enfermera desempeña su trabajo, siendo la mejor opción, el modelo de entorno saludable integral. El citado modelo, sugiere que el funcionamiento de los individuos está influenciado y condicionado por las interacciones entre éstos y su entorno. Igualmente, se considera que el lugar de trabajo saludable es resultado de la interdependencia entre los factores determinantes del sistema a varios niveles: Individual (nivel micro), institucional u organizativo (nivel meso) y externo (nivel macro), cada uno de los cuales incluye componentes estructurales y físicos, culturales, sociales, psicológicos, cognitivos y profesionales u ocupacionales⁹⁰. Esto indica que el Entorno Laboral Saludable, también influye en la cultura de la institución sanitaria, puesto que considera la salud, la seguridad y el bienestar del profesional en el puesto de trabajo.

1.2.5.1. El puesto de trabajo

El concepto de puesto de trabajo, surge a raíz de la Revolución Industrial, bien diferenciado de las labores que solo requerían mano de obra familiar y en tal trazabilidad, la remuneración del puesto ha consolidado el trabajo como un factor de influencia decisivo para la autoestima y la identidad del ser humano. El momento que estamos viviendo, muestra que las políticas de salud pública y el desarrollo económico, han extendido la calidad y la esperanza de vida hasta edades avanzadas aumentando la franja de población en edad laboral. No obstante, teniendo en cuenta que el potencial de salud de cada individuo tiende al envejecimiento, mantener al adulto mayor en el puesto puede suponer un gran reto para las instituciones sanitarias aunque el reto será menos gravoso si se tiene en cuenta la heterogeneidad de tal colectivo. En este sentido, sin contravenir al hecho de que cada profesional tiene la responsabilidad de protegerse a sí mismo, es fundamental implicar tanto a la Administración Sanitaria como también a las Organizaciones Profesionales ya que aportan mayor luz a los problemas propios del sector, lo que suscribe la necesidad de encauzar las estrategias más adecuadas para aprovechar las oportunidades de salud de cada trabajador como ser individual, facilitando en tal actitud que este pueda seguir desarrollando las competencias que requiere el puesto, contraviniendo la opinión genérica de que la vejez está asociada inevitablemente a la enfermedad, dependencia y pérdida de productividad. De hecho, cuando las personas de edad gozan de buena salud y continúan siendo activas, los estereotipos negativos asociados con la vejez comienzan a desaparecer lo que contribuye a crear un entorno armonioso y equipos de trabajo intergeneracionales receptivos a la experiencia del adulto mayor, lo que refuerza la dignidad de la persona en todas las edades. Es constatable que

las circunstancias laborales negativas, no solo inciden sobre el estado de salud del trabajador, sino también en la atención que reciben los pacientes, por eso es importante considerar el impulso de programas de envejecimiento saludable, que aborden el cuidado de la salud a lo largo de la vida, así como también la prevención de la enfermedad, puesto que capacitar a las personas para que se cuiden sanas y tratar los trastornos o problemas de salud en fases iniciales, puede evitar o retrasar la aparición de ciertas enfermedades sobre todo, las patologías crónicas. Aunque también convenga considerar que en la vejez, ciertos procesos crónicos se benefician de una adecuada adhesión terapéutica, hay patologías que disminuyen su prevalencia conforme se van cumpliendo años y que algunas enfermedades ya presentadas en ciclos vitales anteriores debutan de nuevo en el adulto mayor al igual que otros procesos vinculados, más que a la edad, a la condición de género. No obstante, se debe tener en cuenta que tales circunstancias no conforman en sí mismas un estado de salud estático, sino que inspiran la necesidad de orientar el envejecimiento activo definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida”⁹¹. En este sentido, los responsables sanitarios no solo deben tutelar el estado de salud del trabajador, sino también deben desarrollar acciones para disminuir la siniestralidad laboral, contribuyendo a mantener el vínculo entre los conceptos salud-seguridad y las condiciones laborales saludables. Además tal vinculación y la evolución de los mismos, se ha mantenido como una constante preocupación del hombre.

De hecho, la relación existente entre algunas enfermedades y diferentes actividades laborales se remonta a Platón, Galeno o Avicena aunque es destacable la aportación en

1700 de Bernardo Ramazzini (1633-1714) médico y humanista italiano. Ramazzini fue el primero en estudiar de forma conjunta los riesgos de los oficios de su época, tal como muestra su obra *“De morbis artificum diatriba”* (Tratado de las enfermedades de los artesanos)⁹² y también quien propuso el término *“higiene”* en este campo. Sin embargo no será hasta el siglo XIX cuando en algunos países entre los cuales estaban Inglaterra (1802), Alemania (1839), Francia (1841) se aprueben las primeras disposiciones sobre higiene en el trabajo al observar en qué condiciones se realizaba este durante la Revolución Industrial⁹³. Asimismo, los problemas de salud, enfermedades y daños derivados de la actividad laboral también han sido motivo de interés de las organizaciones internacionales relacionadas con el trabajo, siendo buena prueba de ello el hecho de que en el año 1950 el Comité conjunto OIT-OMS sobre la salud en el trabajo, adoptó la siguiente definición: “La Salud en el trabajo debe tender a: La promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; la prevención de las pérdidas de salud de los trabajadores causadas por sus condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en sus puestos de trabajo, frente a los riesgos derivados de factores que puedan dañar dicha salud; la colocación y el mantenimiento de los trabajadores en un ambiente laboral adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas y, en síntesis, la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo”. En la misma línea, la Unión Europea (UE) ya desde sus orígenes también se plantea mejorar las condiciones de trabajo especificando tal voluntad en los artículos 136 y 140 de su tratado constitutivo (versión consolidada) que se refieren respectivamente, *a la necesidad de promover la mejora de las condiciones de trabajo...* y a la necesidad de *promover entre los Estados miembros en el ámbito social, particularmente*

en las materias relacionadas con las condiciones de trabajo, la protección contra los accidentes y las enfermedades profesionales... Además, la Unión Europea (UE) se ha adherido a las estrategias derivadas de la recomendación n.º 112 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) relativas a la necesidad de *adaptar el trabajo a los trabajadores y a destinar a los trabajadores a los trabajos para los cuales son aptos...*⁹⁴

En España, la hoja de ruta de todo lo expuesto anteriormente, data del año 1837, fecha en la que se aprueba la primera norma de seguridad e higiene a la que han seguido la consideración de contingencias profesionales ajustadas tanto a criterios médico científicos como de política social. Al respecto, la normativa más reciente ha sido la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)⁹⁵ que compromete al empresario la tutela preventiva de la salud del trabajador y específicamente en el artículo 22, donde se dispone que el empresario debe garantizar a sus trabajadores/as la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, mediante pruebas específicas que causen las menores molestias posibles, contando, en todo caso, con el consentimiento expreso y voluntario del trabajador o trabajadora así como también con la periodicidad acorde al tipo de riesgo, nivel de exposición o existencia de pruebas eficaces de detección precoz. Dada la incidencia de mujeres en el ámbito laboral, es conveniente rescatar de la citada ley, el artículo 26, referente a la protección de la maternidad que contempla proteger las situaciones específicas de salud en el embarazo, cambiando a la mujer de puesto de trabajo por otro compatible, si las condiciones de la actividad laboral influyeran negativamente tanto a su salud como a la del feto. Esta protección legislativa se extiende al período de lactancia natural fundamentalmente en los niños menores de 9 meses. Tal legislación ha estructurado llevar a cabo las acciones

preventivas mencionadas anteriormente, a través de los *Servicios de Prevención*, que en la citada ley se definen en el artículo 31, como “el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados”.

Por otra parte, la universalización de la protección del trabajador frente a los riesgos en el lugar de trabajo, ha permitido desarrollar la normativa sobre las contingencias laborales que incluyen el accidente de trabajo, la enfermedad profesional y las enfermedades relacionadas con el trabajo. Con carácter general, se presume, salvo que se pruebe lo contrario, que el accidente de trabajo es toda lesión sufrida por el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo, también, tiene tal consideración la muerte del trabajador precedida por una situación de invalidez derivada de contingencias profesionales. La definición de Enfermedad Profesional estipulada en el art. 116 de la Ley General de Seguridad Social se define como aquella contraída a consecuencia del trabajo efectuado y ejecutado por cuenta ajena, provocada por la acción de los elementos o sustancias y en las actividades especificadas por ley (Anexo I del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre)¹⁶¹. Las enfermedades relacionadas con el trabajo, introducidas con el Reglamento de los Servicios de Prevención, aprobado por Real Decreto 39/1997, de 17 de enero¹⁶², se definen como enfermedades en las cuales los riesgos laborales actúan como factores causales junto a otros factores externos al medio laboral⁹⁶

1.2.5.2. Factores de riesgo en el entorno laboral de la enfermera

La enfermería es uno de los grupos profesionales cuyas condiciones de trabajo entendidas como “el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que ésta se realiza, en cuanto que estas variables determinan la salud del trabajador”⁹⁷ influyen muy directamente en su salud entre otros motivos por las peculiaridades del mismo, el alto nivel de responsabilidad que le confieren sus competencias y las situaciones de riesgo (exposición a agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales) a las que está sometido el personal en el desempeño de sus funciones que pueden variar dependiendo del entorno laboral donde se realice su trabajo.

A continuación, se van a tratar los factores de riesgo en el entorno laboral de la enfermera y los relativos al hilo conductor del Entorno Laboral Saludable (ELS). También se comentarán las acciones llevadas a cabo para evitarlos o, en caso de haberse producido, disminuir su impacto con estrategias de mejora. Además este itinerario, podría despertar cierto interés e impulsar la necesidad de notificar las situaciones adversas que se producen en materia de seguridad. Esto directamente contacta con la reciente vía que el Consejo General de Enfermería ha establecido on line, en relación al *registro de eventos adversos*, a fin de poder actuar ante el incumplimiento de las recomendaciones y los estándares mínimos establecidos por el Sistema Nacional de la Salud (SNS). La institución máxima de Enfermería, intenta impulsar el nuevo paradigma sobre la cultura de la seguridad planteando la siguiente cuestión: Si un hospital no es seguro para su personal sanitario, tampoco es seguro para sus enfermos. Se intenta, en

definitiva, fomentar un entorno menos hostil lo que no solo redundará en el cuidado enfermero sino también en la humanización del trato que recibe el paciente⁹⁸, ya que crear y mantener un entorno saludable también dignifica la relación asistencial.

Los principales factores de riesgo físicos incluyen los ruidos, vibraciones, iluminación, temperatura, humedad, radiaciones, etc., muchos de ellos relacionados con una infraestructura deficiente, zonas mal señalizadas o ruidosas, sometidas a largos periodos de obra, espacios con temperatura ambiental desagradable, mal distribuidos, etc.

Los principales factores de riesgo químico hacen referencia a la exposición y manejo de productos potencialmente contaminantes (líquidos, gases, polvos, vapores tóxicos) que si bien están implicados en muchas de las actividades sanitarias que realiza la enfermera contactando con ellos a través de la piel o mucosas (nasal, conjuntiva), cada vez adquieren mayor importancia como posibles alérgenos, pudiendo desencadenar procesos alérgicos tanto de efecto inmediato como retardado que además pueden revestir cierta gravedad: Asma, urticaria, shock por anafilaxia, etc. Lo que da a conocer cuáles son los elementos implicados en la práctica enfermera habitual: Las proteínas de látex⁹⁹ (guantes), aldehídos e isocianatos (adhesivos), metales (instrumental quirúrgico), antisépticos (productos de desinfección, esterilización), radiaciones ionizantes de categoría B (empleadas en cierto tipo de técnicas diagnósticas como densitometrías) fármacos específicos para tratamientos (citostáticos), etc.

Los principales factores de riesgo biológicos son los microorganismos que incluyen los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad¹⁰⁰ siendo los patógenos más

habituales en el medio sanitario los virus de las hepatitis B (VHB), C (VHC), de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH), virus del Ébola y ciertos tipos de bacterias como el bacilo de la tuberculosis (Bacilo de Koch), bacilo del Tétanos (*Clostridium tétani*) etc. Estos microorganismos se transmiten a través de la sangre y los fluidos corporales (saliva, sudor) pudiendo contagiar al enfermero por contacto directo, en muchas de las acciones habituales de su práctica diaria (extracción sanguínea, aspiración secreciones, toma de muestras etc.). De hecho entre los estudios que nos hablan de ello, está el Estudio Astra Zéneca¹⁰¹ donde se puntualiza que cada enfermero, lleva a cabo una media de 12.09 pruebas diarias con material punzante derivado de punciones intravenosas y administración de medicamentos inyectables, así como también que 1 de cada 2 profesionales de enfermería se pincha accidentalmente al año y tras producirse el pinchazo accidental, tan solo el 52% de los profesionales analizados, realizaron, según el estudio, los análisis de prevención correspondientes. El *Estudio multicéntrico sobre las características de las exposiciones a riesgo biológico hemático de los profesionales sanitarios (EPINETAC)*¹⁰² subraya que por cada pinchazo accidental que sufren los profesionales sanitarios, en 1 de cada 300, el material punzante ha estado expuesto al VIH; en 1 de cada 30, a Hepatitis C; y en 1 de cada 3, a Hepatitis B, produciéndose con mayor frecuencia en los quirófanos (30%), área médica (20%), Urgencias (11%) y Cuidados Intensivos (9,5%). No obstante, hay que tener en cuenta que aunque se hayan puntualizado tales datos no deben eximirse otras consideraciones al respecto pues todas las actividades nombradas forman parte del ejercicio profesional de la enfermera que es susceptible de desarrollarse en cualquier ámbito de actuación clínico-asistencial. Además, la exposición al riesgo biológico no solo afecta al profesional que realiza la técnica, sino

también a quien recoge los dispositivos empleados, por lo cual el material de punción que es catalogado como residuo biosanitario, debe recibir el tratamiento estipulado por la normativa vigente en la Ley 10/1998 de Residuos¹⁰³ pues solo así, se puede prevenir que otros profesionales no sufran un riesgo evitable.

Con todo lo expuesto anteriormente y aun pudiendo parecer que la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, está bien controlada según el marco jurídico del Real Decreto 664/1997¹⁰⁰, la realidad profesional muestra que no es suficiente, pues la solución del problema está en la prevención del mismo. En este sentido, conviene puntualizar las intervenciones específicas de la Organización Colegial de Enfermería al respecto, patrocinando la implantación de dispositivos de bioseguridad en todos los centros sanitarios tanto públicos como privados del Sistema Sanitario español, de acuerdo a las Directivas de Bioseguridad de la Unión Europea (UE), entre ellas, la Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de mayo de 2010¹⁰⁴ y manteniendo estrategias conjuntas relacionadas con las Cumbres Internacionales de Bioseguridad (Madrid 2010, Dublín 2011). Es muy importante destacar, por su importancia, las campañas que el Consejo General de Enfermería de España lleva a cabo programando jornadas de concienciación profesional¹⁰⁵ con testimonios de enfermeras accidentadas con objetos sanitarios punzantes para sensibilizar un apoyo más efectivo hacia quienes temerosos a la estigmatización y marginación social, siguen sin declarar haber sufrido tales accidentes. En este sentido, la importancia no solo radica en que su vivencia real da cuenta de que los datos deben dejar de ser la punta del iceberg de un problema de gran magnitud sino porque queda patente el apoyo que reciben del Consejo General de Enfermería, ratificando lo que se ha

afirmado antes, es decir, que la implicación de las instituciones profesionales en los problemas del sector, es un punto clave para enfatizar acciones hacia un entorno laboral cada vez más saludable.

En este sentido, la Organización Colegial de Enfermería también ha prestado todo su apoyo a la profesional infectada del virus del Ébola, cuya situación de riesgo no solo ha mantenido en permanente angustia y alerta a todo el país en fechas muy recientes. Además, las palabras del Presidente, Dr. D. Máximo González Jurado subrayando la misión de la enfermera, han acentuado con mayor énfasis el interés permanente del Consejo General de Enfermería respecto al riesgo que corren los profesionales de enfermería en su práctica diaria: “Existe un precio muy alto que debemos pagar los profesionales sanitarios por dedicarnos a la salud de las personas. Un precio que casi siempre pasa inadvertido para los ciudadanos en general y que está directamente relacionado con el conocimiento. Y es que si bien es cierto que por lo general el saber es un privilegio para el ser humano, también lo es el hecho de que en ocasiones muy concretas, este conocimiento tanpreciado que nos acompaña en nuestro trabajo puede convertirse en una losa que arrastramos para siempre”¹⁰⁶.

Hasta aquí se ha tratado que las exposiciones biológicas son uno de los riesgos de mayor impacto para el contagio de enfermedades infecciosas entre los profesionales. Sin embargo, no se debe obviar la importancia de vehiculizar los microorganismos por una mala praxis en acciones tan elementales como el lavado de manos ¹⁰⁷, limpieza de artículos clínicos, uso del estetoscopio en la auscultación del paciente¹⁰⁸, etc. En lo que concierne a las infecciones cruzadas entre pacientes o entre profesional y paciente, no

solo contribuyen a aumentar la prevalencia de la infección nosocomial (IN) sino que además en muchas ocasiones se infravaloran.

Los factores de riesgo ergonómico, tienen que ver con actividades que requieren movilizar pesos, por lo cual se vinculan a elementos de fuerza, postura y movimiento. En el manejo manual de cargas, el volumen de la misma no solo constituye un riesgo en sí mismo por el sobreesfuerzo que implica, sino que aumenta si esta es una actividad repetitiva y se realiza sin autocontrol postural y sin aplicar los principios básicos de mecánica corporal¹⁰⁹. De hecho tal riesgo no solo genera el accidente en el momento sino que tiene graves consecuencias como son las lesiones cronificadas e incapacitantes que se agravan con la edad pues el proceso natural del envejecimiento aumenta la vulnerabilidad del sistema osteomuscular. Llegados a este punto, conviene recordar las sabidas diferencias si el sujeto de movilización es el paciente, pues no solo es carga o peso sino también forma y se opone al movimiento sobre todo si tiene movilidad restringida, cierto grado de agitación etc. lo que dificulta aún más las acciones de movilidad, transporte o transferencia.

Otro de los elementos de riesgo es la permanencia de la carga en bipedestación, porque se somete a los pies al peso del cuerpo en un solo punto de apoyo, agravando las alteraciones estructurales del pie propias de ser el soporte natural del peso del cuerpo a lo largo de toda la vida y por el uso de calzado inadecuado¹¹⁰ así como también porque le afectan las repercusiones de ciertas enfermedades sistémicas especialmente vasculares o diabéticas.

También son elementos habituales de riesgo ergonómico, los equipos con pantallas de visualización de datos (PVD) a los que la enfermera cada vez dedica más horas laborales y no solo porque el ordenador ha reconvertido los procesos manuscritos en aplicaciones informáticas, sino porque además, forman parte de los dispositivos clínicos que habitualmente maneja. En este sentido la precisión diagnóstica o terapéutica de los mismos requiere el esfuerzo cognitivo (procesar imágenes, interpretar registros), sensorial (sequedad ocular) que supone llevarlos a cabo y la estática postural (dolor cervical, dolor espalda).

Los factores de riesgo psicosociales se definen como los fenómenos, las situaciones o las acciones producidos por la interacción humana con el medio político, social, laboral y cultural, donde su no correspondencia puede afectar a la salud física y a la salud mental del trabajador, incidiendo en su calidad de vida y en la productividad laboral. Un elemento importante que subyace en el entorno laboral de los profesionales sanitarios es el estrés no solo por ser un problema de salud prevalente sino porque su creciente dramatismo causa un gran impacto en la práctica clínica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere al estrés laboral *como* “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus capacidades y conocimientos, poniendo a prueba su capacidad de reacción para afrontarlas debiendo diferenciar los conceptos de presión, reto y estrés”. La presión como respuesta a exigencias laborales no es considerada negativa si mantiene al trabajador en alerta o motivado en el puesto, incluso puede considerarse como un elemento positivo, pero si esta presión es excesiva para que el empleado la pueda controlar, puede poner en peligro a la salud y la seguridad de los trabajadores, así como también al funcionamiento de la

organización en la que trabaja, ya que esta presión pasa a ser lo que se denomina estrés laboral.

Los efectos negativos del estrés laboral en las organizaciones o entidades, aumentan el absentismo, disminuyen la dedicación del trabajador, aumentan la rotación del personal, deterioran el rendimiento y la productividad, aumentan las prácticas poco seguras y tasas de accidentes. También aumentan las quejas de los usuarios y clientes, incrementan los problemas legales, deterioran a la imagen pública de la institución y a los profesionales que trabajan en ellas, etc¹¹¹. Por ello es muy importante analizar en qué condiciones laborales se desempeña el puesto de trabajo y en este sentido conviene recordar las recomendaciones que en su momento suscribió el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) al respecto: “A las enfermeras, a sus asociaciones de enfermería y a las personas interesadas del sector de salud se pide que establezcan cuáles son los niveles de personal seguros en el contexto de lo que los pacientes requieren, que reúnan los necesarios datos clínicos y sobre los recursos humanos, divulguen y demuestren la importancia de una dotación de personal fiable, formen alianzas que apoyen unas políticas de personal acertadas, hagan estudios de evaluación de las consecuencias, y preparen un plan de comunicaciones que influya eficazmente en la adopción de decisiones”⁶².

Con todo, una de las situaciones de estrés más impactante en el ámbito laboral es con diferencia el *Síndrome de Burnout*¹¹² cuyo descubridor fue Herbert Freudenberg. Tiene su origen en las inadecuadas relaciones interpersonales que el trabajador mantiene con un superior, compañeros o ambos, en un contexto de maltrato tanto verbal como moral y

que se manifiesta como cansancio, agotamiento emocional, despersonalización, sentimientos de inadecuación personal. En este sentido, el síndrome de Burnout además suscribe que a pesar de que el estrés se puede producir en situaciones laborales diversas, a menudo se agrava cuando el empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores o de sus colegas y cuando tiene un control limitado de su trabajo o de su reacción propiamente dicha.

A continuación, se van a desglosar los principales emergentes o fuentes de estrés laboral vinculados a las características del trabajo y contexto laboral¹¹¹ puesto que ambos universos no solo pormenorizan en gran medida los elementos que intervienen, sino que al interactuar potencian los efectos del mismo.

Los emergentes o fuentes de estrés tienen que ver con las características del puesto, volumen y ritmo de trabajo, horario de trabajo, participación y control.

- Características del puesto: Incluyen la realización de tareas monótonas, aburridas y triviales, falta de variedad, tareas desagradables, tareas que producen aversión.
- Volumen y ritmo de trabajo: Incluyen el exceso o escasez de trabajo, trabajos con plazos muy estrictos.
- Horario de trabajo: Incluyen los horarios estrictos e inflexibles, jornadas de trabajo muy largas o fuera del horario normal, horarios muy imprevisibles, sistemas de turnos mal concebidos.
- Participación y control: Incluyen la falta de participación en la toma de decisiones, falta de control sobre métodos de trabajo, ritmo de trabajo, horario laboral etc.

Los emergentes o fuentes de estrés relacionados con el contexto laboral, tienen que ver con las perspectivas profesionales, estatus y salario, papel de la entidad, relaciones interpersonales, cultura institucional, relación entre la vida familiar y laboral.

- Perspectivas profesionales estatus y salario: Incluyen inseguridad laboral, falta de perspectivas de promoción profesional, promoción excesiva o insuficiente, actividad poco valorada socialmente, remuneración por trabajo a destajo, sistemas de evaluación del rendimiento injustos o poco claros, exceso o carencia de capacidades para el puesto.
- Papel en la entidad: Incluyen tener un rol indefinido, funciones contrapuestas dentro del mismo puesto, tener a cargo a otras personas, atender constantemente a otras personas y ocuparse de sus problemas desarrollando inclusive contagio emocional.
- Relaciones interpersonales: Incluyen una supervisión inadecuada, desconsiderada o que no proporciona apoyo, malas relaciones con los compañeros, intimidación, acoso y violencia, trabajo aislado o en solitario, ausencia de procedimientos establecidos para tratar de resolver problemas y quejas.
- Cultura institucional entendida como las reglas formales e informales que gobiernan la organización: Incluyen la mala comunicación, liderazgo inadecuado, falta de claridad en los objetivos y en la estructura de la entidad.
- Relación entre la vida familiar y la vida laboral: Incluyen las exigencias contrapuestas entre la vida laboral y familiar, falta de apoyo en el trabajo con respecto a los problemas familiares, falta de apoyo en la familia con respecto a

los problemas laborales, etc. Además este emergente de estrés es muy representativo en la profesión enfermera, porque el colectivo género es y se mantiene predominantemente femenino. Al respecto, los datos de la Estadística de Profesionales Sanitarios publicada en el año 2013 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que el colectivo con más porcentaje de mujeres fue el de enfermeros (con un 84.0 %) lo que añade al puesto de trabajo la sobrecarga adicional del cuidado familiar, pues la mujer históricamente ha sido cuidadora principal. Esta situación le repercute negativamente en el ámbito laboral ya que suman mayor estrés al intentar ser tan eficaces en el trabajo como lo son en las funciones domésticas y el estrés de verse obligada a posponer su proyecto de vida porque no puede conciliar la interfaz personal con la actividad laboral, etc. Aunque en la actualidad, la mujer pueda acogerse a los derechos de flexibilidad horaria, excedencia familiar, etc. que le otorga Ley de 39/1999, de 5 de noviembre¹¹³.

Una vez tratados los factores de riesgo en el entorno laboral de la enfermera, se van a repasar algunas de las estrategias que fomentan un entorno laboral saludable para lo cual partimos del axioma que los procesos de trabajo deben adaptarse a las circunstancias reales donde se producen. Aceptada tal evidencia, conviene avanzar en la búsqueda de un entorno saludable que enfatiza dotar los locales de trabajo con instalaciones y equipamientos adecuados, facilitar al profesional dispositivos de protección personal (guantes de látex y no látex, mascarillas), así como también velar para que se cumplan las medidas preventivas de rigor, relacionadas con las precauciones universales que se publican desde el año 1970 por el Centro de Control de Enfermedades (CDC). Así también

se debe orientar un plan de acción para mantener actualizados los protocolos frente a los riesgos laborales y es necesario hacerlos públicos para fomentar la corresponsabilidad individual en su cumplimiento.

Específicamente sobre las actividades que suponen carga física estática-postural, el enfoque saludable va dirigido a racionalizar el trabajo aplicando economía de esfuerzo, disponer de dispositivos facilitadores del movimiento, usar calzados adecuados, etc. Respecto a la carga física asociada a la movilización del paciente, hay que hacer hincapié en que la exigencia postural debe complementarse con adecuadas habilidades comunicativas puesto que hablar con el paciente buscando su colaboración no solo aminora el esfuerzo de actuar fuerza contra fuerza sino que además al sentir que lo movemos con respeto ofrece menor resistencia al movimiento.

Haciendo referencia al estrés en el entorno laboral, la actuación saludable es intervenir directamente sobre los emergentes que lo originan y desencadenan, así como también monitorizar los pasivos estresantes del entorno (escasa luminosidad, ruido, equipos profesionales competitivos) pues si se perpetúan en el tiempo, afectan de forma importante a la calidad del clima organizacional, entendido como la atmósfera existente en el lugar de trabajo, lo que no contraviene con el actuar de inmediato frente a situaciones de victimización, tratando a la víctima como una persona que necesita aflorar las vivencias que tal situación le produce con elementos de dinámica del duelo, pues a las indicaciones de Freudenberg, referenciadas por Álvarez y Gallego, el *Burnout* es consecuencia de la caída de un ideal. De hecho el adecuado abordaje del *Burnout* puede interrumpir el círculo de estrés instaurado y en tal prebenda, evitar que los efectos

negativos del mismo, precipiten el proceso de destrucción personal¹¹⁴. En resumidas cuentas podemos subrayar que la gestión del riesgo laboral es un medio de mejora permanente del trabajo y también de la vida laboral del trabajador fidelizando en cierta medida su conectividad con la empresa, entendiendo conectividad como el sentimiento de estar comprometido completamente y de ser una parte de la organización o del lugar del trabajo¹¹⁵. Llegados a este punto, conviene adelantar que los factores de riesgo organizacionales están cobrando tanta fuerza que además impulsan estudios novedosos como el europeo de investigación RN4CAST (Registered Nurse Forescating) que trata de arrojar mayor luz sobre cómo afectan los estresores laborales tanto a la captación como a la retención de enfermeras y cómo influyen sobre los resultados en pacientes. Lo que no contraviene en la desconsideración de los perjuicios que ocasionan la crisis económica y las repercusiones de los recortes sanitarios en el sector enfermero, puesto que no solo se traduce en aspectos tangibles como la escasez de contrataciones, sino también repercute en la realización del trabajo en condiciones laborales precarias y en la promoción del éxodo de enfermeros españoles recién terminados buscando trabajo fuera del ámbito nacional. De hecho, ambas situaciones pivotan uno de los momentos más cruciales del sector tal como asevera en titulares el Presidente del Consejo General de Enfermería, Dr. D. Máximo A González Jurado, "la profesión enfermera se encuentra en una situación insostenible que no está dispuesta a seguir tolerando"¹¹⁶. Consciente de que el presente de la enfermería es muy comprometido, pues el menor número de enfermeras en activo más allá de los estándares establecidos por el propio Sistema Nacional de Salud, aumenta el ratio enfermera/paciente poniendo en riesgo la salud y el bienestar tanto de la enfermera como de la seguridad del paciente¹¹⁷. Por otra parte, la escasez crónica de

enfermeras con la consiguiente pérdida de muchas horas de cuidado enfermero como profesional de primera línea en el proceso asistencial, está arriesgando la supervivencia del enfermero en el sistema y la morbimortalidad hospitalaria. Además, pone al profesional en mayor riesgo de desgaste físico, estrés, contingencias laborales, absentismo, etc., y no solo se ejerce un gran impacto sobre la salud, bienestar, seguridad y calidad de vida de la enfermera, sino que también contribuye a que los estudiantes releguen la enfermería como profesión atractiva, prefiriendo optar por el estudio de otras profesiones. Así lo demuestran los datos de la Estadística de Profesionales Sanitarios publicada en el año 2013 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) indicando que el número de enfermeros colegiados en 2012 disminuyó por primera vez desde 1977 y lo hizo en un 1% con respecto al año anterior, mientras que el de médicos aumentó en un 1.1 % hasta alcanzar los 498 por cada 100 000 habitantes. En concreto, el número de médicos colegiados en España aumentó en 2012 en 2493 hasta alcanzar los 228 917, mientras que el de enfermeros disminuyó en 2740 hasta los 265 569. Asimismo en términos relativos, en 2012 había colegiados 497.6 médicos y 577.2 enfermeros por cada 100 000 habitantes. Además, el número de profesionales colegiados por habitante aumentó en todos los colectivos, excepto en el de enfermeros, que disminuyó en 3.6 por cada 100 000 habitantes.

Por todo, y a sabiendas que no va a ser fácil reparar el daño causado, el interés primordial es perseverar en el camino andado, siendo buena prueba de ello el foro de debate que han supuesto las “Jornadas de Enfermería Crítica” celebradas en marzo de 2014 en las que los presidentes de los Colegios Españoles junto a la Directiva del Consejo General de Enfermería han consensuado los temas pendientes: Exigir el cumplimiento de los pactos

institucionales adquiridos con la profesión como el Grado en Enfermería, el desarrollo de las especialidades de enfermería y desarrollo legislativo de la prescripción enfermera como únicas vías no solo para avanzar la profesión con autonomía sino también para garantizar la seguridad de los pacientes¹¹⁸. La seguridad del paciente o cliente y la seguridad de los profesionales de la salud no solo van por el mismo camino sino que no deberían estar en conflicto o competición por prioridades de presupuesto o importancia política dentro de la institución por muy especializada que sea. Además, en este contexto, las palabras de la presidenta del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Judith Shamian adquieren gran relevancia pues suscriben la necesidad de impulsar una cultura organizativa saludable que apoye a la enfermera para el adecuado desempeño de su rol:

En España no solo no hay suficiente número de profesionales sino que además existen problemas en los entornos donde trabajan y es que no se trata solo de contratar más enfermeras sino contratar por perfiles adecuados de cara a que cada servicio asistencial tenga una enfermera con la experiencia y formación necesaria para dar la respuesta más óptima a los problemas y patologías de los pacientes¹¹⁹

Una vez tratado el perfil epidemiológico de la población española, la normativa que ha definido el Sistema Nacional de Salud (SNS) como modelo organizativo de la Sanidad pública, la legislación de la enfermera como profesional autónoma tanto en el ámbito internacional como nacional y la influencia del entorno laboral en el desempeño del rol de la enfermera, se procede a vertebrar tales aspectos en el Hospital Universitario 12 de Octubre que es uno de los hospitales de tercer nivel, ubicado dentro de la Comunidad de Madrid, en Madrid capital.

1.3. EL Hospital Universitario 12 de Octubre

Los primeros hospitales españoles, se fundaron a partir de iniciativas regias y civiles hasta que con la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en el año 1942, los nuevos Centros se inauguraron bajo los auspicios del Instituto Nacional de Previsión. En el año 1973¹²⁰ se puso en marcha el Hospital 1º de Octubre (Imagen 2) en la actualidad Hospital Universitario 12 de Octubre con Residencia General y visión futura de que en el año 1975 se construyera un edificio Materno Infantil (Imagen 3).



Imagen 2. Hospital 12 de Octubre Inaugurado “Ciudad Sanitaria 1º de octubre”. (Fuente: Historia del hospital)



Imagen 3. Edificio materno-infantil (Fuente: Historia del hospital)

1.3.1. Marco geográfico y Características del hospital

El Hospital Universitario 12 de Octubre, es un hospital público de tercer nivel y es el único hospital asignado a la zona sur de Madrid (Imagen 4) denominada Área 11. Gestionado por el Servicio Madrileño de Salud, rinde puntual cuenta de su actividad sanitaria en la triple vertiente: Asistencial, docente e investigadora. Además el Hospital Universitario 12 de Octubre sigue desarrollando un especial interés por la gestión de la calidad y la seguridad como lo demuestra la implantación de actividades de mejora respecto a la planificación del cuarto ciclo de autoevaluación según el modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de Calidad) y la obtención de certificación ISO (Organización Internacional de Normalización) ISO 9001:2008 de gestión de calidad para muchos de los servicios o unidades hospitalarias, a las que se han ido incorporando las certificaciones

ISO 14001:2004 de sistemas de gestión ambiental¹²¹. El hospital también es receptivo a la libertad de elección que se articula como elemento para garantizar la mejora en la calidad asistencial, lo que favorece la capacidad de los ciudadanos para participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Por todo lo cual y tras la Resolución de 23 de enero de 2015, del Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por la que se designan Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR), el Hospital Universitario 12 de Octubre se ha incluido como uno de ellos, en los siguientes procesos¹²²:

- Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva.
- Trasplante hepático infantil.
- Trasplante hepático de vivo adulto.
- Trasplante pulmonar (adultos).
- Trasplante de páncreas.
- Trasplante de intestino (infantil y adulto).
- Asistencia integral del neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja .
- Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita.
- Trasplante renal cruzado.
- Neurocirugía pediátrica compleja.
- Enfermedades Metabólicas Congénitas (adulto y niños).

El principal objetivo de la designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia en el Sistema Nacional de Salud (CSUR), es garantizar la equidad en el acceso y una atención de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización que requieren para su atención concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros. Los CSUR del Sistema Nacional de Salud dan cobertura a todo el territorio nacional y deben garantizar, a todos los usuarios del Sistema que lo precisen, su acceso a aquellos en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia. Se define Centro de Referencia como el centro sanitario que dedica fundamentalmente su actividad a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características establecidas en el Real Decreto 1302/2006¹²³. Se define Servicio o Unidad de Referencia al servicio o a la unidad de un centro o servicio sanitario que se dedica a la realización de una técnica, tecnología o procedimiento o a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características establecidas en el citado Real Decreto, aunque, ese servicio o unidad atienda otras patologías para las que no sería considerado de referencia.



Imagen 4. Marco geográfico del Área 11-Sur II de Madrid (Fuente: Memoria Gestión de Actividades H. Universitario 12 de Octubre, 2013)

En la actualidad, el Hospital Universitario 12 de Octubre cuenta con tres grandes edificios: Residencia General, Edificio Materno-Infantil y Centro de Actividades Ambulatorias (CAA) conocido también como Policlínico. Asimismo, en el recinto hospitalario, también se ubican un edificio técnico de instalaciones, un centro de investigación y un pabellón docente (Imagen 5).



Imagen 5. Localización de los edificios que componen el recinto del H.U. 12 de Octubre (Fuente: Memoria Gestión de Actividades H. Universitario 12 de Octubre, 2013)

En su zona de influencia, el hospital cuenta con tres Centros de Especialidades Periféricos (CEP,s) cuya localización geográfica coincide con los distritos municipales del Área Metropolitana de Carabanchel, Villaverde y Usera (Imagen 6).

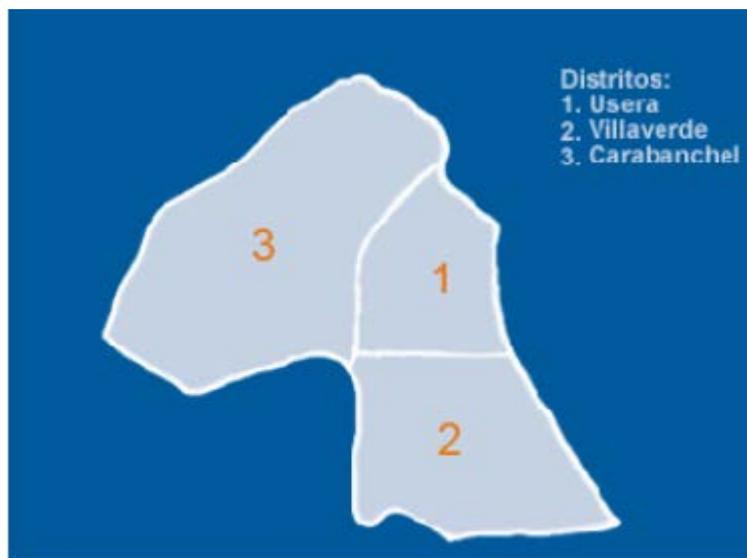


Imagen 6. Distritos Municipales del área metropolitana de la zona Sur de Madrid (Fuente: Memoria de Gestión de Actividades H. Universitario 12 de Octubre, 2013).

1.3.2. Recursos y cifras de actividad

El Hospital Universitario 12 de Octubre, es uno de los hospitales más grandes de España en cuanto a superficie y número de camas. El Hospital dispone de más de 1300 camas instaladas, 40 quirófanos y casi 350 locales de consulta. Además cuenta con urgencias de adultos, obstétrico ginecológicas e infantiles; hospitales de día médicos con 60 puestos, hospitales de día quirúrgicos con 45 puestos y dos helipuertos. En el centro trabajan más de 6000 profesionales, incluyendo sanitarios y no sanitarios de los cuales 1756 son enfermeras y 1173 auxiliares de enfermería. Respecto a las cifras de actividad destacan las casi 37 000 intervenciones quirúrgicas anuales, 42 000 ingresos, más de 120 000 urgencias y 952 128 consultas distribuidas de la siguiente forma: 444 501 del área médica; 436 903 del área quirúrgica 44 883 del área pediátrica; 25 841 al área obstétrica. Las cifras de actividad anual del año 2013 referido a las Consultas de Alta Resolución

(CAR) fueron 9335 de las cuales 2221 corresponden al área médica; 6988 corresponden al área quirúrgica; 124 al área pediátrica; 2 al área obstétrica. De igual forma, desde el primer trasplante de riñón que se llevó a cabo en el año 1976 hasta la actualidad, el hospital se mantiene líder nacional en trasplantes y también en donaciones de órganos, superando ya los 6000 trasplantes de órganos sólidos de todo tipo (renal, hepático, pancreático, intestinal, cardiaco y pulmonar)¹²¹.

1.3.3. Aspectos demográficos y sociales

El área de influencia del hospital (distritos de Carabanchel, Villaverde y Usera) corresponde a la población más envejecida que la media de la Comunidad de Madrid con un total de 534 507 habitantes de los cuales el 52.3% son mujeres y el 47.7% hombres apreciándose un descenso considerable de la población en edades comprendidas entre los 5 y los 24 años (Gráfico 2).

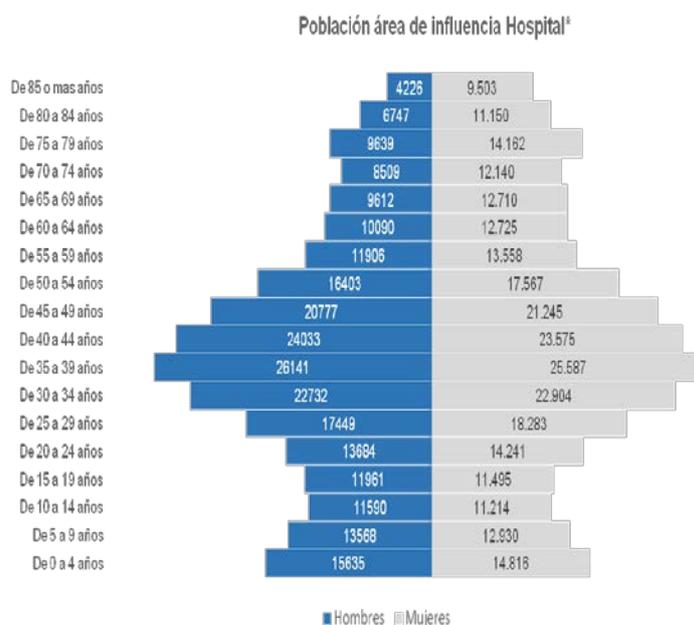


Gráfico 2. Población área de influencia Hospital (Fuente: INE. 2013 ene)

Asimismo, el porcentaje de población en desempleo es del 15.4% siendo un dato inferior a la media de la Comunidad de Madrid (21.03%), aunque superior a la tasa de desempleo media registrada en la ciudad de Madrid (11.8%), con un porcentaje mayor de desempleo femenino que contraviene lo que ocurre en la Comunidad de Madrid (Gráfico 3).

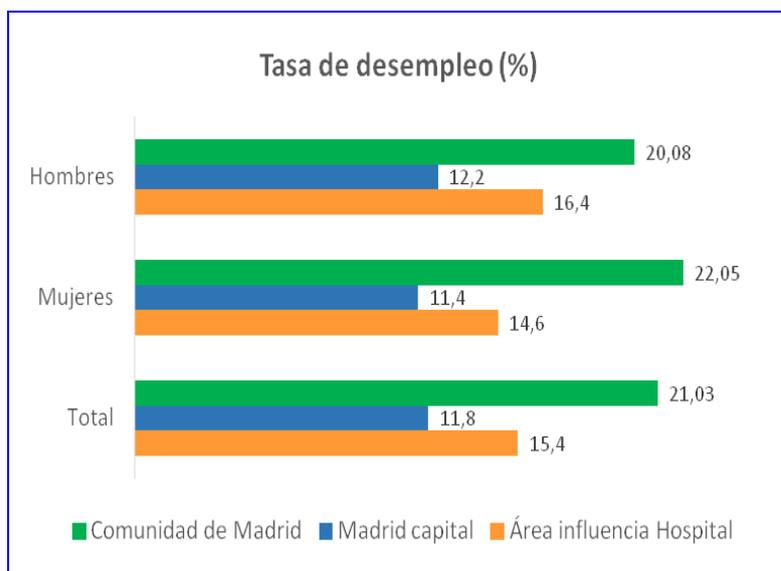


Gráfico 3. Tasa de desempleo (Fuente: Ayuntamiento de Madrid, Banco de datos. 2014 ene)

La renta per cápita es similar a la de la Comunidad de Madrid, pero considerablemente inferior a la media de Madrid capital (Gráfico 4).

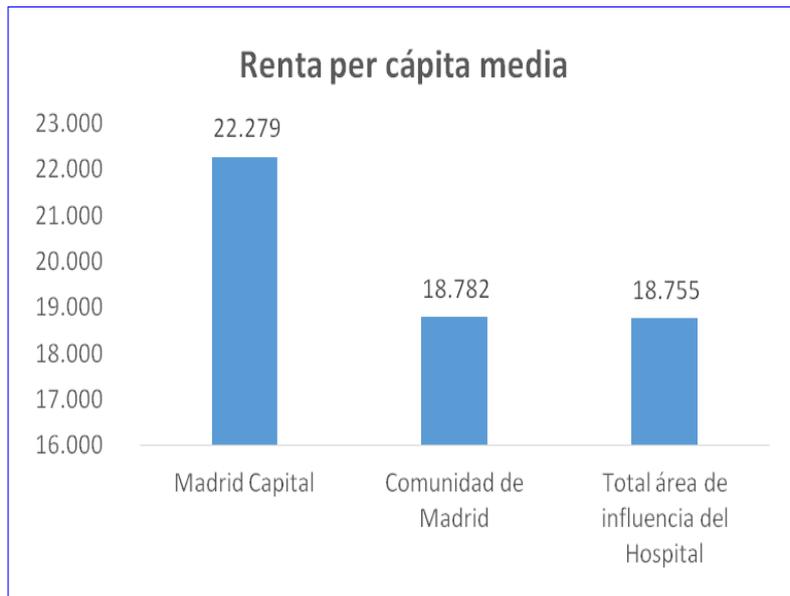


Gráfico 4. Renta per cápita media (Fuente: Contabilidad Municipal de la Ciudad de Madrid. Base 2002-2009)

Respecto al nivel de estudios de la población, los datos apuntan un nivel sensiblemente inferior a la media de la Comunidad de Madrid, puesto que frente al 20.7% de la población de la Comunidad de Madrid que tiene estudios de tercer grado, el porcentaje estimado en esta zona sur es del 10.7% (casi la mitad) y en los distritos del área de influencia del hospital (Carabanchel, Usera y Villaverde) un 11.9% (Gráfico 5).

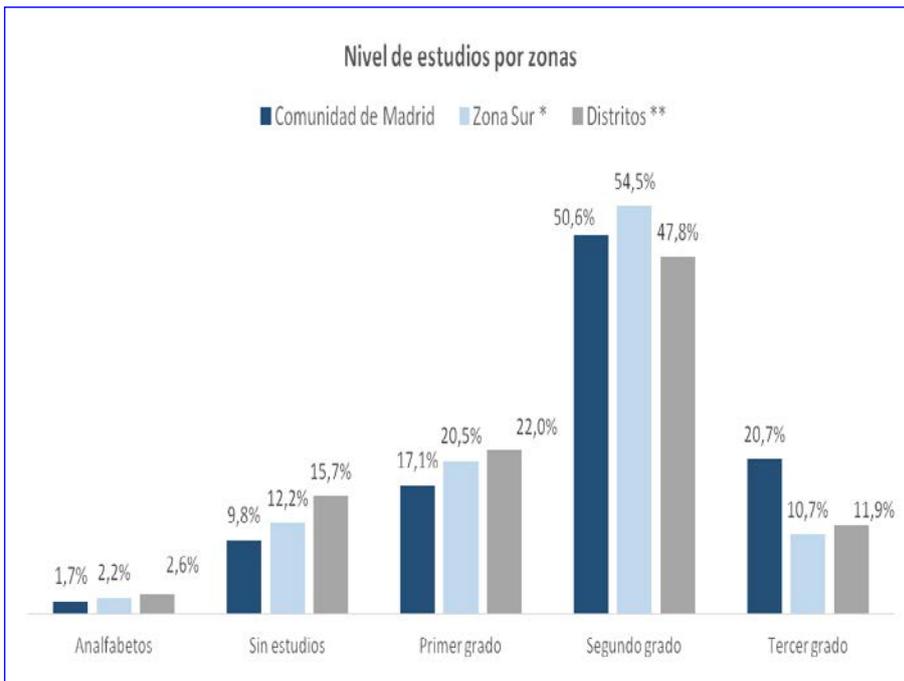


Gráfico 5. Nivel de estudios por zonas. Mercado potencial de hogares y población (Fuente: INE. 2013 ene)

1.3.4. Las Consultas Externas del Hospital 12 de Octubre

La importancia que están adquiriendo las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre, es similar a la que se ha dado a las consultas externas de los hospitales en el preámbulo e introducción de la Guía de Consultas de Atención Especializada ⁷⁶ que las ha definido como el principal punto de contacto del hospital con la población de su área de influencia. Esto lleva a considerar cuáles han sido las circunstancias que han influido en ello, destacando entre ellas el aumento de actividad y demanda, así como también el incremento de la atención ambulatoria por procesos tal como se ha mencionado en el apartado 1.1 (Conceptualización del valor salud en la sociedad española) ¹²⁴ cuyo objetivo es asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el

proceso asistencial en sí mismo. En el abordaje de los problemas de salud del paciente, se revaloriza el diagnóstico y se coordina la atención entre los dispositivos asistenciales de la red sanitaria, principalmente afines, como las consultas de Atención Primaria y consultas de Atención Especializada, proporcionando la necesaria continuidad de cuidados. Respecto a las personas que prestan sus servicios, el servicio enfermero es un elemento profesional clave puesto que aporta la adecuada respuesta a las necesidades de los pacientes y de sus familiares o cuidadores; promueve la humanización de la asistencia; incrementa la seguridad del paciente en el sistema asistencial; aumenta los niveles de excelencia y eficiencia del cuidado en el modelo organizativo; conjuga calidad asistencial, modernidad, profesionalidad y científicismo; rechaza la estigmatización, etc. En relación con el proceso asistencial en sí mismo, las alternativas a la hospitalización convencional con hospitales de día, gestión de casos, consulta de enfermería, cuidados paliativos con equipos de soporte domiciliario, etc., y el desarrollo de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) convertidas en herramientas de soporte esencial del sistema sanitario, han redundado en la mejora de los procesos que ofrece el hospital.

1.3.5. Marco organizativo de las consultas

Las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre, organizan su distribución en Área médica y Área quirúrgica. Desde la construcción del hospital, se han localizado en tres de los grandes edificios del recinto hospitalario: Residencia general, Edificio Materno-Infantil y Pabellón de Medicina Comunitaria. Sin embargo, con la construcción del Centro de Actividades Ambulatorias (CAA) o Policlínico (Imagen 7) se ha modificado la logística ambulatoria y la mayoría de las consultas de adultos se han trasladado al

edificio. Las especialidades que integran el Área Médica y Área quirúrgica son las siguientes:

- Área médica: Alergia, Cardiología, Dermatología, Digestivo, Endocrinología, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neurología, Neumología, Psiquiatría, Rehabilitación, Reumatología, Oncología.
- Área Quirúrgica: Cirugía General, Urología, Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ginecología, Cirugía Cardíaca, Cirugía Infantil, Cirugía oral y Máxilofacial, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Anestesia.



Imagen 7. Imagen virtual del Policlínico (Fuente: "Noticias del 12 " 2006 oct. Núm. Especial)

1.3.6. El rol de la Enfermera en las Consultas Externas del Hospital 12 de Octubre

El rol de la enfermera en las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre, se desglosa en las tres grandes funciones profesionales: Asistencial, docente e investigadora.

En términos generales, la función asistencial se desarrolla en despachos de consulta y sala de curas, ambos con equipos informáticos que permiten el acceso a la historia clínica del paciente. En el despacho de consulta, se efectúa la anamnesis clínica del paciente y las técnicas de exploración habituales, mientras que en la sala de curas, la enfermera controla el proceso quirúrgico (realiza vendajes, curas) así como también consensúa con el paciente, el plan de autocuidado.

No obstante, a veces, la actividad asistencial especializada, tal y como se ha tratado en el apartado 1.2.2.5, se realiza en el domicilio del paciente y dado que estamos hablando de Atención Especializada, conviene recordar que el tipo de cuidados se diferencia de los habitualmente proporcionados por la Atención Primaria, dado su grado de medicalización, tecnología, intensidad, duración y complejidad. Dicho lo cual, el perfil del paciente candidato sería aquel que presentara una agudización de su proceso crónico (procesos degenerativos), en caso de patologías intercurrentes que agravaran el estado de discapacidad del paciente y también para aquellos pacientes en fase terminal, dependientes específicamente de la consulta de cuidados paliativos.

Desde el punto de vista organizacional y funcional, la actividad de la enfermera en las consultas, quedan adscritas a la División de Enfermería según contempla el Real Decreto

521/1987, de 15 de abril³² en el artículo 13: "Quedan adscritas a la División de Enfermería del hospital las actividades de enfermería en las siguientes áreas: a) Salas de hospitalización. b) Quirófanos. c) Unidades especiales. d) Consultas externas. e) Urgencias f) Cualquier otra área de atención de enfermería que resulte precisa" (Imagen 8).

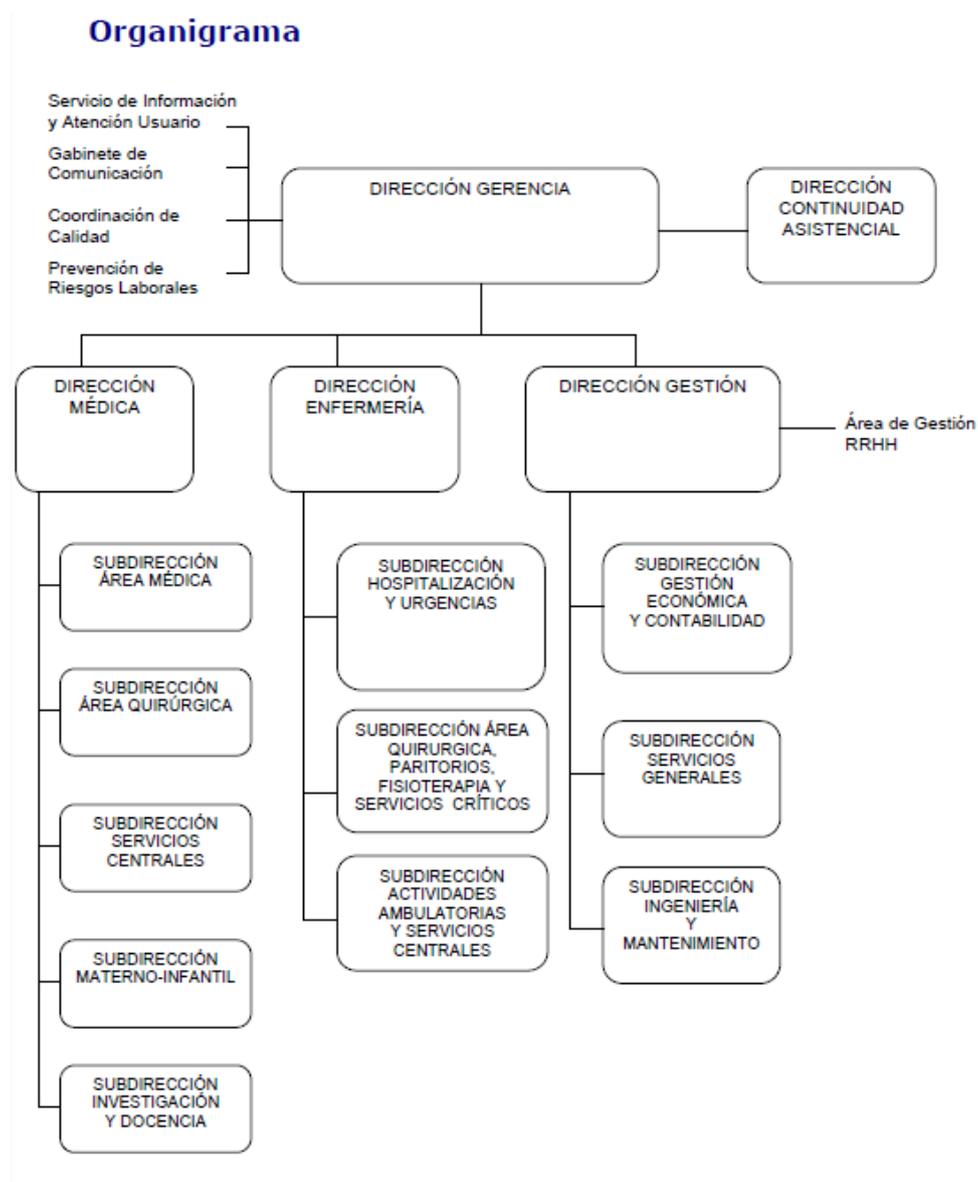


Imagen 8. Organigrama del Hospital Universitario 12 de octubre (Fuente: Memoria Gestión de Actividades del H. Universitario 12 de Octubre, 2013)

La enfermera de Consultas, desarrolla la función asistencial enfocando el cuidado de la persona sana o enferma en su entorno que es la comunidad donde vive, abordando el problema de salud desde las perspectivas integral, humana y holística. La atención de enfermería se realiza mediante la aplicación del método científico denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que es la herramienta más eficaz para brindar la atención individualizada al paciente tal y como se incluye en la propia definición: “Un método ordenado y sistemático que permite mediante el análisis de la información relevante disponible, identificar los problemas de cuidados del individuo, la familia y la comunidad, como base de la planificación y desarrollo de las correspondientes indicaciones terapéuticas para el logro de unos determinados resultados en los cuidados de salud”¹²⁵. Lo que además suscribe que la enfermera es proveedor autónomo y orienta el servicio enfermero ⁸ hacia la excelencia, pues siguiendo en esto a la reflexión de Norma Lang y June Clark “Si no estamos en condiciones de describir y denominar los cuidados enfermeros, no podremos jamás controlarlos, ni financiarlos, ni llevar a cabo investigaciones en este campo, ni actuar de forma que sean tenidos en cuenta en la elaboración de políticas sanitarias se corre el riesgo de que la aportación enfermera pase inadvertida, resulte infravalorada y desaparezca sin dejar huella”¹²⁶ . Circunstancia que además está avalada por el Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre¹²⁷ en el que el informe de enfermería es considerado uno de los documentos clínicos para los que se establecen un Conjunto Mínimo de Datos (CMB).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se desarrolla en cinco etapas, que están interrelacionadas y son consecutivas, de tal forma que cada una depende de la anterior y se supedita a la siguiente. Estas etapas son: Etapa de valoración o recogida de datos;

etapa de diagnóstico o formulación del juicio clínico enfermero; etapa de planificación de resultado (NOC) y de intervenciones enfermeras (NIC) para conseguirlo; etapa de evaluación o análisis de los resultados propuestos. La etapa de valoración, incluye la recogida de datos sobre el problema de salud del paciente, conforme a los patrones de respuesta humana, siendo el sistema más eficaz, el modelo diseñado por Marjorie Gordon¹²⁸. Este modelo define 11 patrones de actuación que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro del potencial humano de las personas, familias y las comunidades. En la etapa del diagnóstico, el enfermero determina el problema de salud que es de su competencia es decir, que puede tratar de forma totalmente independiente. Los diagnósticos enfermeros se organizan mediante un sistema de clasificación o taxonomía diagnóstica, siendo la de mayor aceptación la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnostic Association)⁹. La etapa de intervención enfermera consiste en identificar las Intervenciones enfermeras (NIC) encaminadas a alcanzar los Criterios de Resultados (CRE) que se han establecido previamente. Lo que nos lleva a definir intervención enfermera como “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” y a definir criterios de resultados (CRE) como los indicadores que monitorizan la situación del paciente en cualquier momento del proceso de atención enfermera, lo que facilita la evaluación continua del cuidado. En la etapa de evaluación, la enfermera analiza de forma sistematizada el estado de salud del paciente con los resultados obtenidos (NOC).

Si bien es cierto que en las unidades de hospitalización, los planes de cuidados se han incorporado en programas informáticos como, por ejemplo, el programa GACELA

(Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta)¹²⁹, las Consultas Externas no han contado con tal plataforma ni existen registros que evidencien la sistematización genérica de la práctica profesional en taxonomía NANDA, NIC, NOC. Sin embargo, aunque la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, no haya sido diferente al realizado en tales unidades, la incorporación del módulo de enfermería en la Historia Clínica Electrónica (HCE) que ha recibido su mayor impulso en el año 2013¹²¹, permitirá que el enfermero de consultas también gestione con mayor agilidad el plan de cuidados que necesita el paciente. La Historia Clínica Electrónica (HCE)¹³⁰ es el soporte documental donde se organiza la visita del paciente en episodios y procesos asistenciales, recogiendo los datos clínicos mediante formularios. Se entiende como episodio a cada uno de los encuentros del paciente con la institución (por ejemplo, una asistencia a consultas externas) y proceso como el conjunto organizado de cuidados llevado a cabo para tratar un problema clínico o una enfermedad (por ejemplo, *Trombosis venosa profunda*). Se entiende como formulario a la recogida estructurada de información y según dé mayor respuesta a los objetivos clínicos de la especialidad, el formulario será genérico y/o específico.

La utilidad de la Historia Clínica Electrónica en el proceso asistencial del paciente, no se limita únicamente al centro donde se le atiende, siendo buena prueba de ello la incorporación del visor informático Horus en la Red Sanitaria de la Comunidad de Madrid que permite la comunicación de todo el sistema de salud, con independencia del entorno en que se encuentre el paciente y del profesional que lo atienda. Asimismo y enlazando con el artículo 7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre⁶ que postula que *La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está*

obligada a guardar la reserva debida, los posibles usuarios deben guardar el carácter confidencial de la información así como también su responsabilidad sobre el uso y el tratamiento que se haga de la misma.

Al hilo conductor de todo lo que se ha expuesto anteriormente, se va a describir el rol asistencial de la enfermera de las consultas, que se orienta hacia la gestión de casos, consulta de enfermería, consultas generalistas y su actuación en los procedimientos técnicos, inherentes a las especialidades de Consultas.

Gestión de casos en el Hospital

El modelo de gestión de casos, responde a la definición adoptada por la Joint Comision on Accreditation of Health Care Organizations¹³¹ *“.... el proceso de colaboración interdisciplinario que asesora, planifica, implementa, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y los servicios para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, utilizando la comunicación y los recursos disponibles para promover la calidad de la asistencia y los resultados dentro de los parámetros de coste-efectividad”*. Los procesos que trata la enfermera gestora de casos, son procesos crónicos, algunos de ellos con importante estigma social y requieren gran demanda de cuidados múltiples, continuos y complejos que exigen el ejercicio del área competencial de la enfermera en práctica avanzada de enfermería clínica. El cuidado enfermero se realiza de forma integral y la atención de la enfermera, es tanto presencial como mediante por soporte telemático, lo que facilita no solo la accesibilidad del paciente sino también la disponibilidad del servicio enfermero⁸. Además, se precisa de una intervención interprofesional coordinada y, a lo largo de todo el proceso, la enfermera debe fomentar adecuadas

relaciones entre los profesionales de las distintas especialidades desarrollando habilidades tanto de comunicación como de trabajo en equipo.

A continuación se va a realizar un recorrido por las unidades multidisciplinarias de gestión de casos del hospital que están funcionando en la actualidad desde las consultas externas, destacando las principales características de cada una de ellas:

- Unidad multidisciplinaria de patología mamaria (UMPM)

La unidad multidisciplinaria de patología mamaria (UMPM) ha sido la pionera en este campo, pues inició su andadura en el año 2010 y su objetivo es proporcionar una continuidad de atención tanto integral como personalizada a la paciente diagnosticada de cáncer de mama. El rol enfermero, es favorecer la coordinación asistencial durante el proceso, mejorar los tiempos de respuesta tanto clínicos como quirúrgicos para agilizar el tratamiento y promover la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. Esta unidad debe brindar apoyo y accesibilidad inmediata a la paciente para que pueda enfrentarse con superación positiva a la malignidad del proceso. La participación activa de la enfermera en el Comité de Mama, da mayor sentido al liderazgo enfermero en los equipos interdisciplinarios ya que su opinión también influye para tomar la decisión más adecuada en la actitud terapéutica a seguir.

- Gestión de casos en trasplante pulmonar

El trasplante pulmonar, es el tratamiento al que aspiran una variedad de enfermedades respiratorias para aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. Desde que vio la luz en el año 2010, el rol de la enfermera es la captación de pacientes candidatos, la

gestión de la lista de espera y el seguimiento de los pacientes trasplantados mediante un plan educativo específico. La enfermera dispone de certificado de calidad de la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) desde el año 2013 y participa activamente en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), siguiendo las normas UNE-ENISO- 9001-2008.

- Gestión de casos en Unidad Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), es una enfermedad cuya complejidad asistencial e intervención sociosanitaria de soporte, pone de manifiesto la relevancia que adquiere la progresión continua de una enfermedad crónica a la dependencia e incapacidad. En este contexto, el análisis de la situación no tan a largo plazo, justificó el cambio de enfoque desde la Consulta de Enfermería de ELA (año 2008) a la Unidad de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), como gestión de casos (año 2010) (Gráfico 6).

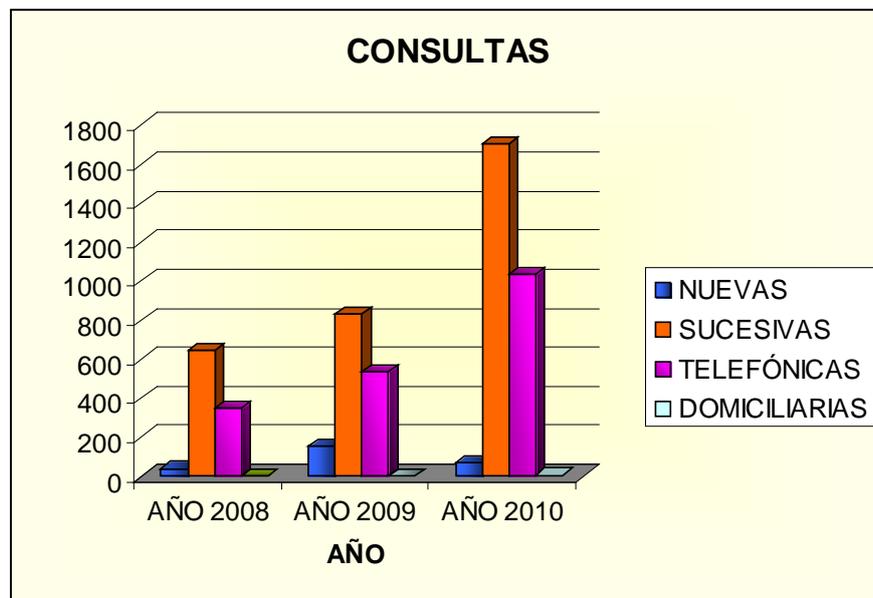


Gráfico 6. Evolución de la actividad de enfermería en la consulta de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) (2008-2010) (Fuente: P. Cordero Vázquez)

La enfermera gestora de casos en la Unidad de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), monitoriza las fases de la enfermedad pues la velocidad de su evolución en fases iniciales, ayuda a predecir el curso de la misma, con lo cual uno de los aspectos más importantes de su rol es adaptar al paciente a sus incapacidades presentes o futuras y reducir en lo posible la situación de dependencia funcional parcial o total. La enfermera gestora facilita la evaluación social del nivel de dependencia del enfermo y orienta su objetivo no solo en lo que es el aumento de su calidad de vida sino también en lo que supone prolongar la propia supervivencia. Llegado el momento, también se ocupa de proporcionar cuidados paliativos enfocados al mayor bienestar tanto del paciente como de sus cuidadores, de facilitar al paciente una muerte digna y de ayudar al cuidador a la elaboración del duelo.

- Unidad Multidisciplinar de Cabeza y Cuello (UMTCC)

El objetivo de la Unidad Multidisciplinar de Cabeza y Cuello (UMTCC), creada en el año 2012, es proporcionar una continuidad integral y personalizada a los pacientes afectados por tumores de cabeza y cuello. El rol de la enfermera gestora es favorecer los circuitos de comunicación intrahospitalaria entre los distintos servicios asistenciales clínicos, quirúrgicos y de apoyo psicológico, así como también, adecuar la derivación del paciente tras el alta hospitalaria. La captación de pacientes susceptibles de ser tratados en la Unidad, se beneficia de la puesta en marcha de un programa de valoración previa por parte del especialista, donde dichos pacientes son vistos en el plazo de una semana lo que disminuye la demora en canalizar la atención que requiere su proceso.

- Unidad de gestión de casos cráneo facial infantil

La Unidad de cráneo facial infantil, está funcionando desde el año 2011, al cuidado de síndromes craneos faciales y anomalías congénitas del desarrollo, que se diagnostican en la infancia. El objetivo principal de la unidad es la disminución del número de visitas sucesivas del joven al hospital, pues en la mayoría de los casos son pacientes desplazados. Son jóvenes que requieren un alto nivel de asistencia e intervención, ya que existen muchos problemas de integración familiar, escolarización, disfunción familiar (alto índice de divorcios), ausencias laborales de los progenitores, etc. por lo que es fundamental que la unidad se mantenga en contacto directo con la trabajadora social. También, la unidad apoya a las asociaciones de pacientes que son un referente importante de captación de pacientes y mantiene el contacto con SIFCO (Sistema Informático de Fondos de Cohesión), que informa sobre el estado de los trámites en el caso de cada paciente. Ratificando no solo que uno de los mayores atractivos del modelo gestión de casos es la flexibilidad que ofrece, sino que tal como se ha tratado en el apartado 1.2.1.5 (Gestión de casos) también debe ajustarse a las características tanto de los clientes como del entorno cultural donde convive. Por todo, el rol de la enfermera gestora de casos va más allá de agilizar los trámites, coordinar agendas multidisciplinarias y tener seguimiento del estado o evolución del paciente. Tiene que mostrar una empatía con pacientes y familias, entendiendo en todo momento la situación que están viviendo.

- Gestión de casos en Fibrosis Quística

La gestión de casos de Fibrosis Quística (F. Q.) está funcionando desde el año 2011 con una población diana infantil, la mayoría progresando en la misma unidad hasta la etapa adulta. La captación de la población joven, se realiza mediante cribado neonatal de fibrosis quística derivados de hospitales de referencia (por ejemplo, Hospital Gregorio Marañón en Madrid capital) y Atención Primaria. La atención integral directa que la enfermera gestora brinda al paciente y a los cuidadores, se ve reforzada con la educación sanitaria de los mismos, respecto al manejo de los dispositivos clínicos (inhaladores, vías centrales) que forman parte de su tratamiento. Hay que destacar que adquiere un papel relevante, adaptando el plan de cuidados en la transición del paciente desde la unidad pediátrica a la unidad de adultos y manteniéndose en contacto con la Asociación de Enfermos de Fibrosis Quística.

- Gestión de casos en enfermedad inflamatoria infantil

El objetivo principal del rol de la enfermera gestora de casos en la enfermedad inflamatoria infantil y trasplante hepático que se inició en el año 2011, es facilitar el circuito asistencial que requiere el proceso del paciente, coordinando los diferentes servicios intrahospitalarios. El abordaje de la enfermedad, también implica mantener una comunicación telemática proactiva con el paciente, así como también fomentar la educación sanitaria tanto de los niños como de los padres y otros cuidadores que, en este caso, suelen ser los abuelos. De hecho, los horarios laborales de los padres y la disponibilidad de los abuelos, pueden hacer que estos últimos sean más receptivos para ser el mejor enlace terapéutico en el cuidado del nieto.

Las consultas de enfermería en el Hospital

Las Consultas de Enfermería, han surgido para el abordaje específico de ciertas patologías crónicas de la especialidad clínica o quirúrgica de origen y son llevadas a cabo por enfermeras expertas en el propio proceso, con el que ya han trabajado previamente en la consulta generalista o en la planta de hospitalización. En términos generales, el perfil del paciente atendido en las consultas de enfermería del hospital, reúne algunas de las siguientes características: Nivel cultural medio-bajo, es demandante de información, su diagnóstico es reciente, presenta buena adherencia al tratamiento, muestra una actitud positiva para modificar sus hábitos de vida y cuenta con un adecuado soporte familiar.

Las principales vías de acceso a la Consulta de Enfermería son a demanda, programada y urgente, lo que la convierte en un dispositivo asistencial clave para atender la naturaleza imprevisible de determinados problemas de salud o la reagudización del proceso. Dentro de las actividades que realiza la enfermera en la Consulta de Enfermería se incluyen las siguientes:

- Realizar técnicas (extracciones analíticas, toma de constantes) y monitorización de medidas antropométricas (peso, talla, perímetros cefálicos y abdominales).
- Control de la toxicidad de fármacos (biológicos, inmunosupresores, etc.).
- Fomentar y tutelar la adherencia terapéutica (estilos de vida saludables, fármacos).
- Instruir al paciente y familiares en la autoadministración de fármacos.
- Realizar el seguimiento de las pruebas diagnósticas solicitadas.

- Contactar con empresas privadas abastecedoras de servicios (dispositivos ventilación mecánica, bombas de nutrición enteral; dispositivos de colostomía, etc.).
- Fomentar educación sanitaria (EpS) capacitando al paciente en su autocuidado, resolviendo sus dudas, tratando aspectos coadyuvantes para el control de determinados síntomas y poniendo en su conocimiento la existencia de asociaciones u organismos de potencial ayuda.

Una vez tratados los aspectos generales de las Consultas de Enfermería y, tal como se ha hecho con la gestión de casos, se van a destacar las características más importantes de las consultas de enfermería que están funcionando en la actualidad.

- Consulta de enfermería de Hipertensión arterial

La enfermera de la consulta de Hipertensión arterial (HTA) enfoca su labor al cuidado de los pacientes hipertensos para fomentarles adecuados hábitos de vida y una correcta adherencia terapéutica.

- Consulta de enfermería de atención al paciente diabético

La enfermera en la consulta de Atención al diabético, se ocupa de la educación sanitaria del paciente ambulatorio y también tutela la educación diabetológica que recibe el paciente diabético o debutante del proceso mientras permanezca ingresado en la planta de hospitalización.

- Consulta de enfermería de trasplante hepático e intestinal

La enfermera de la consulta de Trasplante hepático e intestinal está estrechamente vinculada a la donación de órganos y a la infraestructura de la coordinación de trasplantes.

- Consulta de enfermería de Reumatología

La enfermera de la consulta de Reumatología brinda un cuidado integral a los pacientes reumáticos, atendiendo a las manifestaciones clínicas propias de su enfermedad para detectar la actividad de la misma y los problemas derivados de la incapacidad y/o la falta de apoyo laboral o familiar.

- Consulta de enfermería de HIV

La enfermera de la consulta que trata la infección HIV realiza un seguimiento muy directo de la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral (TARV) y promociona la educación sanitaria del paciente, tratando con gran rigor la confidencialidad personal de los pacientes así como también los periodos de abandono del tratamiento.

- Consulta de enfermería sobre Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), adultos

La enfermera de la consulta que tiene el seguimiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) monitoriza la toxicidad farmacológica de los medicamentos, controla el tratamiento inmunodepresor y biológico, así como también realiza una labor muy importante en educación sanitaria. Desde hace varios años interviene en talleres conjuntos con asociaciones de enfermos, lo que no solo cualifica una asistencia más cercana a sus necesidades, sino que también fomenta el autocuidado del paciente al

empoderamiento que se define como la capacitación de las personas para tomar las decisiones en salud de forma autónoma y responsable. La idea es guiar la acción educativa desde el modelo asistencial de relación paternalista al modelo de decisiones compartidas, es decir, potenciando sus capacidades propias para tomar el control de su vida desde la perspectiva de su enfermedad¹³². De este modo, se ratifica la necesidad de canalizar el proceso salud-enfermedad del paciente hacia el aprendizaje significativo del que se hacía mención en el apartado 1.2.2.4 (El papel de la enfermera en Atención Primaria).

- Consulta de enfermería de Hepatología, adultos

La enfermera en la consulta de Hepatología, realiza el seguimiento del paciente sometido a protocolos específicos (triple terapia para Hepatitis C, tratamiento de ascitis, protocolo medicación beta bloqueante), tutela la adherencia al tratamiento (control niveles de fármacos inmuno depresores) y también fomenta la educación sanitaria del paciente.

Los procedimientos de especialidades en las consultas

Los procedimientos susceptibles de ser realizados en las consultas externas, son diagnósticos y terapéuticos de complejidad intermedia, lo que no contraviene que en el transcurso de los mismos, puedan producirse situaciones de urgencia (hipotensión, reacción alérgica, emergencia vital, etc.) que deben resolverse con un adecuado protocolo. Son procedimientos que van enfocados a mejorar la vida del paciente y la tasa de supervivencia, por lo que no solo aplican la bondad de la técnica sin causar mayores

males al paciente, sino que además disminuyen el número de ingresos o la estancia hospitalaria por tal motivo.

Entre los procedimientos que se realizan en Consultas Externas se incluyen: Electrocardiogramas; pruebas audiológicas (audiometrías); pruebas funcionales respiratorias (espirometrías); exploraciones hemodinámicas vasculares (Doppler); colocación y lectura de Holter cardiológico; procedimientos para el control del dolor (infiltraciones, bloqueos epidural); procedimientos hemodinámica urológica (estudios urodinámicos); intervenciones de cirugía menor, etc., mereciendo especial mención la realización de electroencefalogramas como una prueba fundamental para confirmar la muerte cerebral según queda legislado en el Anexo I del Real Decreto RD 2070/1999¹³³ .

Los procedimientos, se basan en protocolos de actuación específica en los que se han homogeneizado las actuaciones enfermeras, lo que además permite homologar indicadores de calidad, optimizar el tiempo enfermero y aumentar la seguridad no solo del enfermo sino también del profesional. Llegados a este punto conviene tratar la importancia de las instrucciones pre- y posprocedimiento, así como también la propia del consentimiento informado que se le facilita al paciente, pues en ambas situaciones, no solo estamos estructurando el cuidado al marco jurídico que lo sustenta conformado en la Ley 41/2002 de 14 noviembre⁶ sino también se resuelven las posibles dudas promoviendo la función del enfermero como profesional consultor.

El rol de la enfermera en los procedimientos y actividades técnicas, tiene que ver con el nivel de decisión que se tenga en ellos. En este contexto podemos distinguir funciones dependientes o derivadas, funciones independientes o propias y funciones

interdependientes o colaborativas. La función dependiente o derivada, es la que la enfermera realiza por delegación fundamentalmente del médico; la función independiente es la que ejecuta porque está capacitada y autorizada para ello, asumiendo la responsabilidad en todo el proceso sin requerir la supervisión o dirección de otros profesionales; la función interdependiente o colaborativa, es la que lleva a cabo en colaboración con otros profesionales, en cuyo caso la enfermera solo es responsable de las acciones que ejecuta, pero no de todo el proceso asistencial. Asimismo, la interdependencia puede ser compartida, secuencial y recíproca entendiendo interdependencia compartida cuando la actividad enfermera contribuye al resultado final; interdependencia secuencial cuando una actividad sigue a otra que se ha realizado previamente; y, por último, interdependencia recíproca cuando la actividad enfermera forma parte del todo¹³⁴. Por otra parte, la realización de los procedimientos requiere la responsabilidad de que la enfermera se mantenga formada y actualizada pues en ocasiones, el desconocimiento de una técnica, produce mayor estrés o ansiedad que una lista de espera colapsada por falta de expertos.

A continuación, se van a enumerar las actividades generales que se incluyen en la realización de los procedimientos desglosando el rol de la enfermera y el del auxiliar de enfermería, puesto que ambos estamentos consolidan el equipo de cuidados que interviene en el mismo. De hecho, el abordaje del proceso asistencial por un equipo multidisciplinar, en el que cada profesional tiene un rol definido e integrado, permite obtener mejores resultados de salud no solo hacia el paciente sino también redundando en la eficiencia de la institución.

Enfermeras

- Preparación medicación (previa a la recepción para poder dedicar más tiempo a la atención directa con el paciente).
- Recepción del paciente.
- Comprobación identidad del paciente.
- Comprobación de documentación: Consentimiento informado.
- Evaluación del paciente y preparación del mismo.
- Evaluación de datos clínicos de interés: Alergias, anticoagulación, enfermedades e intervenciones importantes.
- Explicar la técnica que le vamos a realizar, escuchar al paciente, aclarar dudas....
- Colaboración y/o realización de la técnica.
- Información, entrega de las recomendaciones al paciente por escrito y aclaración de dudas.
- Actuación en las situaciones de Urgencia y Emergencia.

Auxiliares de Enfermería

- Preparación material.
- Recepción del paciente: Facilitar pulsera identificativa.
- Comprobación de documentación: Pegatinas identificativos.
- Acompañar al paciente al vestuario si requiere vestimenta quirúrgica.
- Indicar al paciente el despacho o sala de exploración correspondiente.
- Colaborar en el procedimiento.

- Control residuos biosanitarios.
- Colaboración en las actuaciones de Urgencia y Emergencia.

Función docente

La función docente de la enfermera, enfatiza la necesidad de Formación Continuada y el mantenimiento de la competencia profesional **ya tratados específicamente en el apartado 1.2.2.2**. Por una parte, esta función se desarrolla tutelando las prácticas de los alumnos Enfermeros Internos Residentes (EIR) de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, que rotan en la Unidad de Consultas Externas del hospital, como parte del itinerario formativo recogido en el Programa Oficial de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio) Por otra parte, la enfermera de Consultas Externas adquiere el compromiso de evaluar el desempeño de las competencias de las enfermeras de nuevo ingreso En ambos casos, la evaluación abarca aspectos relacionados con la adquisición de conocimientos, habilidades así como también actitudes.

Función investigadora

Si bien es cierto que los primeros pasos de la investigación enfermera en el hospital se dieron a conocer en el monográfico de investigación editado por el periódico del hospital en diciembre del año 2000¹³⁵, la tendencia es seguir mostrando que el talento enfermero es condición determinante para trazar un algoritmo de decisión clínica cada vez más afín a las mejores evidencias posibles. Además, la investigación enfermera del Hospital Universitario 12 de Octubre, tiene una cita anual ineludible que es el *Certamen Científico*

de Enfermería Ana M^a Martínez (Imagen 9) convocado a título póstumo de la que fue directora del hospital, donde se expone y premia la producción científica enfermera del año en curso presentada tanto en foros nacionales como internacionales.



Imagen 9. Primer Certamen Científico de Enfermería (2003 jun.)

1.3.7. Entorno laboral de la enfermera de Consultas Externas del Hospital 12 de Octubre.

El entorno laboral de la enfermera en las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre, ha sido bastante homogéneo durante el período 1973-septiembre 2011. No obstante, a partir de entonces octubre 2011 y hasta diciembre 2014, ha habido una

adaptación a los cambios que ha supuesto el traslado de la mayoría de las Consultas Externas al Centro de Actividades Ambulatorias (CAA) denominado también Policlinico (Imagen 10)



Imagen 10. Policlínico

A continuación, se van a explorar las características principales del puesto de trabajo de la enfermera en las consultas del Hospital Universitario 12 de Octubre y los aspectos más importantes que influyen en su entorno laboral, tratando ambos escenarios como consultas tradicionales (período 1973-2011) y Policlínico (período 2011-2014).

1.3.7.1. El puesto de trabajo de Consultas Externas del 12 de Octubre

El puesto de trabajo de Consultas Externas, incluye una serie de actividades organizadas de forma ambulatoria, para realizar el seguimiento clínico del paciente adecuando su tratamiento. Estas actividades se asignan a un profesional o grupo en concepto de rol y se

realizan en jornada laboral de lunes a viernes con festivos libres, lo que genera cierto grado de satisfacción personal, en la medida que se permite compaginar el trabajo con otras obligaciones familiares y también ampliar el círculo social, puesto que son muchas las profesiones que tienen un horario similar. Por tanto, las condiciones del puesto de trabajo han sido un gran atractivo para muchos profesionales con cargas familiares temporales o permanentes y en tal prebenda, no solo se han adaptado al mismo sino que lo han aceptado como su puesto definitivo hasta la jubilación. Lo que nos lleva a tratar el valor salud y el valor que la experiencia suma con la edad.

Si bien es cierto que la percepción de la salud es un concepto subjetivo, podemos afirmar que el fenómeno del envejecimiento va devaluando el valor salud, en la medida que con la edad, el organismo se hace más frágil y vulnerable. De hecho, teniendo en cuenta que ambos conceptos se refieren a una condición dinámica porque no todas las personas mayores permanecen igual de frágiles o vigorosas por largos periodos de tiempo y que la fragilidad no afecta a todos en la misma medida, la condición de fragilidad coloca al trabajador en una situación de riesgo para desarrollar, agravar o perpetuar efectos adversos para su salud porque su reserva fisiológica está disminuida. Por otra parte, la evolución de la fragilidad hacia la discapacidad e independencia, puede interferir directa o indirectamente en la realización de las actividades inherentes al puesto de trabajo y aumentan el grado de dificultad en su desempeño. Por ello, y relacionando la permanencia del personal de consultas en el puesto al que se hacía referencia antes, es importante tutelar la salud laboral del trabajador de forma continuada y detectar precozmente los indicadores de fragilidad (alteraciones en la movilidad y equilibrio, polifarmacia, deficiente apoyo social, mala situación económica, etc.). Inclusive, sería preciso, efectuar cambios

laborales oportunos antes de que la lógica de la edad, deje de prodigar sus bondades en mente-cuerpo y que ayudar al otro empiece a doler o dañar. Por el contrario, la experiencia, puede convertirse en un elemento motivador e incluso compensatorio para afrontar los déficits de salud y el trabajador puede valorar el bagaje del “*saber hacer*” como un poderoso aliciente para potenciar tanto sus actividades prácticas como sociales, al reconocimiento común.

1.3.7.2. Factores de riesgo en el entorno laboral de la enfermera de Consultas Externas del Hospital 12 de Octubre

Los factores de riesgos físicos, químicos y biológicos no difieren de los tratados en el apartado 1.2.5.2. Sin embargo, en el nuevo contexto laboral del Policlínico han variado los factores de riesgo ergonómicos y psicosociales que se van a puntualizar a continuación:

Factores de riesgo ergonómico

- El Policlínico, ha permitido unificar las consultas tradicionales en el mismo recinto lo que no solo ha corregido un entorno físico dispar sino también ha permitido simplificar los circuitos y flujos de circulación. De hecho, el Policlínico está diseñado acorde a los diez criterios principales que deben regir el diseño de nuevos edificios que se construyan en el recinto a partir de ahora, entre los cuales está dar importancia a la luz natural, respeto al medio ambiente, funcionalidad, flexibilidad y adecuadas circulaciones tanto interiores como exteriores (Imagen 11).



Imagen 11. Comparativo de la sala de espera de las consultas tradicionales y la Sala de espera del Policlínico

- En las consultas externas tradicionales, la relación que el personal de enfermería tenía con los servicios con los que mantenía una logística diaria (archivo, almacenes generales, esterilización, etc.) se realizaba de forma directa y vis a vis, lo que obligaba a desplazarse varias veces fuera de la consulta. En el Policlínico, la centralización de tales servicios aumenta el tiempo que el personal de enfermería puede dedicar al paciente.

- La reorganización del Servicio de Archivo Central, ha supuesto grandes ventajas para la gestión de la historia clínica, entre ellas, el desarrollo completo de las actividades de codificación de la historia en formato electrónico, la custodia de la misma y la mejora del circuito servidor de la historia clínica a las consultas peticionarias. Todo lo cual permite contar con el máximo aporte documental y facilita la disponibilidad de la historia clínica en la visita del paciente dando cumplimiento a los derechos que se establecen al respecto en el artículo 19 de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente⁶ (Imagen 11).



Imagen 12. Historia clínica de un paciente pendiente de codificar

- La posibilidad de incorporar de forma inmediata la documentación generada en cada episodio asistencial del paciente a la Historia Clínica Electrónica (HCE)¹³¹ ha afectado a las actividades burocráticas de clasificación y archivo de documentación clínica que se realizaban en las consultas tradicionales (Imagen

12). Lo que junto a lo tratado en el epígrafe anterior, promueve la cultura de documentación clínica integral, pues habida cuenta cuantos más documentos existan fuera del corpus único de la historia clínica, menos garantía ofrece su custodia.

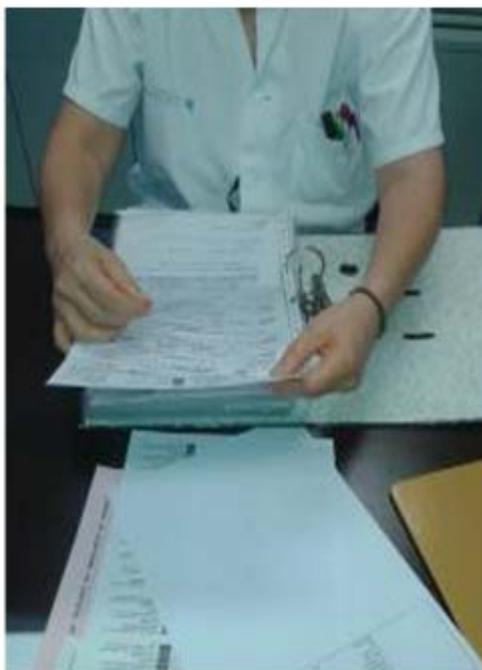


Imagen 13. Actividad archivo y clasificación manual de pruebas analíticas

- La infraestructura técnica con la que cuenta el Policlínico y el trasvase del papel en soporte informático, ha permitido desarrollar, al máximo, el rendimiento de programas asistenciales que ya se habían iniciado en las consultas tradicionales¹³⁶ así como también ha impulsado la conexión entre diferentes unidades.
- La implantación del modelo de petición electrónica que se ha instaurado en el Policlínico, ha descongestionado, en gran medida, el número de peticiones en red. Asimismo, ha ampliado las ventajas que ofrecieron en su momento la

implantación de los volantes grafitados en las consultas tradicionales pues no solo evitaban errores de transcripción, sino también duplicidades (Imagen 13).

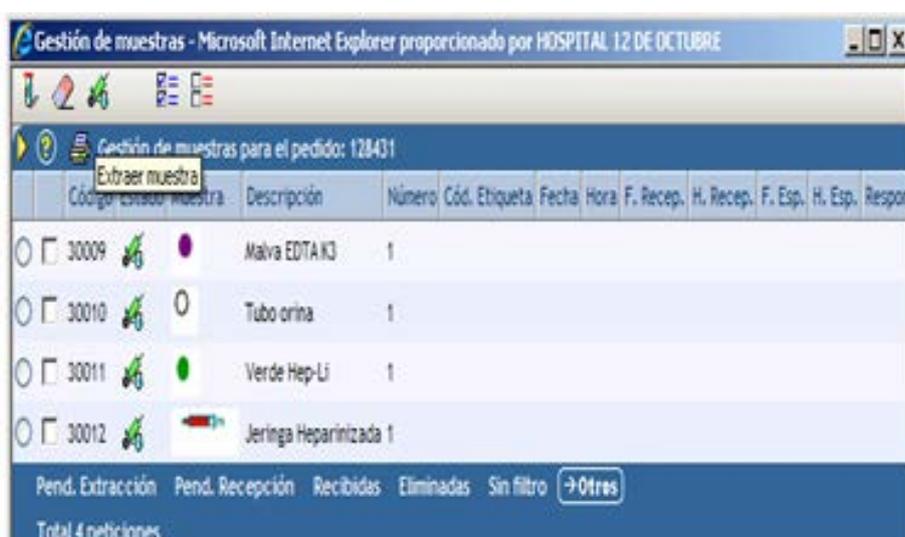


Imagen 14. Gestión de muestras accediendo a la Historia Clínica Electrónica de un paciente

- En el Policlínico, las modificaciones en el espacio físico han impulsado la creación de espacios enfermeros bajo la denominación de origen (sala de trabajo enfermería y salas de curas) donde se llevan a cabo las actividades más acordes a la competencia profesional de la enfermera (Imagen 14).



Imagen 15. Sala de Trabajo enfermería en la disposición física del Policlínico

- El suministro de mobiliario ergonómico (sillas de trabajo, camillas hidráulicas) como recurso sanitario esencial en el Policlínico, ha facilitado las actividades que requerían autocontrol postural y el manejo de cargas (Imagen 15).



Imagen 16. Mobiliario ergonómico en las Consultas Externas del Policlínico

Factores de riesgo psicosocial

- En las consultas tradicionales, el personal de enfermería contactaba muy directamente con el ciudadano resolviendo aspectos informativos, de acompañamiento y los derivados de la relación de ayuda en el cuidado, lo que aumentaba el trabajo emocional¹³⁷ propio de las interacciones cara al público. No obstante, la mejora de los circuitos informativos y la creación de la Unidad de Información (“chaquetas verdes”) (Imagen 16), que se ha producido en el Policlínico, ha filtrado muchas de las demandas generales potenciando que la

enfermera orientara la atención al paciente en relación a la ayuda, lo que además supone más satisfacción.



Imagen 17. Equipo de informadores y acogida, Chaquetas verdes “Noticias del 12”. 2009 abr; 52:9

- En ambos escenarios, se mantiene el riesgo de la agresividad del público, sin embargo, el Policlínico se ha beneficiado de una mejor organización del equipo de vigilancia que ya se había implantado previamente en las consultas tradicionales. De hecho está más implicado en la logística ambulatoria tutelando con mayor rigor las situaciones de mantenimiento del orden público y las de conflicto.
- En las consultas tradicionales, era habitual observar un gran volumen y ritmo de trabajo en la misma franja horaria, lo que incrementaba el contexto de trabajar bajo presión asistencial retrasando incluso la atención del paciente. Sin embargo, en el Policlínico, la informatización de las agendas facilita una mejor organización de la actividad y promueve la secuencia lógica de la coordinación interniveles.

- En las consultas tradicionales, el rol de la enfermera ha seguido un patrón de comportamiento dependiente del médico y de hecho, estaba a su lado mientras pasaba la consulta. Asimismo, al estar en el mismo espacio físico que otros estamentos (auxiliar de enfermería, auxiliar administrativo), también ha realizado una serie de actividades y orientado su rol a la ambigüedad de funciones. Es evidente que en el Policlínico, la asignación de espacios enfermeros que se ha mencionado antes y la evolución profesional del rol enfermero a las competencias que le son propias, como se ha tratado en el apartado 1.2.2.1 (El perfil competencial de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud), han permitido que la enfermera sea una de las interlocutoras principales de la asistencia al ciudadano.
- En las consultas tradicionales, la dependencia del personal de enfermería con el médico se confundía muchas veces con el servilismo y en tal error, la enfermera disculpaba al médico ante el enfermo sobre anulaciones de citación o retrasos en la visita clínica. Esto suponía que no solo interceptaba la percepción individual que el paciente tenía sobre su enfermedad, sino que también preocupaba al paciente, sobre todo, cuando influía de forma importante en el conocimiento del resultado de las pruebas. Sin embargo, en el Policlínico, el médico gestiona sus incidencias con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, responsabilizándose además de los inconvenientes que ello genera. Esta situación diluye la responsabilidad de la enfermera en aspectos triviales y promueve su libertad de acción hacia tareas profesionales más acordes al cuidado enfermero.
- En ambos escenarios, se mantiene como emergente de estrés, la falta de personal, principalmente, cuando existen periodos de absentismo no cubiertos, sin

embargo, dada la especificidad del rol enfermera en el nuevo centro, esta falta es más gravosa pues conlleva la interrupción de la consulta de enfermería, gestión de casos, etc.

1.4. Justificación

El Hospital Universitario 12 de Octubre, es un compendio amplio del marco teórico de referencia que se ha tratado en la presente tesis doctoral. Es el único hospital ubicado en la zona sur de Madrid con una importante tasa de población asignada lo que determina la presencia de un amplio número de categorías profesionales entre las que se encuentra el equipo de enfermería.

Tiene un volumen importante de servicios asistenciales que lo consolidan como un referente en la Comunidad Autónoma y a nivel nacional. El plan estratégico del hospital, que inició su andadura en el año 2007 hacia la realidad del nuevo 12 de Octubre, tiene como pieza clave, el Centro de Actividades Ambulatorias (CAA) o el Policlínico donde se han trasladado la mayoría de las consultas del hospital. La estructura del nuevo centro refuerza el conjunto hospitalario como un hospital de tercer nivel que reúne las herramientas favorables para promover un entorno organizacional y un espacio de profesionales capaces de mejorar los procesos ambulatorios, tanto actuales como en previsión de futuro. Hay que recalcar que el cambio de escenario no solo ha sido coyuntural sino también profesional, pues orienta el rol de la enfermera del Hospital

Universitario 12 de Octubre, conforme al rol de la enfermera de Atención Especializada en el Sistema Nacional de Salud para los próximos años.

El itinerario propuesto, se basa en conocer los eventos más comunes que ocurren en el proceso salud –enfermedad de la población asignada y trazar un diagnóstico sociolaboral de los profesionales que los atienden no solo para corregir el desconocimiento del ámbito de estudio sino también para no devaluar el servicio enfermero de atención ambulatoria al compararse con otras unidades de mayor complejidad. El análisis epidemiológico de los pacientes asignados al Hospital Universitario 12 de Octubre y su zona de influencia define una zona sanitaria cuyo patrón demográfico muestra un incremento de población adulta mayor con patologías prevalentes e incidentes propios de la edad, procesos cronificados, incapacitantes, alguno de ellos, degenerativos atendidos en un entorno sujeto a muchos cambios siendo los más significativos, el incremento de la ambulatorización de procesos, el derecho del ciudadano a la información, el protagonismo del paciente y de la familia, el poder de los usuarios en la toma de decisiones en salud, la coordinación interniveles, etc.

Todo lo cual evidencia la necesidad de explorar el rol enfermero en el abordaje de los problemas de salud existentes, así como su liderazgo en el equipo multidisciplinar para llevar a cabo las nuevas fórmulas de gestión del cuidado, como vías alternativas a la hospitalización convencional. De hecho, la consulta de enfermería fortalece la atención monográfica de patologías específicas y la figura del gestor de casos actúa como elemento aglutinador entre las necesidades del individuo con la disponibilidad de recursos sociosanitarios. Además, y en la medida que el cuidado enfermero es por

definición integral e integrador, se muestra la relevancia del rol enfermero respecto la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), puesto que sus competencias profesionales y de práctica avanzada, contribuyen a disminuir la constante demanda de los pacientes en los servicios de hospitalización, urgencias, etc.

El presente estudio de investigación nace de la observación directa del trabajo diario del equipo de enfermería en las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre, en los dos escenarios donde se ha desarrollado la atención ambulatoria del hospital, desde el año 1973 al año 2014, en las consultas tradicionales (1973-septiembre 2011) y en el Centro de Actividades Ambulatorias denominado también Policlínico (octubre 2011-hasta diciembre 2014). Como consecuencia de la evolución de las consultas y de los cambios que necesariamente se han producido, se plantea la necesidad de explorar cómo están repercutiendo en las enfermeras de estas consultas, así como cuál es la percepción que tienen ellas de este nuevo escenario.

2. HIPOTESIS DE ESTUDIO

En Consultas Externas de Atención Especializada, el cambio de estructura de la consulta tradicional al Centro de Actividades Ambulatorias (CAA) o Policlínico ha supuesto una mejora en la autonomía de la profesión enfermera, reflejada en la percepción del estrés de los profesionales y la percepción de la necesidad de cambio de puesto de trabajo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Realizar un análisis comparativo de las consultas tradicionales del Hospital Universitario 12 de Octubre, respecto a las consultas del Policlínico de este mismo centro, identificando los cambios que se han producido en el rol enfermero.

3.2. Objetivos específicos

- Conocer el cambio en la percepción de las situaciones que provocan estrés con el cambio de la estructura organizativa.
- Evaluar la percepción sobre necesidad de cambiar de puesto de trabajo tras el cambio estructural en las Consultas Externas de Atención Especializada.
- Mejorar el clima laboral enfermero definiendo, conociendo las estructuras y factores estresantes que lo mejoran.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1. Diseño

Se trata de un estudio analítico observacional de cohorte única “antes y después” en el periodo 2009-2014 para explorar si las situaciones que se han producido en tal periodo han reportado cambios importantes personales y laborales en la población de estudio. La intervención que ha variado las dos situaciones laborales en el tiempo, ha sido el discurrir del papel autónomo de la enfermera en las Consultas Externas favorecido por la construcción del edificio Policlínico como situación estrella del plan estratégico del hospital 2007-2011.

4.2. Ámbito de estudio

El estudio de investigación, se realizó en el marco de las Consultas Externas de Atención Especializada del Área 11 de Madrid referenciado por el Hospital Universitario 12 de Octubre .

4.3. Sujetos de estudio

Se trata de una cohorte homogénea. En la primera fase del estudio participaron personal de enfermería de las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre, así como de los Centros de Especialidades Metropolitanas (CEP's) de su área de influencia.

En la segunda fase del estudio la población diana fue el personal de enfermería de las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre asignado a las Consultas del Policlínico.

4.3.1. Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería: Enfermeras y auxiliares de enfermería con más de 5 años de experiencia en consultas externas que en el momento de la realización del estudio estuvieran en activo y quisieran participar en el mismo.

4.4. Criterios de exclusión

- Quedaron excluidos los profesionales de enfermería: Enfermeras y auxiliares de Enfermería que durante el periodo de recogida de datos se encontraran ausentes, por permisos, vacaciones o bajas laborales.
- Supervisores de área y supervisores de unidad.

4.5. Tamaño muestral y muestreo

- Teniendo en cuenta una población diana finita según datos de personal obtenidos por el programa informático HP-AIDA se decidió aceptar a toda la población que cumpliera los requisitos de inclusión.
- Se realizó un muestreo no probabilístico intencionado.
- Se obtuvo una muestra de 135 profesionales, que en la segunda observación se redujo a 91, tasa de abandono del 32.6%.

4.6. Variables

- Las variables que se tuvieron en cuenta en el estudio de investigación fueron:

A-Variable independiente: Modelo estructural de las Consultas Externas de Atención Especializada.

B-Variable dependiente: Percepción de los siguientes ítems como factor estresante:

- Por impotencia en la citación de pacientes a bastante demora.
- Por anular la cita por causa médica.
- Por el gran ritmo de trabajo en la misma franja horaria.
- Por falta de personal.
- Por realizar tareas que no son propias de la profesión.
- Por no poder resolver los problemas de la institución.
- Por no poder resolver los problemas del paciente.
- Por la indefensión frente a la agresividad del público.
- Por las malas relaciones entre los compañeros.
- Por la falta de información.
- Porque mi opinión no se tiene en cuenta.
- Por la falta de reconocimiento profesional en el equipo.
- Percepción de necesidad de cambio de puesto de trabajo.

4.7. Seguimiento y recogida de datos

El instrumento de medida utilizado fue un cuestionario de opinión semiestructurado que recogía las apreciaciones que los profesionales tenían sobre distintos aspectos relacionados con el desempeño de su trabajo. Para fundamentar la información se efectuó una revisión bibliográfica basada en el libro de la investigadora *La Consulta Externa Hospitalaria. Guía práctica actualizada*¹³⁸ y se consultaron documentos¹³⁹ que validaron la conceptualización planteada. Tal aporte documental y la observación directa del investigador estimaron un escenario lo más real posible que se presentó a un comité de expertos para analizar los requerimientos oportunos. La investigadora seleccionó un panel de cinco expertos (5 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería) del ámbito de estudio, que actuando como grupo focal de discusión inicial, depuró la información y la enriqueció con aportaciones individuales¹⁴⁰. Los criterios que debían cumplir los expertos seleccionados eran:

- Ser personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) asignado a consultas con gran presión asistencial que fueron Oftalmología, Alergia, Reumatología, Traumatología, Medicina aparato Digestivo, Urología.
- Haber participado en el libro *La Consulta Externa Hospitalaria. Guía práctica actualizada*¹³⁹.
- Ser profesionales expertos en cuidados y / o procesos.
- Participación voluntaria en el estudio.

- Haber asistido a sesiones plenarias de organización y sesiones formativas de Consultas Externas demostrando habilidades comunicativas como capacidad de compartir y transmitir conocimientos.
- Haber mostrado interés en resolver problemas y dar alternativas de mejora,

Proceso de validación por expertos

El Comité de expertos se reunió con la investigadora en varios talleres de trabajo donde cada uno de ellos debía añadir y/o eliminar aspectos de la encuesta para que el contenido se ajustara a la realidad objeto de análisis. El Comité de expertos actuó reformulando enunciados y añadiendo nuevas observaciones de los hechos (Anexo 1). Después de haber superado ciertos problemas metodológicos y corregido algunos errores de transcripción, el cuestionario se dio como definitivo (Anexo 2).

4.8. Aplicación de la encuesta

Ajustado a las características de ser estudio de cohorte única, el cuestionario se pasó a la misma población diana. Fue entregado y recogido en mano en un plazo no inferior a siete días hábiles. La encuesta fue entregada por los coordinadores de enfermería de los centros y la propia investigadora. Se explicó a cada uno de los sujetos de estudio el porqué del cuestionario así como también se agradeció su participación.

4.8.1. Diseño de la encuesta

El cuestionario informa de aspectos diversos y tiene la intención de abarcar variables tanto personales como profesionales. Examina cuatro dominios básicos: Social, ocupacional, psicológico y físico. El aspecto social define la población de estudio. El aspecto ocupacional incide en un conglomerado de actividades relacionadas con la profesión del trabajador o propias del puesto de trabajo del personal de enfermería en Consultas Externas; contempla tanto la experiencia del profesional en el puesto de trabajo, estratificado en años trabajados en consultas como el grado de dificultad que le plantean el desempeño de tales actividades. El aspecto psicológico se refiere tanto al sentimiento de enfermedad como de bienestar respecto tanto a su salud como el derivado de su situación laboral actual. Por último, en el aspecto físico se incluyen los efectos del envejecimiento sobre la propia salud tanto natural como patológica y su repercusión en el entorno, por ej. memoria .

A cada pregunta se le asigna una puntuación y el sujeto indica la que mejor se aplica a su caso. La suma de estas puntuaciones proporciona una idea global de cada aspecto analizado para cada dominio. No hay contestaciones “acertadas” o “desacertadas” y la información proporcionada era estrictamente confidencial.

CUESTIONARIO ANÓNIMO

Estimada compañera:

Para poder mejorar tu trabajo diario te agradecería cumplimentaras este cuestionario

Datos sociodemográficas:

Los aspectos sociodemográficos fueron recogidos mediante: Edad (obtenida a partir del año de nacimiento), categoría profesional (enfermera, auxiliar de enfermería) género (varón, mujer) y estado civil (soltero, casado, viudo) con alternativas de respuesta utilizando la escala básica tipo nominal SÍ (), NO ().

- Enfermera Auxiliar de enfermería
- Año de nacimiento. Sexo V M Estado civil:

- Experiencia en el puesto de trabajo vs. años trabajados:

La experiencia en el puesto vs. años trabajados, se obtuvo estratificando el ámbito de estudio en una serie de intervalos que el participante debía seleccionar subrayando o redondeando una única opción.

1-¿Cuánto tiempo lleva trabajando en CONSULTAS EXTERNAS?

- 5-10 años
- 11-20 años
- 21 años y más

- Actividades inherentes al puesto de trabajo:

Cada actividad se vinculaba al grado de dificultad en su desempeño. Los datos se obtuvieron mediante comparativa de clasificación con 6 alternativas donde 1= Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = A veces; 4 = Frecuentemente; 5 = Casi siempre y 6 = Siempre.

El participante podía seleccionar varias, todas o ninguna actividad marcando el grado de dificultad con una X en la casilla correspondiente, con posibilidad de añadir de forma manuscrita y en el apartado **OTRAS** las que inicialmente no se habían contemplado.

2-Sabiendo que en una escala de 1 a 6, el 1 siempre indica el grado más bajo y el 6 el grado más alto, señale el grado de dificultad que ofrece cada una de las actividades que realiza en su puesto de trabajo.

1 Nunca **2** Casi nunca **3** A veces **4** Frecuentemente **5** Casi siempre **6** Siempre

DENOMINACION DE LA ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6
Grapar volantes						
Sellar volantes						
Clasificar /archivar pruebas en carpetas						
Revisar las Historias clínicas						

Pulsar las teclas del ordenador						
Cumplimentar peticiones analíticas y pruebas complementarias						
Coger el teléfono						
Pesar al paciente en báscula manual						
Tallar al paciente						
Cargar peso						
Mantener peso con los brazos						
Colocar historias clínicas en el altillo de una estantería						
Bajar historias clínicas del altillo de una estantería						
Subir el paciente de la camilla						
Acomodar al paciente en la camilla						
Bajar al paciente de la camilla						
Ayudar al paciente a desnudarse						
Ayudar al paciente a vestirse						
Colocar almacén de la consulta						
Localizar las historias clínicas de los pacientes						
Registrar las actividades realizadas en el día.						
Manejo de instrumental pesado						
Manejo de instrumental muy preciso						

Rotar dispositivos giratorios						
Controlar la caducidad medicamentos						
Visualizar la pantalla del ordenador						
Pasar los enfermos a la Consulta						
Realizar extracciones sanguíneas						
Colocación escayolas						
Extracción escayolas						
Toma manual de tensión arterial						
Canalización vía venosa						
Colaborar en la realización de técnicas						
OTRAS						

Tabla 1. Actividades inherentes al puesto de trabajo (Encuesta)

- Estrés laboral:

Ordenadas al único atributo “estrés”, el sujeto de estudio podía seleccionar varias, todas o ninguna opción con una X en la correspondiente casilla, con posibilidad de añadir de forma manuscrita y en el apartado **OTRAS** las que inicialmente no se habían contemplado.

3-Si considera que el estrés dificulta el trabajo diario, póngale nombre

Fuentes de estrés
Por impotencia en la citación de pacientes a bastante demora
Por anular la cita por causa médica.
Por el gran ritmo de trabajo en la misma franja horaria
Por falta de personal
Por realizar tareas que no son propias de la profesión
Por no poder resolver los problemas de la institución
Por no poder resolver los problemas del paciente
Por la indefensión frente la agresividad del público
Por las malas relaciones entre los compañeros
Por la falta de información
Porque mi opinión no se tiene en cuenta.
Por la falta de reconocimiento profesional en el equipo
OTRAS

Tabla 2. Fuentes de estrés (Encuesta)

- Alteraciones presentadas en los últimos 5 años:

Este epígrafe está documentado consultando los tiempos estándar de incapacidad laboral¹⁴¹ establecidos para las patologías que se han seleccionado. Cada una, identificada como alteración tenía dos opciones, con alternativas de respuesta utilizando la escala básica tipo nominal Sí (), NO () que el sujeto de estudio debía

marcar con una X en la correspondiente casilla, con posibilidad de añadir de forma manuscrita en el apartado estrés **Especificar** y **Otros**** **Especificar** las que inicialmente no se habían contemplado.

4-¿Qué alteración o alteraciones ha presentado en los últimos 5 años?

Alteración	SI	NO
Pérdida audición		
Pérdida visión		
Sofocos		
Mayor nerviosismo		
Más tranquilidad		
Problemas de sueño		
Hipertensión		
Hipotensión		
Jaquecas		
Obesidad		
Fibromialgia		
Pérdida memoria		

Estrés Especificar		
Otros**Especificar		

Tabla 3. Alteraciones presentadas en los últimos cinco años (Encuesta)

- Alteraciones que han obligado a estar de baja temporal:

Cada alteración estratificaba el absentismo en tres periodos: 1= Varios días; 2 = Entre 1-3 meses; 3 = Más de 3 meses. El sujeto de estudio, podía seleccionar, todas o ninguna opción marcando con una X en la casilla correspondiente con posibilidad de añadir de forma manuscrita y en el apartado **Otros Especificar** las que inicialmente no se habían contemplado.

5-De las siguientes, ¿qué alteración o alteraciones han obligado a estar de baja y cuánto tiempo?

1-Varios días 2-Entre 1-3 meses 3-Más de 3 meses.

Alteración	1	2	3
Intervenciones quirúrgicas			
Embarazo			
Maternidad			
Fibromialgia			
Jaquecas			
Alergias			
Estrés			
Problemas de sueño			
Hipertensión			
Hipotensión			
Apnea de sueño			
Ciática:			
Esquinca			
Rotura ligamentos			
Procesos reumáticos en articulaciones			
Accidentes laborales por sobreesfuerzo AS			

Accidentes laborales por caídas			
Accidentes laborales por alergia a productos sanitarios			
Otros ESPECIFICAR			

Tabla 4. Alteraciones que han obligado a causar baja laboral (Encuesta)

- Actividades realizadas en el puesto de trabajo como causa de baja por enfermedad:

La potencial relación de causalidad entre absentismo y puesto de trabajo, se estableció mediante la escala comparativa de clasificación con 6 alternativas donde 1 = Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = A veces; 4 = Frecuentemente; 5 = Casi siempre y 6 = Siempre. El participante debía subrayar o redondear una sola opción.

6- Opine sobre qué actividades realizadas en el puesto de trabajo son causa de baja por enfermedad

1- Nunca 2 - Casi nunca 3 - A veces 4 -Frecuentemente 5- Casi siempre 6 - Siempre

- Percepción del estado de salud actual referido al puesto de trabajo desempeñado:

La posible relación entre el estado de salud del profesional y el puesto de trabajo, se obtuvo aplicando la escala comparativa de clasificación de 5 alternativas en la que el 1 indicaba el grado menos satisfactorio y el 5 el grado más satisfactorio (1= Muy insatisfactorio; 2= Bastante insatisfactorio; 3= Aceptable; 4= Bastante satisfactorio; 5= Muy satisfactorio). El sujeto de estudio solo podía subrayar o redondear una única opción.

7-¿Cómo valora actualmente su estado de salud con respecto al puesto de trabajo que desempeña?

1= Muy insatisfactorio 2= Bastante insatisfactorio 3= Aceptable 4= Bastante satisfactorio 5= Muy satisfactorio

- Edad actual y cambio de puesto de trabajo desempeñado:

La relación edad y cambio de puesto se estableció con opción de respuesta en escala básica nominal SÍ (), NO () cuya única opción debía ser subrayada o redondeada y con posibilidad de reflejar de forma manuscrita en el apartado **Por qué** el motivo de su respuesta.

8-¿Cree que con la edad actual, se debe solicitar un cambio en el puesto de trabajo?

SI () NO ()

Por qué: _____

4.9. Seguimiento y recogida de datos

Desde el comienzo, el estudio de investigación tuvo un itinerario y unos plazos a cumplir.

A continuación se presentan las actividades llevadas a cabo y se muestra el resumen de las mismas en cronograma de implantación (Grafico 8).

Febrero- Marzo 2009 Primer taller Comité de Expertos

- Explicación de los objetivos del trabajo de investigación
- Rol de cada miembro del taller.
- Aportación del primer borrador de la encuesta.
- Periodicidad de los talleres.
- Cuestiones que se debían tratar para el próximo taller
- Calendario de la próxima reunión.

Mayo-Junio 2009 Segundo taller Comité de Expertos

- Añadir y/o eliminar aspectos de la encuesta.
- Sintetizar aspectos homogéneos de la encuesta en apartados.
- Acuerdos a los que se llegaron.
- Cuestiones que se debían tratar para el próximo taller.
- Calendario de la próxima reunión.

Octubre-Noviembre 2009 Tercer taller de Comité de Expertos

- Presentación de las primeras rectificaciones.
- Reorientación de aspectos ambiguos al consenso.
- Cuestiones que se debían tratar para el próximo taller.
- Calendario de la próxima reunión.

Febrero- Marzo 2010 Cuarto taller de Comité de Expertos

- Presentación del modelo definitivo de encuesta .
- Agradecimiento a los participantes del taller de expertos.

Mayo- Junio 2010 Reunión de la investigadora con la Supervisora de Área de los Centros de Especialidades del área (CEP's).

- Explicación de los objetivos del trabajo de investigación.
- Distribución de las encuestas a los supervisores de unidad de los Centros de Especialidades del área (CEP's) que participarían en el estudio.
- Entrega de las encuestas e instrucciones a seguir.
- Monitorización de dudas.
- Agradecimiento a los participantes.

Octubre-Noviembre 2010 Recogida encuestas.

- Recogida de las encuestas por parte de los supervisores de unidad de los Centros de Especialidades del área (CEP's) que participaron en el estudio.
- Puesta al día del trabajo de campo realizado.

Febrero-Marzo 2011 Análisis de datos.

- Tabulación y Análisis de datos.

Mayo-Junio 2012 Periodo de adaptación al Centro de Actividades Ambulatorias (CAA)

- Aprendizaje y puesta en marcha del soporte clínico en infraestructura informática.

- Tutela del rol enfermero en el contexto del Centro de Actividades Ambulatorias (CAA).
- Preparación de la segunda fase del trabajo de investigación en el Centro de Actividades Ambulatorias (CAA).

Octubre –Noviembre 2013 Trabajo de Campo en el Centro Actividades Ambulatorias

(CAA)

- El investigador entrega las encuestas a las enfermeras asignadas al Centro de Actividades Ambulatorias (CAA).
- Explicación de las instrucciones a seguir.
- Monitorización de dudas.
- Recogida de encuestas.

Febrero-Marzo 2014 Análisis de datos

- Tabulación y Análisis de datos.

CRONOGRAMA DE IMPLANTACION	Febr	Mayo	Octb	Febr	May	Octb	Febrero	Mayo	Octb	Feb
	Marz	Junio	Nov	Marzo	Junio	Nov	Marzo	Junio	Nov	Marz
	2009	2009	2009	2010	2010	2010	2011	2012	2013	2014
1 Taller Comité Expertos										
2º Taller Comité Expertos										
3º Taller Comité Expertos										
4º Taller Comité de Expertos										
Reunión responsables CPES										
Entrega encuesta e instrucciones										
Monitorización de dudas										
Recogida de encuestas										
Análisis de datos										
Periodo de adaptación al CAA										
Preparación segunda fase del trabajo de investigación										

Imagen 18. Cronograma del estudio de investigación. Fuente: Elaboración propia

4.10. Análisis de datos

Se realiza un estudio descriptivo de todos los datos de la encuesta, y una valoración inferencial de los datos con el fin de contrastar la hipótesis de estudio. Dadas las características del estudio, con datos apareados, se aplica la prueba de McNemar.

Se ha utilizado el SPSS 15.0.

4.11. Consideraciones éticas

El proyecto de este estudio de investigación ha sido desarrollado con el máximo respeto a los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio

del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, en la Declaración Universal de la UNESCO sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, así como cumplir los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación médica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, de acuerdo con la Ley 14/2007, de julio, de Investigación Biomédica y los demás requisitos establecidos en la legislación española al respecto¹⁴².

5. RESULTADOS

5.1. Estadística descriptiva

5.1.1. Muestra:

5.1.1.1. Primera observación

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Auxiliares	51	0.38
Enfermeras	84	0.62

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Mujeres	112	0.83
Hombres	23	0.17

	Menos de 5 años	5-10 años	11-20 años	21 o más
Tiempo en el puesto	2	31	19	62

	Edad
Media	57,4
Mediana	59

Desviación estándar	7,1
---------------------	-----

Se parte de una muestra de 135 individuos, la mayoría enfermeras, un 62%. Como era esperable, las mujeres son una amplia mayoría en la muestra. Se trata de una muestra con una experiencia dilatada en el puesto, la mayoría de los individuos han estado en el servicio más de 21 años. Con una media de edad de 57.4 años.

5.1.1.2. Segunda observación

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Auxiliares	33	0.36
Enfermeras	58	0.64

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Mujeres	82	0.9
Hombres	9	0.1

	Menos de 5 años	5-10 años	11-20 años	21 o más
Tiempo en el puesto	1	13	8	62

	Edad
Media	57,425

Mediana	59
Desviación estándar	5,663060406

En la segunda observación tenemos una muestra de 91 individuos, con un abandono del 32.6%. Las características de profesión, sexo y edad son homologables a las de la muestra de la primera observación.

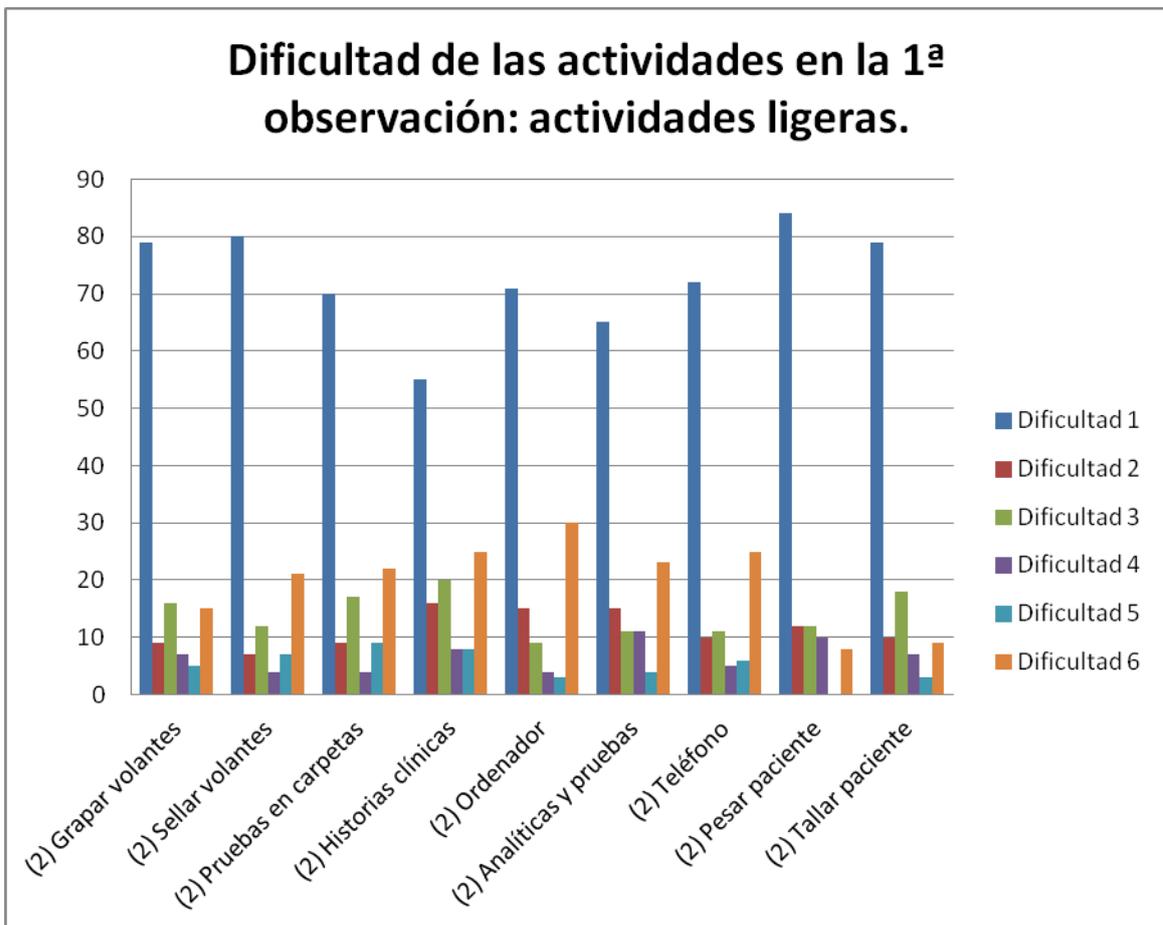


Gráfico 7. Dificultad de las actividades ligeras en la 1ª observación

Se ve, en valores absolutos, como la percepción de las profesionales, tanto en la primera observación como en la segunda, en general, es que las actividades realizadas en su puesto de trabajo no conllevan un alto grado de dificultad. Para la mayoría de las

actividades por las que han sido preguntados tienen el mayor número de respuestas en el nivel 1 de dificultad. Si bien, se puede observar en aquellas actividades que conllevan más carga física (cargar peso, mantener peso con los brazos, colocar historias, bajar historias, subir paciente, bajar paciente, acomodar paciente) como la valoración que hacen es la inversa, aquí el grado de dificultad que se aprecia es el mayor (dificultad 6) o el grado 3 de dificultad.

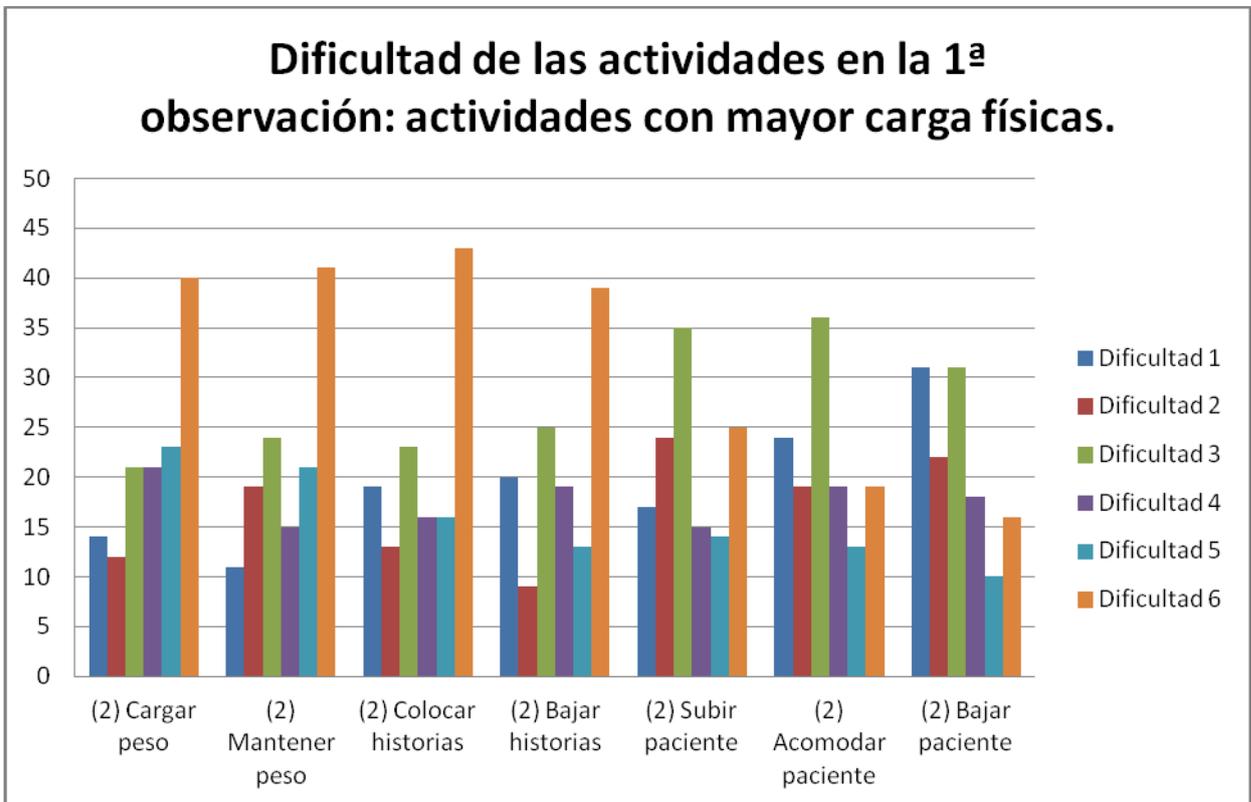


Gráfico 8. Dificultad de las actividades con mayor carga física en la 1ª observación

Se puede ver también que esta percepción negativa ha variado entre la primera y segunda observación, en el contexto actual de trabajo la percepción es de menor dificultad en estas actividades con carga física, sobre todo en lo que respecta al manejo de las historias, donde se ha pasado a considerar que tienen una dificultad 1.

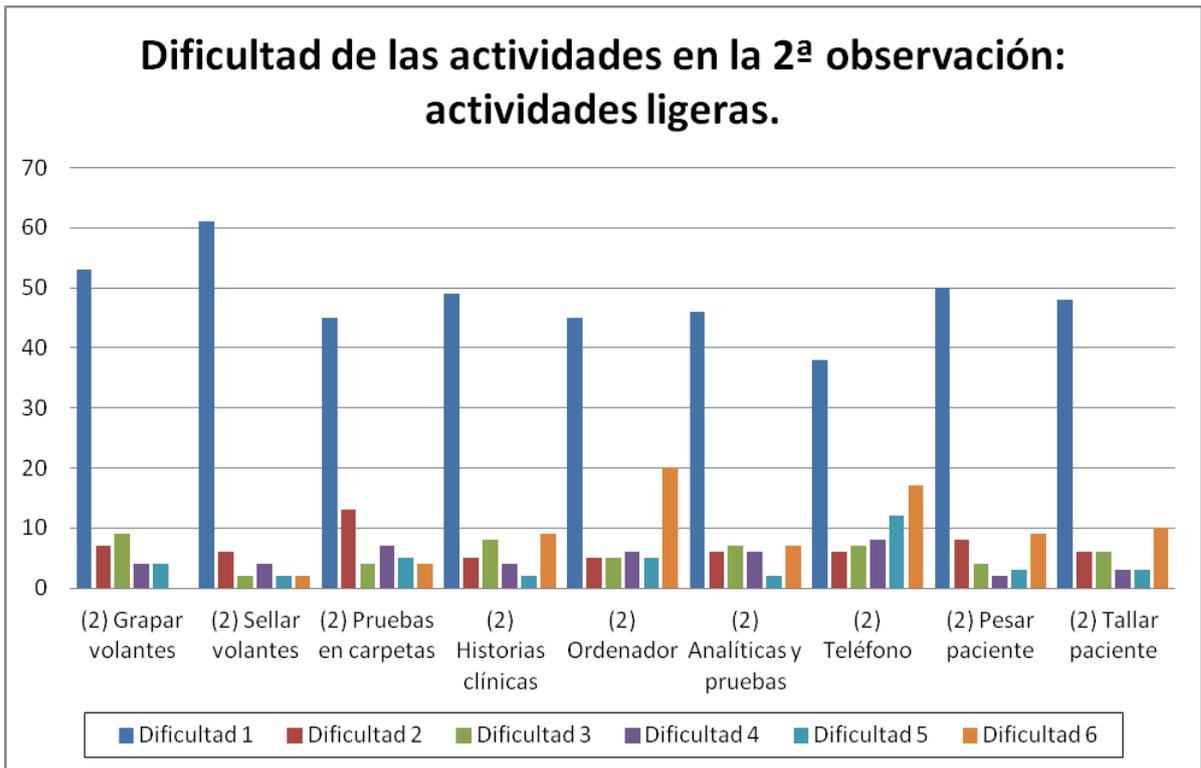


Gráfico 9. Dificultad de las actividades ligeras en la 2ª observación

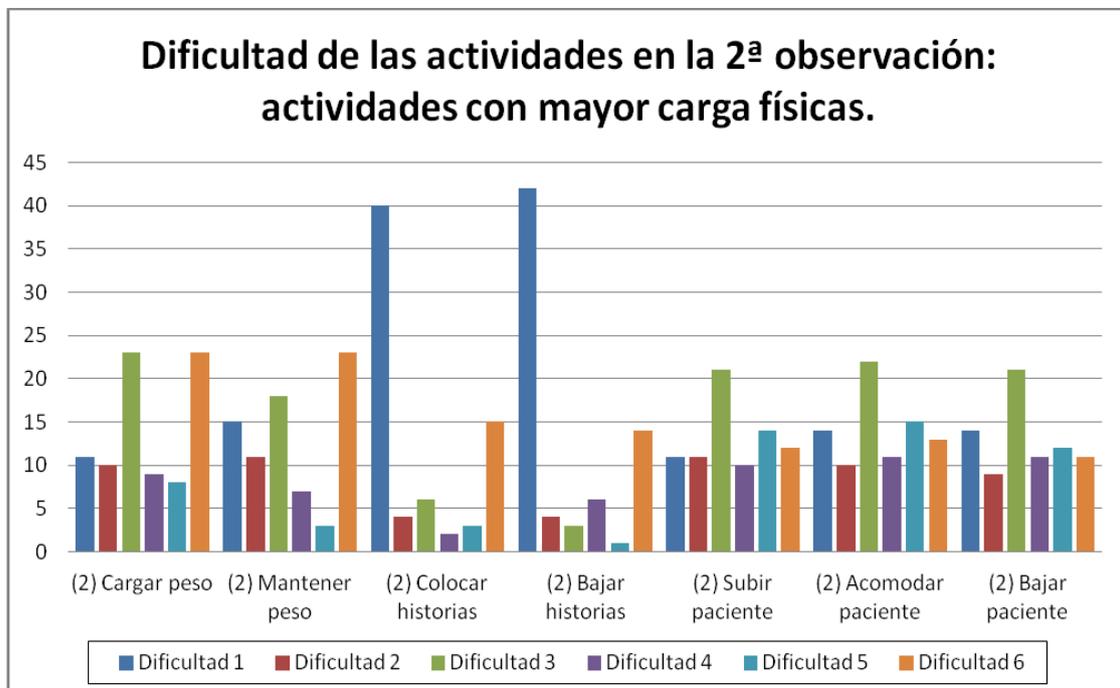


Gráfico 10. Dificultad de las actividades con mayor carga física en la 2ª observación

5.1.2. Grado de dificultad de las actividades realizadas en el puesto de trabajo, según profesión.

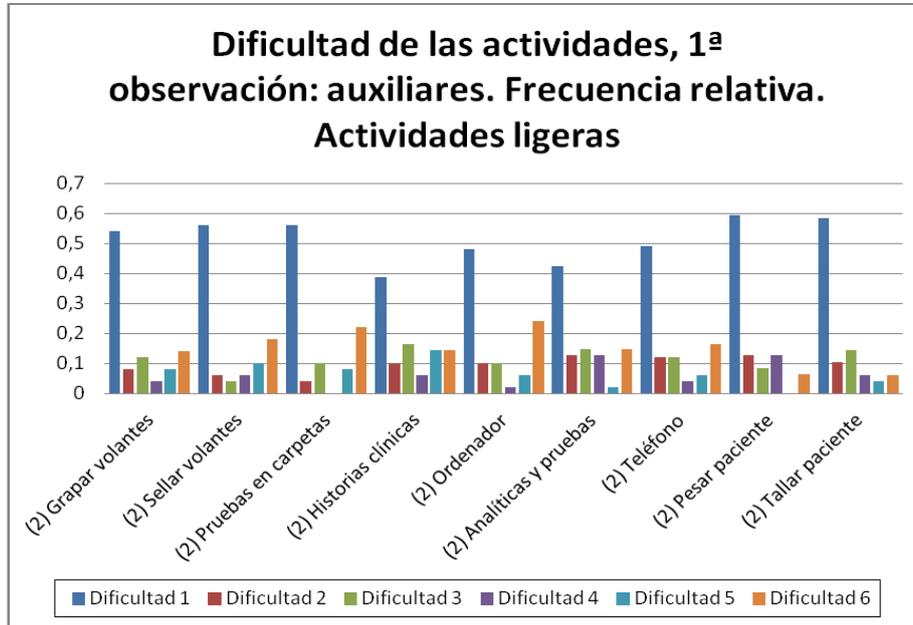


Gráfico 11. Grado de dificultad de las actividades ligeras realizadas por auxiliares (1ª observación)

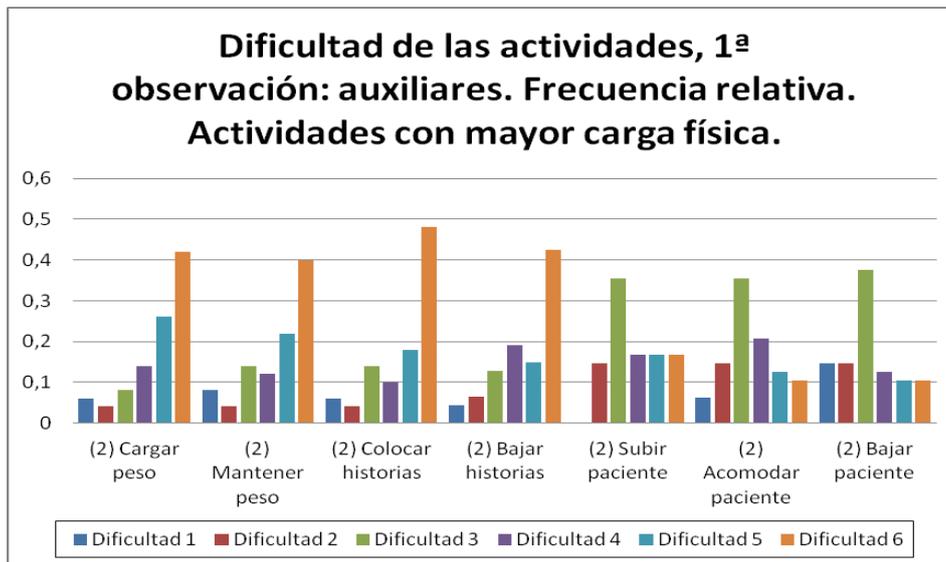


Gráfico 12. Grado de dificultad de las actividades con mayor carga física, por auxiliares (1ª bservación)

Dado que la diferencia fundamental entre las profesionales de enfermería y las auxiliares radica en las actividades que realizan cada uno de los grupos, se comparan las percepciones que tienen cada uno de la dificultad. En términos relativos, como se ha visto antes en valores absolutos, la percepción de la mayoría de las actividades es de baja dificultad en los dos grupos profesionales. Y también se observa la mayor percepción de dificultad en las actividades con carga física y una tendencia a valorar a la baja esta dificultad en el nuevo contexto.

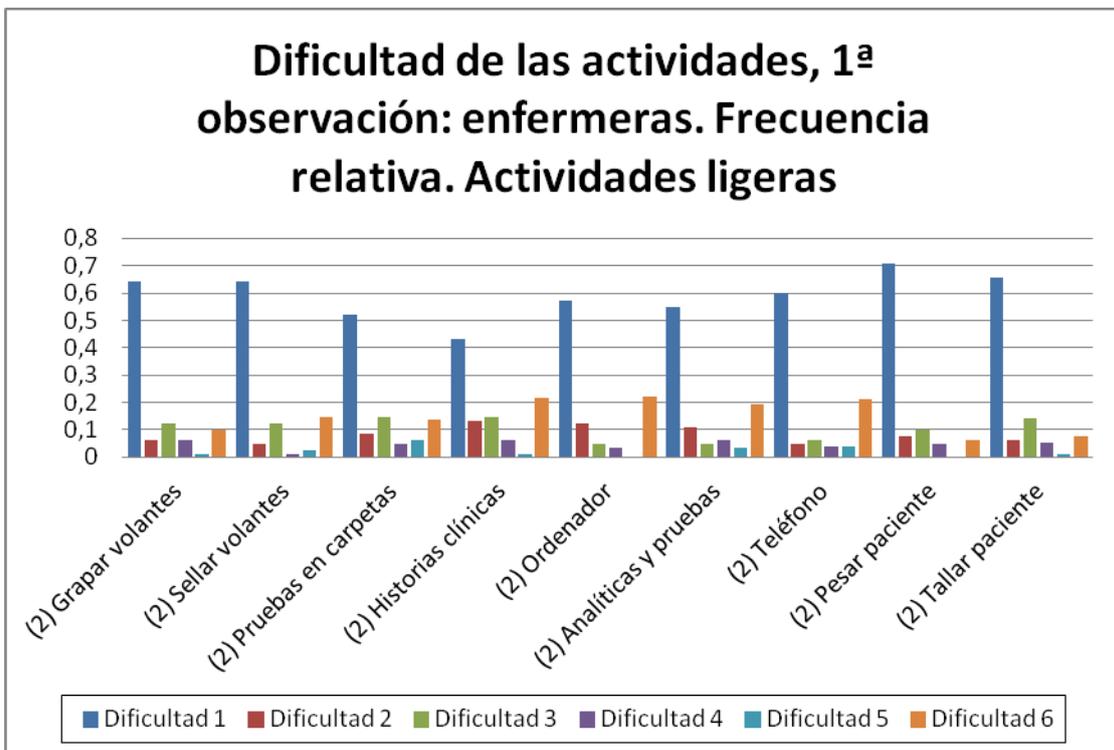


Gráfico 13. Grado de dificultad de las actividades ligeras realizadas por Enfermeras (1ª observación)

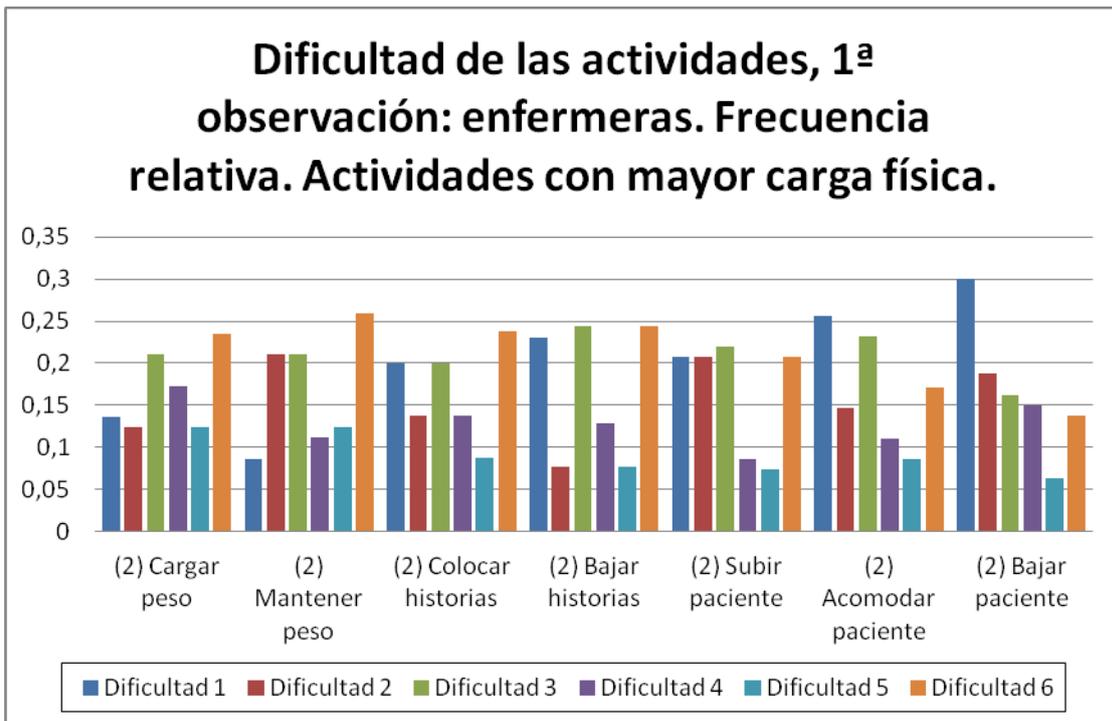


Gráfico 14. Grado de dificultad de las actividades con mayor carga física, por Enfermeras . (1ª Observación)

En lo que respecta a las diferencias por profesiones se ve como, sobre todo en la primera observación, las percepciones de dificultad de las actividades físicas en las auxiliares es mayor, entre el 0.4 y el 0.5 de las encuestadas, que consideran la carga de nivel 6 o 3, mientras que, entre las enfermeras, esta valoración la dan el 02, 0.3. Esta diferencia se estrecha en la segunda observación, las nuevas circunstancias igualan la percepción de dificultad entre los dos grupos profesionales en el caso de estas actividades más físicas.

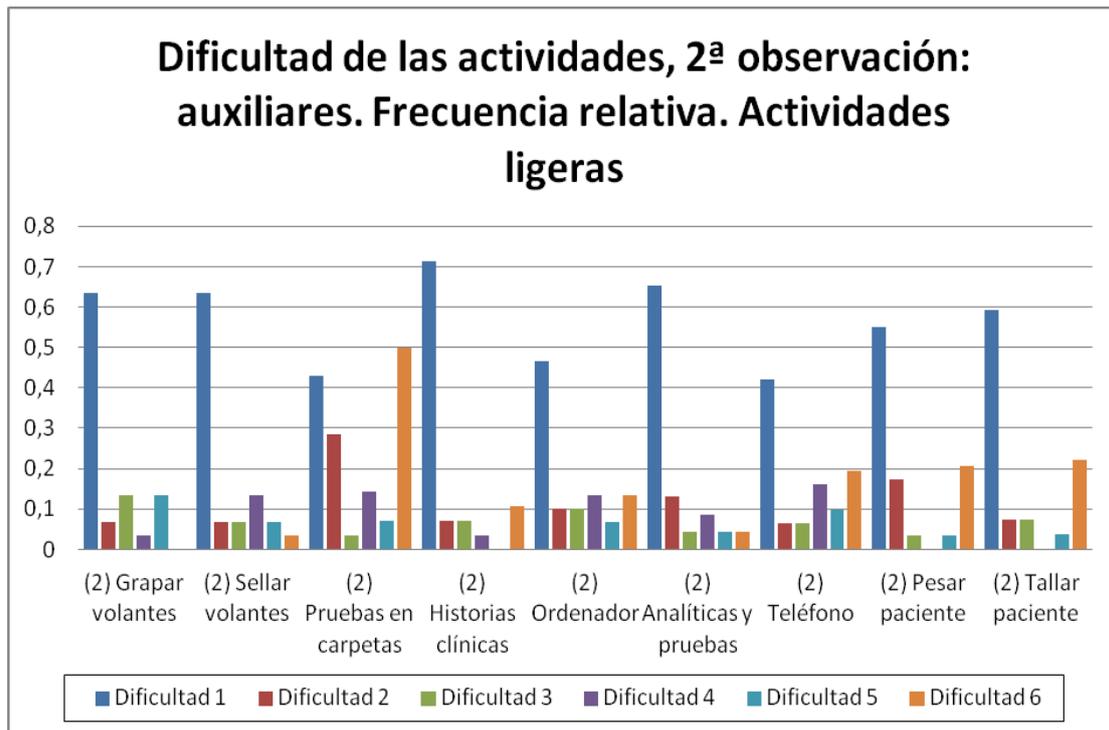


Gráfico 15. Grado de dificultad de las actividades ligeras realizadas por auxiliares (2ª observación)

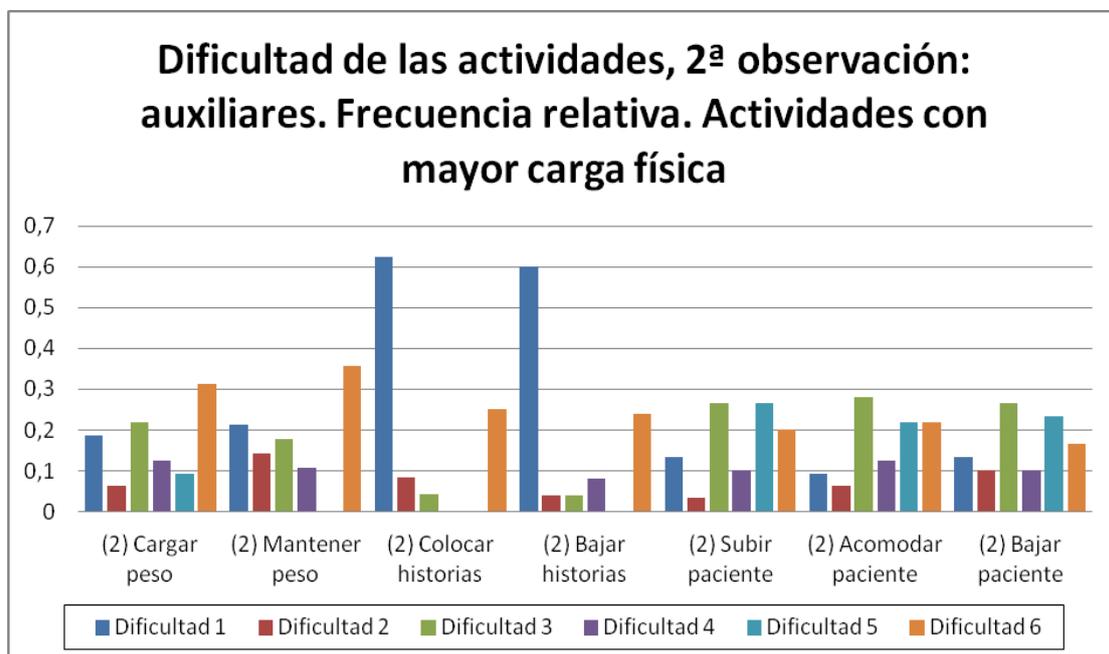


Gráfico 16. Grado de dificultad de las actividades con mayor carga física, por auxiliares (2ª observación)

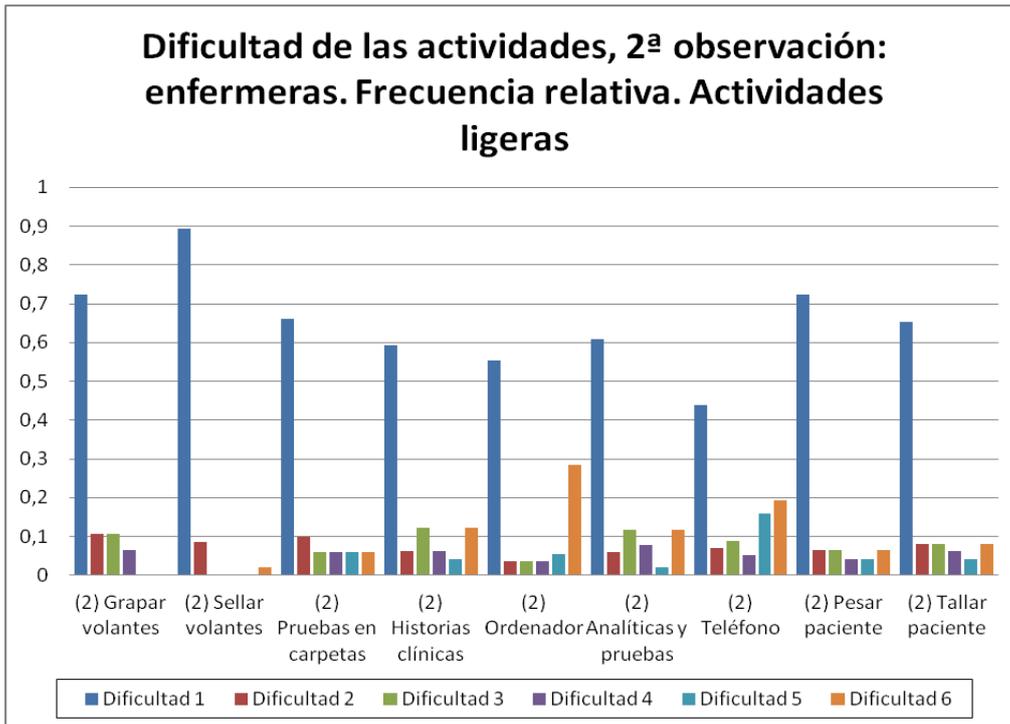


Gráfico 17. Grado de dificultad de las actividades ligeras realizadas por Enfermeras (2ª observación)

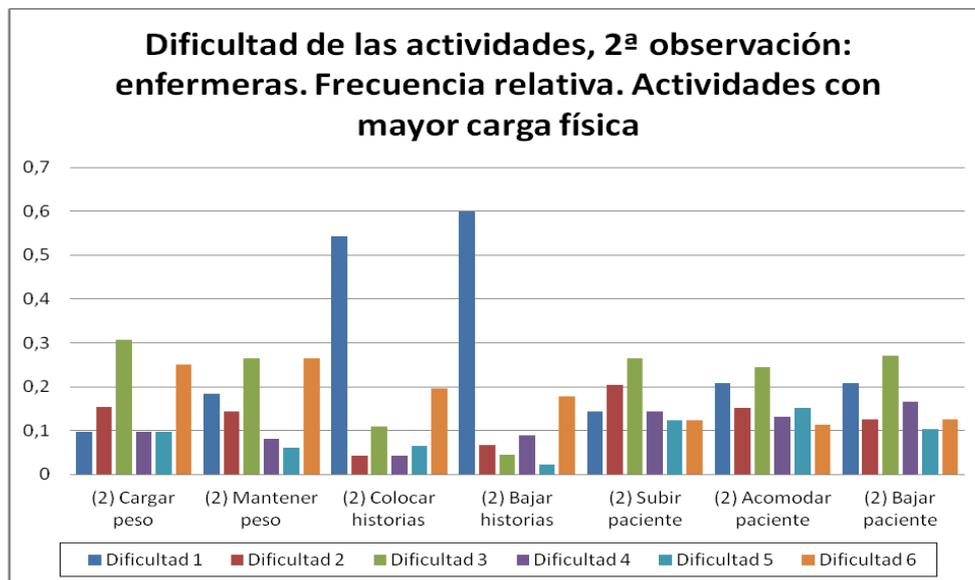


Gráfico 18. Grado de dificultad de las actividades con mayor carga física, por Enfermeras. (2ª observación)

5.1.3. Alteraciones presentadas en los últimos 5 años

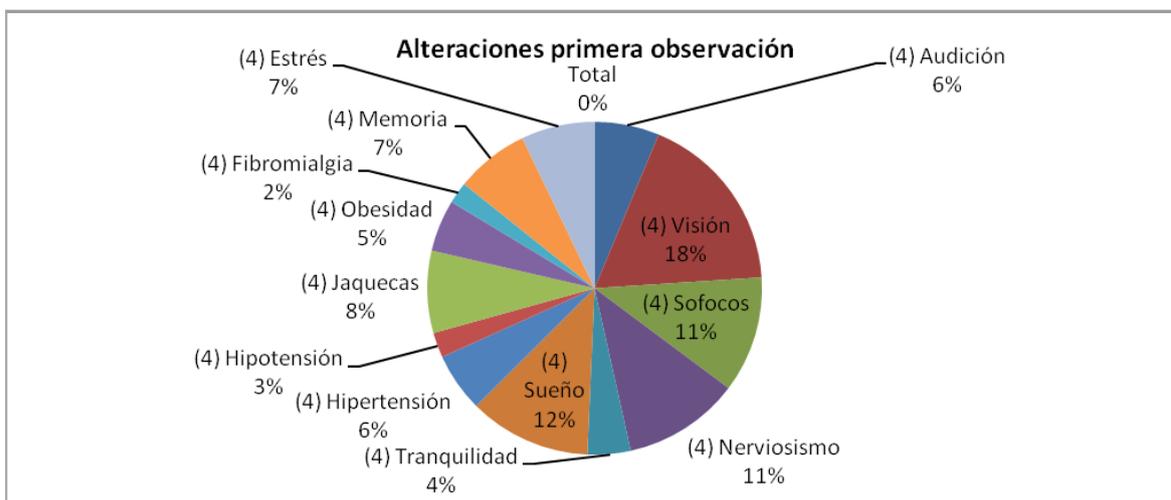


Gráfico 19. Alteraciones presentadas en los últimos 5 años (1ª observación).

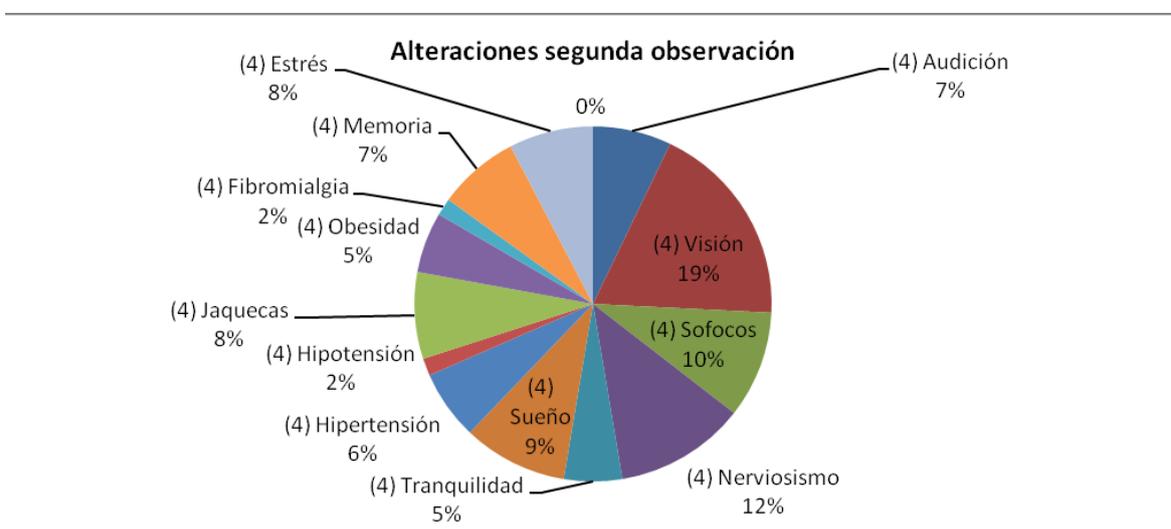


Gráfico 20. Alteraciones presentadas en los últimos 5 años (2ª observación)

Los problemas presentados más frecuentemente son los problemas de visión, sofocos, problemas de sueño y nerviosismo. Son escasas las diferencias entre las dos observaciones. Siendo los problemas de visión los que más frecuentemente se presentan. Dado el tiempo que ha pasado desde el cambio probablemente sea difícil observar cambios en las alteraciones presentadas por el personal del servicio.

5.1.4. Tiempo de baja según la alteración

Tiempo baja según alteración 1ª observación				
	Varios días	1-3 meses	Más de 3 meses	Total
(5) Intervención	17	25	8	50
(5) Embarazo	5	8	10	23
(5) Maternidad	2	13	16	31
(5) Fibromialgia	5	2	2	9
(5) Jaquecas	7	0	0	7
(5) Alergias	6	1	0	7
(5) Estrés	6	3	5	14
(5) Sueño	3	1	3	7
(5) Hipertensión	2	3	1	6
(5) Hipotensión	2	0	0	2
(5) Apnea	2	1	1	4
(5) Ciática	19	3	4	26
(5) Esguince	8	3	1	12
(5) Ligamentos	4	6	1	11
(5) Reuma	12	5	2	19
(5) Accidente sobre esfuerzo	8	4	4	16

(5) Accidente caída	3	6	4	13
(5) Accidente alergia	2	1	0	3

Tabla 5. Tiempo de baja según alteración (1ª observación)

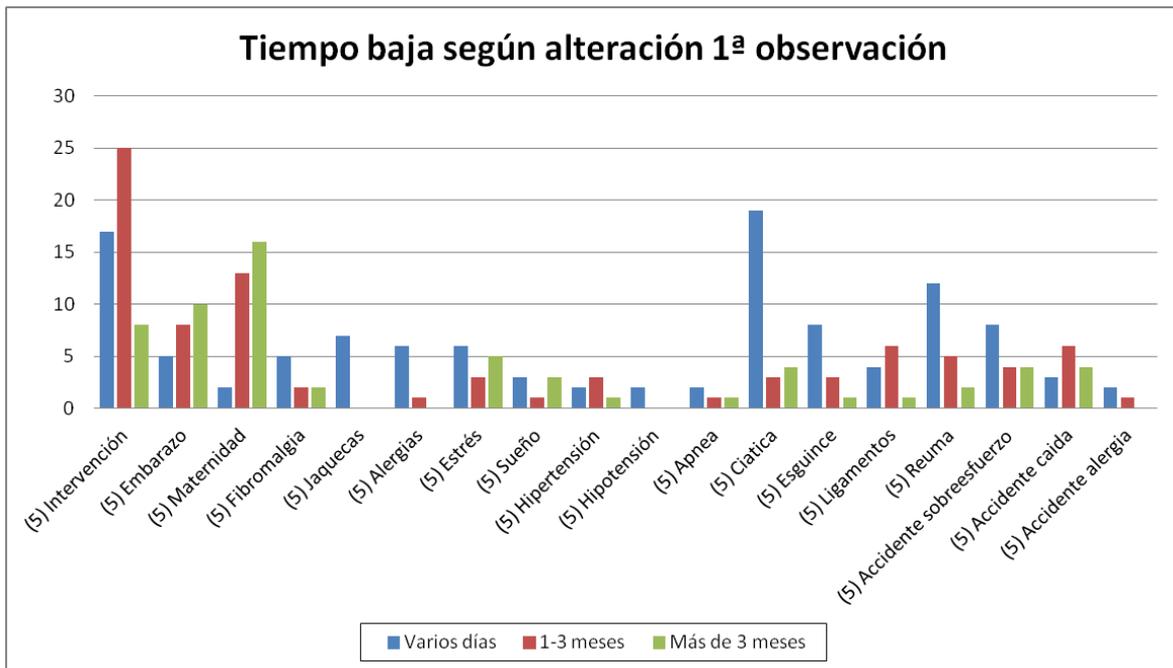


Gráfico 21. Tiempo de baja según alteración (1ª observación)

El mayor número de bajas, según los sujetos consultados, ha sido dado por intervenciones quirúrgicas tanto en la primera observación (50 personas) como en la segunda (31 personas), seguidas de las causadas por cuestiones ligadas a la

maternidad y al embarazo, algo que se asocia claramente con el mayor número de mujeres en estos puestos.

En cuanto a la duración de las bajas en la segunda observación, las de mayor duración fueron causadas por intervenciones quirúrgicas (más de tres meses estuvieron 14 enfermeras de baja por esta causa), si bien, en la primera observación la mayor duración recayó en un mayor número de casos en bajas por maternidad (16) y embarazo (10).

Existe un amplio número de encuestadas que no han indicado bajas ni su duración, ya sea porque no han contestado o porque no han sufrido esta situación, se desconoce el origen de esta subnotificación con lo que los datos son poco valorables.

Tiempo baja según alteración 2ª observación				
	Varios días	1-3 meses	Más de 3 meses	Total
(5) Intervención	9	8	14	31
(5) Embarazo	4	8	2	14
(5) Maternidad	2	6	6	14
(5) Fibromialgia	3	0	1	4
(5) Jaquecas	5	0	0	5
(5) Alergias	2	1	0	3
(5) Estrés	3	4	3	10
(5) Sueño	3	0	1	4
(5) Hipertensión	4	0	0	4
(5) Hipotensión	3	0	0	3
(5) Apnea	3	0	0	3

(5) Ciática	3	3	1	7
(5) Esguince	7	2	0	9
(5) Ligamentos	3	0	1	4
(5) Reuma	2	3	1	6
(5) Accidente sobre esfuerzo	5	2	1	8
(5) Accidente caída	9	2	1	12
(5) Accidente alergia	1	0	0	1

Tabla 6. Tiempo de baja según alteración (2ª observación)

5.1.5. Bajas causadas por actividad laboral

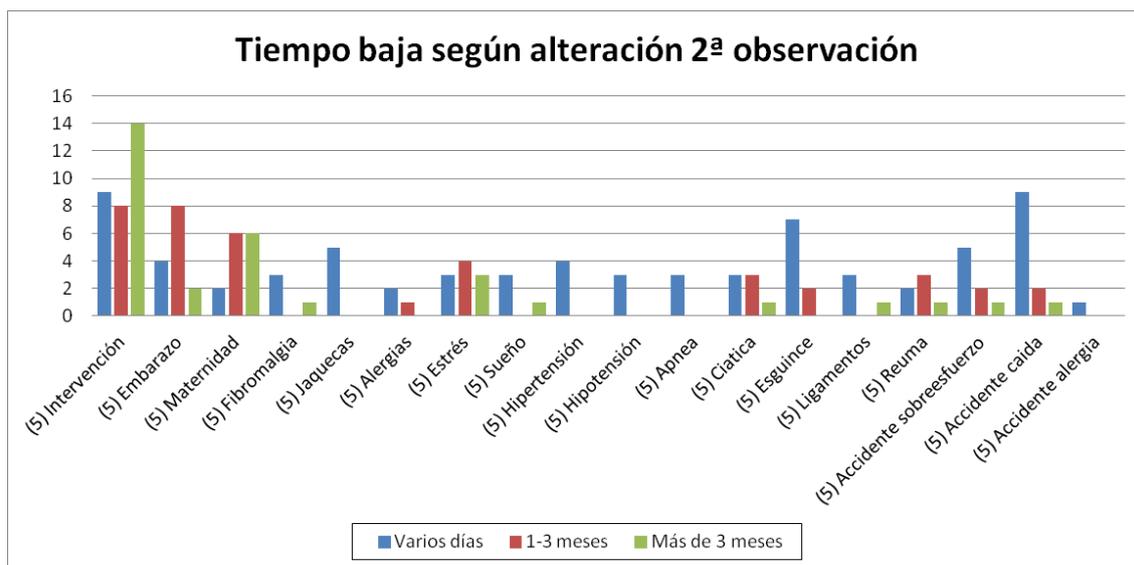


Gráfico 22. Tiempo de baja según alteración (2ª observación)

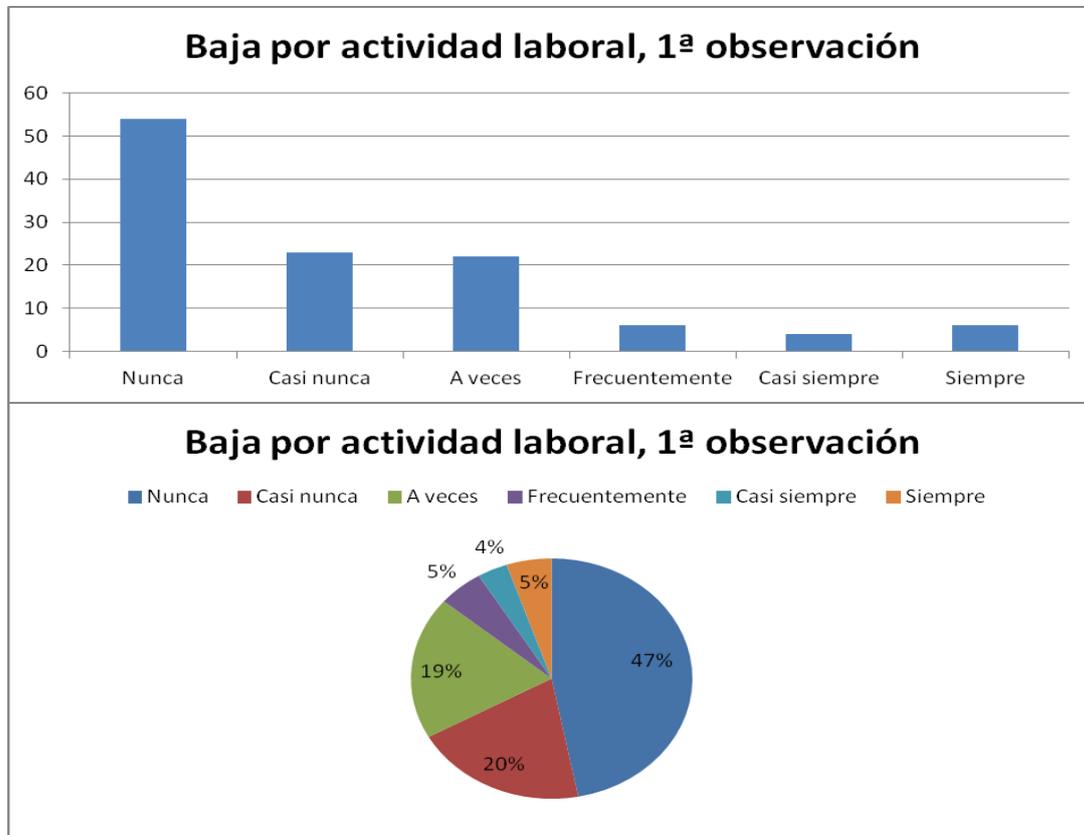


Gráfico 23. Baja por actividad laboral I (1ª observación)

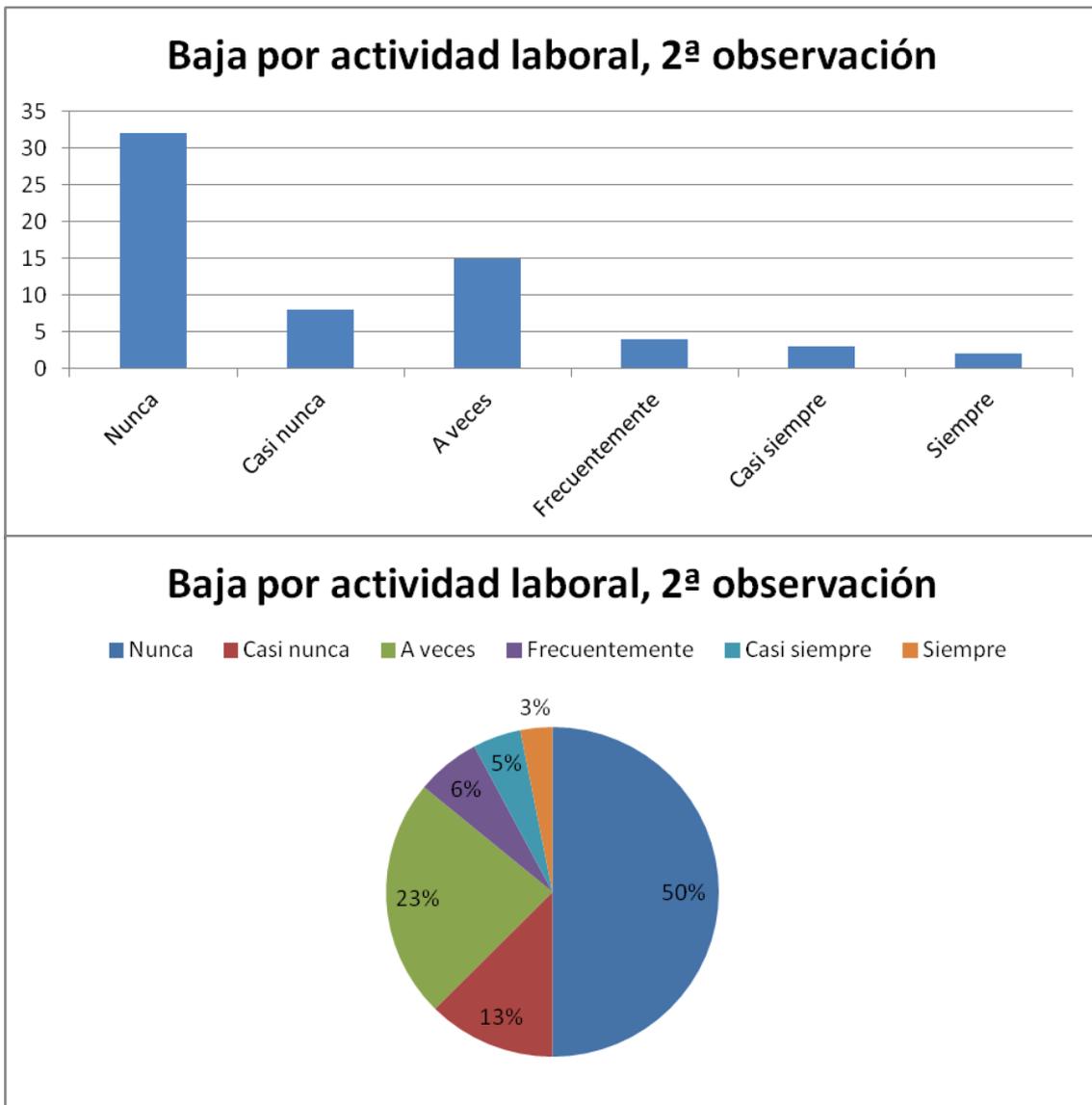


Gráfico 24. Baja por actividad laboral I (2ª observación)

Las personas encuestadas consideran, en más de la mitad de las ocasiones, que las bajas laborales de las que han sido objeto no se han producido por causa de su actividad laboral nunca o casi nunca. Estas proporciones se mantienen en ambas observaciones. Suponen un 5% o menos las personas que consideran que sus bajas son siempre causadas por su actividad laboral.

5.1.6. Valoración del estado de salud en relación al puesto de trabajo

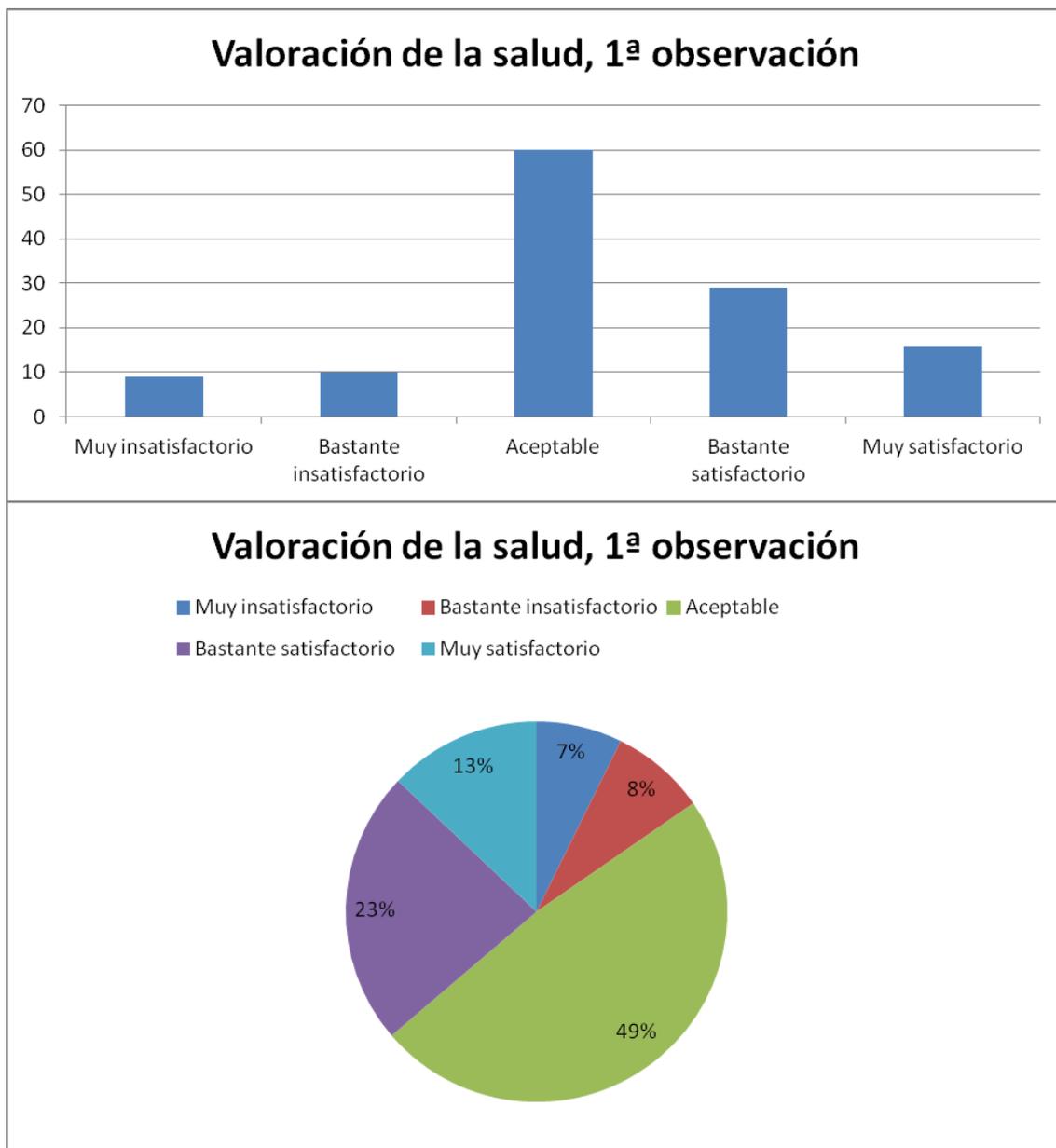


Gráfico 25. Valoración de salud (1ª observación)

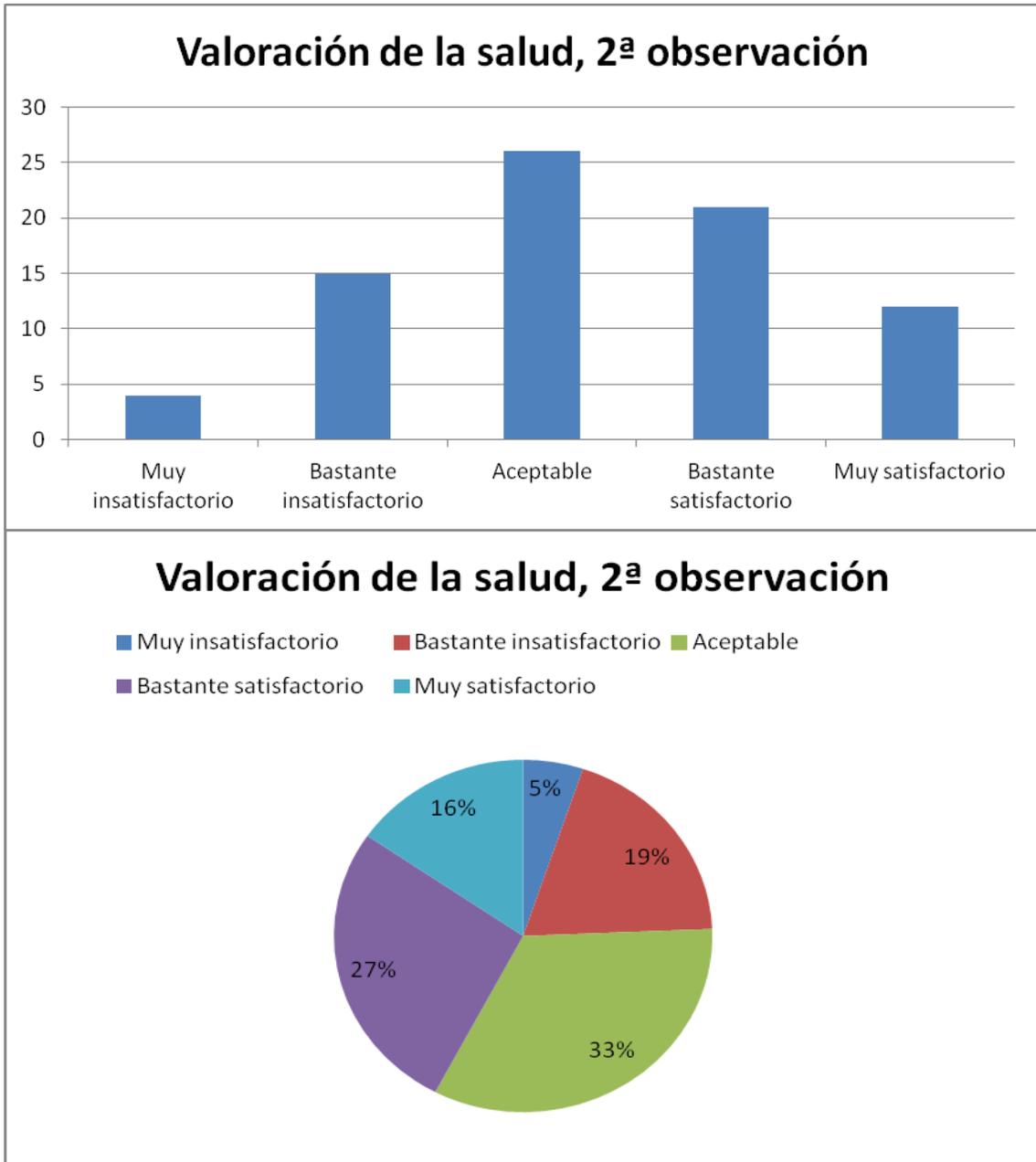


Gráfico 26. Valoración de salud (2ª observación)

El mayor porcentaje de respuestas corresponden con una valoración aceptable (49% y 33% en la primera y segunda observación respectivamente) del estado de salud en relación al trabajo.

A partir de esa valoración intermedia, con una ligera diferencia los porcentajes de sujetos que valoran como bastante satisfactoria o muy satisfactoria son mayores que las valoraciones de insatisfacción. 36% y 43% de valoraciones satisfactorias en las dos observaciones frente a los 15% y 24% de respuestas de insatisfacción. En general, las respuestas de valoración de la salud se encuentran en valores positivos.

5.2. Resultados: estadística inferencial.

Contrastando los datos apareados entre la primera y segunda observación se buscan diferencias en las respuestas a los ítems de la pregunta 3 y de la pregunta 8. Esto con el fin de buscar cambios en la percepción de estrés relacionada con la nueva situación y percepción de necesidad de cambio de puesto de trabajo.

Los ítems de la pregunta tres en relación a los cuales se pregunta si producen estrés que dificulte el trabajo, son:

- Por impotencia en la citación de pacientes a bastante demora.
- Por anular la cita por causa médica.
- Por el gran ritmo de trabajo en la misma franja horaria.
- Por falta de personal.
- Por realizar tareas que no son propias de la profesión.

- Por no poder resolver los problemas de la institución.
- Por no poder resolver los problemas del paciente.
- Por la indefensión frente a la agresividad del público.
- Por las malas relaciones entre los compañeros.
- Por la falta de información.
- Porque mi opinión no se tiene en cuenta.
- Por la falta de reconocimiento profesional en el equipo.

Se encuentran diferencias significativas en: **Agresividad del público, falta de información y falta de reconocimiento**, siendo estos problemas menores en la segunda observación.

Agresividad del público

Prueba de McNemar

Tablas de contingencia

@3_Agresividad_del_público y @3_Agresividad_del_público1

	@3_Agresividad_del_público1	
@3_Agresividad_del_público	0	1
0	29	18

1	38	8
---	----	---

Estadísticos de contraste(b)

	@3_Agresividad_del_público y @3_Agresividad_del_público1
N	93
Chi-cuadrado(a)	6,446
Sig. asintót.	,011

a Corregido por continuidad

b Prueba de McNemar

Falta de información

Prueba de McNemar

Tablas de contingencia

@3_Falta_de_Información y @3_Falta_de_Información1

	@3_Falta_de_Información1	
@3_Falta_de_Información	0	1

0	41	10
1	29	13

Estadísticos de contraste(b)

	@3_Falta_de_Información y @3_Falta_de_Información1
N	93
Chi-cuadrado(a)	8,308
Sig. asintót.	,004

a Corregido por continuidad

b Prueba de McNemar

Falta de reconocimiento.

Prueba de McNemar

Tablas de contingencia

@3_Falta_de_reconocimiento y @3_Falta_de_reconocimiento1

	@3_Falta_de_reconocimiento1	
@3_Falta_de_reconocimiento	0	1
0	39	12
1	27	15

Estadísticos de contraste(b)

	@3_Falta_de_reconocimiento y @3_Falta_de_reconocimiento1
N	93
Chi-cuadrado(a)	5,026
Sig. asintót.	,025

a Corregido por continuidad

b Prueba de McNemar

En el caso de la necesidad de cambiar de trabajo por la edad y el puesto de trabajo (pregunta 8) existen diferencias significativas, pero siendo la respuesta afirmativa más frecuente en la segunda observación que en la primera, esto indica una mayor percepción de necesidad de cambio en las trabajadoras en la nueva situación.

Prueba de McNemar

Tablas de contingencia

@8_Edad y @8_Edad1

@8_Edad	@8_Edad1	
	0	1
0	74	14
1	3	0

Estadísticos de contraste(b)

	@8_Edad y @8_Edad1
N	91
Sig. exacta (bilateral)	,013(a)

a Se ha usado la distribución binomial.

b Prueba de McNemar

Si estratificamos por profesiones encontramos diferencias significativas entre las enfermeras, en el mismo sentido que en el global, en la segunda observación existe una proporción mayor de enfermeras que cambiarían de puesto de trabajo. No así las auxiliares entre las que no encontramos diferencias.

Prueba de McNemar

Tablas de contingencia

Edad_8_auxi_1º y Edad_8_aux2ª

Edad_8_auxi_1º	Edad_8_aux2ª	
	0	1
0	30	3
1	0	0

Estadísticos de contraste (b)

	Edad_8_auxi_1º y Edad_8_aux2ª
N	33
Sig. exacta (bilateral)	,250(a)

a Se ha usado la distribución binomial.

b Prueba de McNemar

Prueba de McNemar

Tablas de contingencia

@8_Edad_enferm_1ª y @8_Edad_enferm_2ª

@8_Edad_enferm_1ª	@8_Edad_enferm_2ª	
	0	1
0	47	8
1	0	3

Estadísticos de contraste(b)

	@8_Edad_enferm_1ª y @8_Edad_enferm_2ª
N	58
Sig. exacta (bilateral)	,008(a)

a Se ha usado la distribución binomial.

b Prueba de McNemar

6. DISCUSION

Los resultados del presente estudio de investigación, tienen el propósito de ofrecer datos útiles para conocer si el perfil profesional de la enfermera de Consultas Externas es adecuado a la población asignada al Hospital Universitario 12 de Octubre. Asimismo, aspiran a servir de base para identificar áreas claves de mejora, donde sea factible acometer actuaciones de impacto profesional que sean transformables y reviertan en beneficio de la atención que recibe el ciudadano. La elección del hospital se justifica por las razones personales y profesionales que se nombran a continuación:

Razones personales

- Conocido por la investigadora puesto que trabaja en el centro.
- Creer en las bondades y beneficios que aporta un estudio de estas características, para mejorar la Unidad de Consultas Externas.

Razones profesionales

- El Hospital Universitario 12 de Octubre es una gran empresa de servicios.
- Su complejidad técnica y circuitos asistenciales le identifica como un hospital relevante en el escenario de Atención Especializada.

- La construcción del Centro de Actividades Ambulatorias como elemento nuevo da la oportunidad de plasmar en un futuro inmediato, las conclusiones del estudio de investigación.

Las principales fortalezas del estudio de investigación han sido enfocarlo con un diseño de cohorte única, puesto que ha permitido monitorizar el fenómeno a lo largo del tiempo. Las principales limitaciones han sido realizarlo sobre una población de edad homogénea y haberlo circunscrito a un área sanitaria muy concreta lo que posiblemente repercutirá en la universalización de las conclusiones. La elección de un cuestionario de opinión basado en el libro *la Consulta Externa Hospitalaria Guía practica actualizada* se debió a que era el único referente de conocimiento público escrito sobre el rol del equipo de enfermería de las Consultas Externas del Hospital Universitario 12 de Octubre. Esta circunstancia daba mayor rigor al tema de estudio y al haber participado como colaboradores la mayoría de la población de estudio así como también el Comité de expertos, implicaba cierto grado de compromiso.

La descripción de los resultados tratados como primera observación (consultas tradicionales) y segunda observación (consultas del Centro de Actividades Ambulatorias o Policlínico) muestran que en la primera observación a pesar de que la tasa de respuesta no ha sido la esperada puesto que de los 266 profesionales participaron 135 individuos (84 DUE y 51 AE), esta concuerda con datos de otros estudios que establecen la tasa de respuesta a cuestionarios escritos presencialmente en dicha franja que suele ser no superior al 50%¹⁴³ mientras que en la segunda

observación se obtuvo un porcentaje de mayor participación, pues del total de 103 profesionales (65 DUE y 38 AE) contestaron 91 individuos. En ambos escenarios, se mantiene que el colectivo profesional es mayoritariamente femenino y que se trata de un colectivo envejecido puesto que su media de edad es de 57.4 años. Estos datos coinciden con los resultados sexo y edad tratados en varios estudios de Atención Primaria¹⁴⁴. Los cambios de modelo estructural del trabajo del personal de enfermería muestran que han variado las actividades realizadas en el puesto y aunque en ambos escenarios, los profesionales perciben que estas no conllevan un alto grado de dificultad, en el ámbito de las consultas tradicionales se evalúan como realizadas con cierta dificultad las que conllevan mayor carga física como cargar peso, mantener peso con los brazos, colocar historias, bajar historias, subir paciente, bajar paciente, acomodar paciente, mientras que en las consultas del Policlínico tales actividades no presentan dificultad. Además al comparar según categoría profesional (enfermeras y auxiliares de enfermería) la primera observación muestra que las auxiliares de enfermería perciben mayor dificultad en realizarlas, mientras que en la segunda observación ambos estamentos coinciden en hacerlo con poca dificultad. Al análisis del por qué se producen tales diferencias, debemos recordar lo tratado en el apartado 1.3.7.2. Factores de riesgo en el entorno laboral de la enfermera de consultas externas del Hospital Universitario 12 de Octubre que ayuda a comprender cuando se hacía referencia a que en el Policlínico, la adecuación de recursos ha incorporado la centralización de servicios, y por supuesto, un mobiliario ergonómico que permite un mayor autocontrol postural así como también el mejor manejo de los pacientes.

Respecto a las **diferencias estadísticamente significativas detectadas en el estudio**, tienen relación con el estrés laboral. La segunda observación, muestra que han disminuido las causas de estrés: **Agresividad del público, falta de información y falta de reconocimiento**. A la luz de tales datos tal vez uno de los elementos que más ha armonizado la relación de enfermería con la atención al público, ha sido que en el Policlínico la primera acogida del paciente la realiza el personal administrativo y en esta circunstancia, es quien filtra el descontento del paciente, si lo hubiera.

Asimismo, conviene hacer referencia específica a uno de los máximos exponentes del descontento con el entorno laboral que es la violencia en el trabajo y al respecto de esto, aplaudir la puesta en marcha de Formularios de Registro de Situaciones Conflictivas, así como también la implementación de políticas contra el acoso, la intimidación, la agresión y el asalto. Este compromiso, va en sintonía con las iniciativas del Consejo General de Enfermería, siendo algunas de ellas, programar jornadas de enfermería contra la violencia en el sector sanitario , poner a disposición del enfermero las guías relacionadas con la violencia en el lugar de trabajo para afrontar los conflictos con medidas de protección y brindar el apoyo necesario a la víctima de agresiones en el entorno laboral. Todo lo indicado no contraviene con el saber gestionar las propias emociones y educar a la ciudadanía en tolerancia cero relativa a la violencia en todas sus formas, para que el encuentro del ciudadano con el profesional, sea verdaderamente una relación de ayuda en un entorno seguro para ambos.

Respecto a la disminución del estrés por la mejora de la información posiblemente sea debido a la instauración de circuitos de comunicación interna, apoyados por la Unidad de Información (“chaquetas verdes”) como ya se ha tratado en el apartado 1.3.7.2. Factores de riesgo en el entorno laboral de la enfermera de consultas externas del Hospital Universitario 12 de Octubre. Otro de los elementos que ha contribuido a facilitar la información del usuario ha sido la normalización de las instrucciones clínicas en un formato único y la circunstancia de que el paciente haga mayor uso de los cauces informativos que tiene a su alcance (carteles, folletos y páginas webs institucionales) de forma cotidiana. Sin embargo, dado que la falta de información crea inseguridades y en muchas ocasiones se prefiere contrastarla directamente con el profesional, se sugiere poner mayor acento informativo a las dudas del paciente y no fragilizar la empatía ni la asertividad, pues con ello desvirtuamos preceptos tan fundamentales como el derecho a la dignidad, confidencialidad o la autonomía. Se recomienda hacer uso de adecuadas habilidades comunicativas e incluso técnicas como el coaching en las ocasiones en las que el paciente puede transmitir situaciones de angustia, enfado, ansiedad, confunde el día, la hora, sala de consulta, se salte el turno para preguntar algo, etc, ya que escudándose en la falta de tiempo o limitaciones del sistema, el profesional puede no convertirse en el espacio de diálogo que el paciente espera. También existen las situaciones en las que el enfermo se impacienta, o en las que el paciente no está satisfecho con la información que se le ha dado o hay diferencias idiomáticas, no siempre bien subsanadas con dispositivos de traducción, puesto que en todos estos casos se evidencia principalmente que la

comunicación bien entendida no es la que se habla, sino la que se comprende. Lo que nos lleva a considerar la necesidad de mejorar actitudes y comportamientos no solo porque son el espejo de un ecosistema sanitario sin tantas fisuras, sino porque también revertirán en nuestra propia atención cuando los pacientes seamos nosotros. Esto nos lleva a pensar en la importancia de conocer la opinión que tiene el usuario mediante cuestionarios, cadencia periódica como los datos del Barómetro sanitario¹⁴⁵, encuestas al alta del paciente, cuestionarios telefónicos llevados a cabo por los hospitales, etc. Reafirmando, de este modo, que la legitimación de cualquier organización de servicios, y el Sistema Nacional de Salud lo es, descansa sobre elementos de satisfacción.

Respecto al reconocimiento profesional, los resultados muestran que en la segunda observación, es decir, en el Policlínico, el profesional percibe que ha aumentado, lo que apoya la vinculación del reconocimiento con realizar una actividad no solo propia sino también valorada socialmente. En este sentido, los resultados subrayan que cuanto más autonomía, recursos y cuanto más fuerte es el liderazgo presente en el grupo, que es lo que ocurre en el Policlínico, es más probable que el profesional esté más satisfecho con su posición actual. Así pues, y en la medida en que el ser humano aspira a dejar huella con lo que está haciendo, creando su propia obra o desarrollando al máximo su talento, se recomienda conciliar los intereses del empleado y de la empresa puesto que en tal estrategia no solo se fomentan estándares de bienestar en el profesional sino también se satisface la necesidad de autorrealización.

En cuanto a las alteraciones presentadas por el personal de enfermería, las mayores características han sido los problemas de visión, posiblemente debidos tanto al envejecimiento natural como a la repercusión de enfermedades sistémicas. Por otra parte, los sofocos seguramente por tratarse de un colectivo mayoritariamente femenino como resultado tanto de la menopausia como posmenopausia. También los problemas de sueño, pueden presentarse a causa de la pérdida natural de neurotransmisores como a la instauración de patrones de sueño que afectan al ciclo vigilia-sueño y también a un mayor nerviosismo, posiblemente ocasionado por la tensión emocional que supone el afrontamiento de las pérdidas propias de la vejez, máxime si además la persona se enfrenta al sentimiento de soledad¹⁴⁶.

Cabe mencionar, igualmente, la incidencia de bajas por embarazo y la maternidad, que no solo se centran en la condición de ser un colectivo con alto porcentaje de mujeres sino que es más llamativo en la primera observación seguramente porque las profesionales eran más jóvenes.

Respecto a los días de baja que la población de estudio ha señalado para cada proceso, los de mayor tiempo de duración, tal como cabría esperar, han sido los procesos vinculados a la maternidad. Sin embargo, conviene mencionar la circunstancia de que un amplio número de personas encuestadas no han contestado a la pregunta o no han sufrido esta situación, posiblemente porque la pregunta no refleja las alteraciones en toda su magnitud o porque la mejora en el control terapéutico de los procesos indicados beneficia la permanencia del profesional en activo.

Con todo, el hecho de que las bajas no se hayan vinculado al contexto laboral, no exige a la empresa de promover una cultura organizativa saludable, implementando políticas que creen un entorno seguro tanto al profesional como al paciente puesto que la seguridad y la salud son también condiciones morales para no poner en mayor riesgo al trabajador a contingencias laborales evitables.

En este sentido se sugiere, que si la organización sanitaria apoya a la salud y al bienestar del profesional, obtendrá un empleado seguro, satisfecho y productivo que no solo realizará el trabajo mucho mejor sino que además permanecerá en el puesto disminuyendo los costes formativos y revalorizando el producto sanitario por la experiencia¹⁴⁷.

Respecto al estado de salud del profesional en relación al trabajo, la evaluación que el sujeto de estudio hace del mismo con valores positivos incluso con las opciones satisfactorias y muy satisfactorias, subraya que existen percepciones individuales y distintas del potencial de salud.

A continuación, conviene tratar de forma pormenorizada el deseo de cambiar de puesto de trabajo que se da más en la segunda observación en las enfermeras. Lo que nos lleva a explorar cuales son los hipotéticos elementos que modulan la necesidad de irse o quedarse en el puesto. Sugerimos que uno de ellos es la desmotivación, principalmente debida a elementos psicosociales negativos. Y otro de ellos, el fenómeno de la resistencia al cambio. Entre los elementos psicosociales negativos podemos puntualizar la masificación de las consultas, en la medida que esta interfiere

en el ambiente de trabajo, motivación, autoestima y salud del propio profesional que realiza el cuidado. También es un factor muy a tener en cuenta para cambiar o permanecer en un determinado puesto e incluso puede ser decisiva para el abandono de la profesión la violencia laboral. Principalmente por la falta de apoyo por parte de otros profesionales y administradores de la salud (tal como suscribe Henderson¹⁴⁸). Entre los factores de resistencia al cambio cabe mencionar la estabilidad en el puesto pues la mayoría tienen 21 años o más, lo que plantea la reflexión de si con los años se produce mayor tolerancia a la rutina. No obstante, no debemos infravalorar las barreras organizacionales definidas como *todas aquellas imputables a defectos o imperfecciones en la estructura organizacional*¹⁴⁹ pues en ocasiones los primeros que se oponen al cambio, son personas que ocupan cargos en los niveles gerenciales. Asimismo, es evidente el deseo de cambio el rol que se está asumiendo en la actualidad para hacer más autónomo al profesional de enfermería. También la propia disposición arquitectónica del Policlínico y la centralización de los servicios mediatizan que el trato con el paciente no sea tan directo y ha distanciado las relaciones entre servicios.

Por todo, se sugiere revisar la política de incentivos profesionales que promueva la permanencia del profesional en el puesto. Conocer los factores susceptibles de influir en la motivación del profesional. Así como intervenir en ellos, en caso de que alguno influya negativamente en el clima laboral.

Por otra parte, sería muy recomendable hacer interesante el trabajo del profesional para que no se sienta infravalorado y sustituible, sino importante.

Es un aspecto a tener muy en cuenta, facilitar el regreso de quienes desean reincorporarse al puesto de trabajo. La experiencia vivida puede aportar mayor motivación para progresar los proyectos de la unidad así como también los planes estratégicos hospitalarios en beneficio del profesional y del paciente.

La autora de esta tesis puede suscribir que haber participado en un proceso de apertura ha sido un gran premio, pues no siempre se tiene la oportunidad de poder intervenir en nuevos proyectos desde el principio como ha ocurrido en el caso del Hospital Universitario 12 de Octubre, en el que el nuevo centro ha implicado un proceso asistencial que se lleva a cabo de una forma no solo diferente sino también moderna. Una orientación innovadora enfocada a promover activamente el desarrollo de una cultura organizacional centrada en el derecho universal de la salud, en el servicio a los usuarios, en la transparencia, la rendición de cuentas, objetivos y valores institucionales. Centrada en la erradicación de posibles barreras que crean la desconfianza propia o ajena de la capacidad del sistema para implantar la política pública que caracteriza el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Sin embargo, ello no supone desdeñar el camino andado desde las consultas tradicionales que ya habían trabajado en proyectos que ya fueron novedosos en su momento¹⁵⁰⁻¹⁵³, pues hacer realidad las prestaciones sanitarias nuevas, haber colaborado en el diseño de los circuitos, haber aprendido el uso de las nuevas

tecnologías, ha requerido del esfuerzo, experiencia y horas de trabajo de todo aquel equipo que ya estaba presente en las primeras sesiones informativas del anteproyecto del Policlínico. Un equipo que en tal dedicación sumó las ilusiones de ver como el nuevo centro configuraba la esperanza que yo suscribo en la presentación de la presente tesis. Como diría Marcel Proust, *“El verdadero viaje de descubrimiento consiste no en buscar nuevos paisajes, sino tener nuevos ojos”*.

Visión de futuro

En la actualidad, la continuidad en el Policlínico de los profesionales cuya procedencia eran las consultas tradicionales del hospital, no solo anticipa el reemplazo generacional provocado por las jubilaciones, sino también la necesidad de reevaluar las competencias del equipo de enfermería reafirmando el reconocimiento público a su labor¹⁵⁴. En este sentido, y dada la insuficiencia institucional de modelos enfermeros (gestores de casos, consultas de enfermería), se recomienda fortalecer tales servicios enfermeros poniendo en marcha procesos de capacitación, información, docencia e investigación en este campo. Dado que la media de edad se sitúa en una franja previa a jubilarse en corto plazo de tiempo, se recomienda aprovechar el reemplazo generacional de la presente plantilla enfermera, con profesionales especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria para impulsar el cuidado profesional y la autonomía que le otorga la normativa legal vigente.

Sería importante en el futuro investigar los elementos efectivamente positivos del entorno sanitario para profesionales y pacientes. Entre ellos estaría, posiblemente, el acortamiento de las distancias entre los distintos niveles gerenciales y asistenciales. También ha resultado relevante el aumento de deseo expresado de cambio de puesto de trabajo, en la nueva estructura. Sería importante estudiar las causas que han llevado a esta situación dadas las importantes mejoras objetivas de la nueva estructura.

Queda pendiente conocer si la nueva estructura del Policlínico aporta elementos suficientes para que el profesional pueda progresar profesionalmente en todas las etapas de su vida.

En el desarrollo de esta investigación se ha puesto de manifiesto que la experiencia de los profesionales, adquirida con los años, es un valor no siempre reconocido por los propios profesionales y las instituciones. Sería pertinente ver cuál es la medida objetiva de este reconocimiento.

Es deseable que el propio enfermero siga siendo un agente transformador, afrontando la gestión del cambio con actitud optimista, reflexiva y abierta, más allá de las infraestructuras institucionales que lo sustentan¹⁵⁵. Pues en definitiva tanto los profesionales como los pacientes, somos susceptibles de enfermar y en tal prebenda deseosos de ser atendidos por verdaderos profesionales. Un equipo orgulloso de viajar

a la equidad y eficiencia, personas que nos brinden un cuidado amable cuando tengamos que acudir al especialista o ir al hospital. Profesionales que no abandonen en momentos duros donde se les necesita más que nunca, fortalezcan el protagonismo de las familias como soporte directo del cuidado y salven las distancias cuando nos toque morir. Pues a la reflexión del lema que data del siglo XIV y que suelen recordar los profesionales que se dedican a cuidados paliativos, *Curar a veces, mejorar a menudo, cuidar siempre*¹⁵⁶

7. CONCLUSIONES

- El contexto estratégico del Centro de Actividades Ambulatorias (CAA) ha variado las condiciones de trabajo del personal de enfermería de Consultas Externas y ha sentado las bases para desarrollar un rol más autónomo de la enfermera en su marco competencial propio.
- La nueva estructura, junto a las nuevas estrategias (gestión de casos y consulta de enfermería), suponen un reto para enfermería y una mejor gestión del tiempo.
- El nuevo modelo organizativo ha fomentado la coordinación entre niveles asistenciales.
- Los profesionales participan en mayor medida en los procesos que les afectan directamente en el nuevo modelo estructural del Policlínico, eliminándose actividades burocráticas que hacían disponer de menos tiempo para la función propiamente asistencial.
- La disposición a cambiar de puesto de trabajo ha aumentado frente a lo esperado, a pesar de las mejoras objetivas, con múltiples posibles causas a estudiar.
- Los factores que afectan al estrés son los que han mejorado significativamente en la nueva estructura.

8. BIBLIOGRAFÍA

(1)- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Art. 9. Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 280 (Nov. 22, 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

(2)- Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Nueva York: Sección de Servicios de Internet, Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

(3)- Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa : Consulta europea sobre los Derechos de los Pacientes, Amsterdam, 28-30 de marzo de 1994 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 1994. EUR/ICP/HLE 121, 28 de junio de 1994. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf

(4)- Constitución española. Boletín Oficial del Estado. Núm. 311 (Dic. 29, 1978).

(5)- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. Núm. 102 (Abr. 29, 1986)

(6)- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. Núm. 274 (Nov. 15, 2002).

(7)- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/en/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

(8)- Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, 2006-2009 [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Atención Primaria; 2009. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%3%ADa+OK%2C0.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220445005584&ssbinary=true>

(9)- Herdman T, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

(10)- Bulechek G, Butcher H, McClosKey-Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

(11)- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

(12)- Proyecto N.I.P.E. Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>

(13)- Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) [Internet]. Madrid: Centro de Estudios Financieros; cop. 2015. Disponible en: www.gestion-sanitaria.com/grupos-relacionados-diagnostico-GRD.html

(14)- Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE. Esperanza de vida; [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

(15)- Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa [Internet]. Madrid: INE. Defunciones según la Causa de la Muerte, Año 2012 [actualizado 31 ene. 2014]; [14 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>

(16)- Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Mortalidad por VIH/SIDA en España, año 2009. Evolución 1981-2009. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida; 2011.

(17)- Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, 05.12.2001. COM (2001) 723 final.

(18)- World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database [Internet]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>

(19)- World Population Ageing, 1950-2050 ; World Population Ageing, 2007. Nueva York: Naciones Unidas; 2002, 2007.

(20)- Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa INE [Internet]. 19 nov. 2012 [actualizada 4 dic. 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>

(21)- [Dependencia]: publicación [Internet]. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en: www.empleo.gob.es

(22)- Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa [Internet]. Madrid: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012; [12 p.]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>

(23)- “Noticias del 12”: Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada. 2002 feb.; 53:19.

(24)- Arcelay A, Martínez C, Iruretagoyena ML, Aguirrebena J, González RM, Sancho JA, et al. La coordinación entre atención primaria y especializada desde la perspectiva de los profesionales [Internet]. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco: 2009. Informe: Osteba D-09-07. Disponible en: http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_09_07_coor_at_pries.pdf6

(25)- Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly [Internet]. 2003;7(1):73-82. Disponible en: <http://www.longwoods.com/content/16763>.

(26)- Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the moneycontrolling expenditures by improving care for patients needing costly services. N Engl J Med. 2009 Oct 15; 361(16):1521-3.

(27)- Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollars: comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ. 2002;324:135-43.

(28)- Domínguez Alcón C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. Index de Enfermería [Index Enferm] (Edición digital). 1998 [citado 12 mar. 2013]; 23. Disponible en http://www.index-f.com/index_enfermeria/23_revista/23_articulo_15-21.php.

(29)- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 128 (May. 29, 2003). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

(30)- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 98 (Abr. 24, 2012). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

(31)- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid [Internet]. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Núm. 306 (Dic. 26, 2001). BOE. Núm. 55 (Mar. 5, 2002). Disponible en: <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=403&cdestado=P>

(32)- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 91 (Abr. 16, 1987).

(33)- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado. Núm. 222 (Sep. 16, 2006).

(34)- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado. Núm. 240 (Oct. 5, 2011)

(35)- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud. Boletín Oficial del Estado. Núm. 27 (Feb. 1, 1984).

(36)- Salud para todos: Declaración de ALMA-ATA de 1978 [Internet]. Disponible en:

<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/alma-ata.pdf>

(37)- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: MSSSI. Cartera de servicios comunes de atención primaria. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>

(38)- Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a Revisión [Internet]. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

(39)- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: MSSSI. Cartera de servicios comunes de atención especializada. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm>

(40)- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: MSSSI. Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia. Disponible en:

<http://www.mspsi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/4AtencionDeUrgencia/AU-AtencionUrgencia.htm>

(41)- Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. [Internet]. 2006; 20(6):485-495. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2484328>

(42)- Oates J, Bjerregard JH, editores. Building regional health care networks in Europe. Amsterdam: IOS Press; 2000.

(43)- Lorenz AD, Mauksch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. Prim Care. 1999;26:401-10.

(44)- Young G, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Handerson W, Khuri SF. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. Health Serv Res. 1998;33:1211-36.

(45)- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/estrategia_para_el_abordaje_de_la_cronicidad_en_el_sistema_nacional_de_salud_2012.pdf

(46)- Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. Revisión nov. 2006 [Internet]. Disponible en:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0246.pdf>

(47)- Romero G. La gestión de casos en enfermería, una gran desconocida [Internet].

Madrid: Consejo General de Enfermería de España. Disponible en:

<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala->

[deprensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida](http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-deprensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida)

(48)- Arbonés Tost R, Martínez Muñoz Y, Merino de los Santos P, Peruga Rodríguez R,

Valverde Aivar M. La Gestión de Casos [Internet]. Barcelona: Escuela Universitaria de

Enfermería Santa Madrona de la Fundación “la Caixa”; 2006. Disponible en:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21730/1/2006_4.pdf

(49)- Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la

atención a la dependencia funcional [Internet]; dic. 2007. Disponible en:

www.siiis.net/documentos/zerbitzuan/La%20gestion%20de%20casos.pdf

(50)- Leyva-Moral JM. Gestión de Casos: aproximación teórica. Rev Rol Enferm. 2008;

31(4):259-64

(51)- Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la

seguridad social. Capítulo III [Internet]. Disponible en:

http://www.fernocas.com/normativa_estatutaria/capituloIII.php Estatuto de Personal Sanitario NO Facultativo de las instituciones

(52)- Real Decreto 347/1993, de 5 de marzo, sobre organización de los Servicios Territoriales del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado. Núm. 77 (Mar. 31, 1993). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1993-8508

(53)- Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 8 de agosto de 1986, sobre retribuciones del personal dependiente del Instituto Nacional de la Salud, Instituto Catalán de la Salud y Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía. Boletín Oficial de Estado. Núm. 194 (Ago. 14, 1986).

(54)- Resolución 30 de diciembre de 1988, de la Secretaria de Asistencia Sanitaria que establece a semejanza con la Atención Especializada, los órganos directivos de Atención Primaria. Boletín Oficial del Estado. Núm. 13 (Ene. 1, 1989).

(55)- Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid [Internet]. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. (Ago. 9, 2010). Disponible en: <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?cdestado=P&nmnorma=6641&opcion=VerHtml>

(56)- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín Oficial del Estado. Núm. 269 (Nov. 9, 2001).

(57)- Orden de 28 de febrero de 1985 por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 55 (Mar. 5, 1985). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1985-3573

(58)- Orden de 1 de marzo de 1985 por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. Núm. 55 (Mar. 5, 1985). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1985-3574

(59)- Resolución de 11 de septiembre de 1989, de la Secretaria General de Asistencia Sanitaria. Boletín Oficial del Estado. Núm. 226 (Sep. 9, 1989).

(60)- Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas, Sevilla 20 de enero de 2011: documento de consenso [Internet]. Disponible en: <http://www.semfyec.es/componentes/ficheros/descarga.php?MTA3MDQ%3D>

(61)- Alexander MF, Runciman PJ. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista: Informe del proceso de elaboración y de las consultas para el Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra: CIE; cop. 2003. Disponible en:

http://www.cnde.es/cms_files/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf

(62)- Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Internet]. Ginebra:

CIE; cop. 2012. Disponible en:

<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cie/finish/63-cie/1181-0-7-codigo-deontologico-del-cie-para-la-profesion-enfermera>

(63)- Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre

de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de

cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) nº 1024/2012 relativo a la

cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior

("Reglamento IMI") [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea. L 354/132 (Dic. 28,

2013). Disponible en: [http://www.fv.ulpgc.es/wp-](http://www.fv.ulpgc.es/wp-content/uploads/2012/02/DIRECTIVA-2013_55_UE.pdf)

[content/uploads/2012/02/DIRECTIVA-2013_55_UE.pdf](http://www.fv.ulpgc.es/wp-content/uploads/2012/02/DIRECTIVA-2013_55_UE.pdf)

(64)- Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para

la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la

profesión de Enfermero [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 174 (Jul. 19, 2008).

Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-12388>

(65)- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: MSSSI.

Estudio para la planificación de profesionales sanitarios. Disponible en:

www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas

(66)-Políticas y prácticas de la formación continua en el marco europeo [Internet]. 1.ª ed. Madrid: FORCEM; 2001. Esta edición recoge el contenido de las intervenciones del Encuentro “Políticas y prácticas de la Formación Continua en el marco europeo” que tuvo lugar en Madrid entre el 30 de julio y el 1 de agosto de 2001, en los cursos de verano de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.google.co.uk/url?url=http://www.fundaciontripartita.org/Recursos%2520digitales/Publicaciones/Cursos%2520de%2520verano/Pol%25C3%25ADticas%2520y%2520pr%25C3%25A1cticas%2520de%2520la%2520Formaci%25C3%25B3n%2520Continua%2520en%2520el%2520marco%2520europeo.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=L9J1VPm5KoK7acPqgPgB&ved=0CBQQFjAA&usg=AFQjCNEAjS5A00XFboHsiVkfFMXZ5AW3Sow>

(67)- Consejo Europeo de Lisboa, 23 y 24 de marzo de 2000: Conclusiones de la Presidencia [Internet]. (DOC/00/8). Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_DOC-00-8_es.doc.

(68)- Estudio sobre la evaluación y la descripción detallada del desarrollo profesional continuo y el aprendizaje permanente para profesionales de la salud en la UE [Internet]. D.4 Informe final, versión rev., corr. Contrato n.º: 2013 62 02. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_summary_es.pdf

(69)- Benton D, González Jurado MA, Beneit Montesinos JV. Definición de regulación de la enfermería y el desempeño de los órganos reguladores: estudio Delphi de

políticas. International Nursing Review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]; 60(3); 326-35.

(70)- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 301 (Dic. 17, 2003). Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I55-2003.htm

(71)- Decreto 98/1988, de 8 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento de Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (Dic. 23, 1988).

(72)- Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Núm. 189 (Ago. 9, 2010).

(73)- Circular 5/90 sobre la Organización de las actividades de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: INSALUD; 1990.

(74)- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 157 (Jun. 29, 2010).

(75)- La profesión de enfermería se encuentra en una situación insostenible que no está dispuesta a seguir tolerando. Colegio Oficial de Enfermería de Málaga [Internet]. 7 mar. 2013; Secc. Noticias de actualidad

(76)- Moral Iglesias L., coord. Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada. Comité de Expertos [Internet]. Madrid: Subdirección General de Atención Especializada. Disponible en: http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/consultasEx_ae.pdf

(77)- Martín Santos F., Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Consulta de Enfermería a demanda. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; [2002]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0231.pdf>

(78)- Fernández M, Gavira L, Pérez M, Serrano R, Trujillo M. La sanidad desde el otro lado. Valoración del sistema sanitario público en Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2001.

(79)- Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial. Informe de los resultados de la encuesta de satisfacción de consultas de atención primaria. Año 2000. Vitoria-Gazteiz: Osakidetza; 2001.

(80)- Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria en 1999. Madrid: INSALUD; 2000.

(81)- Servicio de Información y Estadísticas. SAS. Reclamaciones 2000. Sevilla: SAS; 2001 (mimeo).

(82)- Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asencio, JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. Enferme Comun. 2005;1(1):35-42.

(83)- Guirao Goris A. La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España [Internet]. En: I Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Arnedillo. 1998. Disponible en: <http://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/cde.html>

(84)- Orden de 27 de noviembre de 1985, por la que se regula el establecimiento del Programa de consultas de enfermería para el control y seguimiento de enfermos crónicos en las Instituciones abiertas de la RASSA. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA. Núm. 116 (Dic. 7, 1985).

(85)- Pérez Fernández MM, López García E, García García E, Gervás JJ. Contenido y organización de una consulta de enfermería. Atención Primaria. 1988;(5)-272-6.

(86)- Rigol Cuadra A, Lluch Canut T, Ugalde Apalategui M. Consulta de enfermería en Salud Mental. Rev Rol Enferm. 1989;(125):17-20.

- (87)**- Pérez García J. Cuidados de enfermería y adherencia a los tratamientos en los pacientes V.I. H. [Internet]. En: IX Jornadas de Sanidad penitenciaria: ponencias. Disponible en: www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/296/650
- (88)**- Orden de 6 de septiembre de 1984, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 221 (Sep. 14, 1984). Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-20915
- (89)**- Informe sobre recursos humanos y sanitarios en España y la Unión Europea 2014. Enfermería Facultativa. XVIII (197):6-11.
- (90)**- Entornos de trabajo saludables. Guías de buenas prácticas. Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera [Internet]. Disponible en: <http://evidencia.com/archivos/36>
www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- (91)**- El Abrazo Mundial: campaña de la OMS por un envejecimiento activo [Internet]. Ginebra: OMS; 2001 [citado 4 abr. 2013]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf
- (92)**- Ramazzini B. Tratado de las Enfermedades de los Artesanos. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- (93)**- Salort i Vives S. Revoluciones industriales, trabajo y estado del bienestar: la gran ruptura mundial contemporánea. Madrid: Sílex; imp. 2012

(94)- Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Boletín Oficial del Estado. Núm. 129 (Mayo 28, 2009).

(95)- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Núm. 269 (Nov. 10, 1995). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292>

(96)- Portal de Salud. Madrid: Comunidad de Madrid [Internet]. Enfermedades relacionadas con el trabajo. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142330633021&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1159289987040

(97)- Castejón E, et al. Condiciones de trabajo y salud. En: Marín Blandón MA, Pico Merchán ME. Fundamentos de salud ocupacional. 1.ª ed. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas; 2004. p. 32.

(98)- Torres García C, López Álvarez M, Madera Díaz JA. Nuevo modelo formativo. Impacto en la humanización de los servicios de enfermería. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2006 ago [citado 27 ene. 2013]; 10(2):11-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942006000200002&script=sci_arttext

(99)- Gil Micharet MS, Barriga Medina FJ, De Villar Grande JA. Alergia al látex en los trabajadores sanitarios (II): medidas de prevención [Internet]. Med. segur.

trab.[Internet]. 2007;58 (209):87-92. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2007000400011

(100)- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Boletín Oficial del Estado. Núm. 124 (May. 24, 1997).

(101)- Grupo Epistéme. Estudio AstraZéneca sobre riesgos profesionales del colectivo de enfermería de centros de salud [PowerPoint]; mayo 2004.

(102)- Estudio multicéntrico sobre las características de las exposiciones a riesgo biológico hemático de los profesionales sanitarios (EPINETAC): realizado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España entre 1996 y 2002. Madrid: SEMPSPH; [ca. 2003].

(103)- Ley 10/1998, de 21 de abril, de residuos (vigente hasta el 30 de julio de 2011). Boletín Oficial del Estado. Núm. 26 (Abr. 22, 1998).

(104)- Directiva 2010/32/UE del Consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU. Diario Oficial de la Unión Europea. L 134/66 (Jun. 1., 2010).

(105)-Testimonios de personas accidentadas con objetos punzantes. En: Jornadas sobre La seguridad frente al contagio sanguíneo en el ámbito sanitario, Barcelona, 9 abril 2008. Madrid: Escuela de Ciencias de la Salud; Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2008.

(106)- González Jurado M. Teresa, el precio de una vocación enfermera. Editorial. Enfermería facultativa. 2014; Año XVIII, Nueva época (195); 5.

(107)- Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Unas manos limpias son manos más seguras [Internet]. Ginebra: OMS; cop. 2005. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf

(108)- Núñez Díaz S, Moreno Docón A, Rodríguez Palmero I, García Martín P, Hernández Yanes JR, Izquierdo Montesdeoca C. El estetoscopio como vector de la infección nosocomial en urgencias. Emergencias. 1999;11:281-5.

(109)- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso lumbares, para los trabajadores. Boletín Oficial del Estado. Núm. 97 (Abr. 23, 1997).

(110)-Caballero López JE. El calzado laboral en el medio sanitario. Med Segur Trab. [Internet]. 2009 sep. [citado 5 feb. 2013];55(216): 71-6. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2009000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2009000300009>.

(111)- Leka S, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Nottingham, Reino Unido: Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones, Universidad de Nottingham; cop. 2004.

(112)- Torres Gómez de Cádiz B, San Juan C, Rivero AM, Herce C, Achucarro C. Burnout profesional: ¿Un problema nuevo? Reflexiones sobre el concepto y su evaluación. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 1997; 13:23-50.

(113)- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Boletín Oficial del Estado. Núm. 266 (Nov. 6, 1999).

(114)- Mansilla F. El síndrome de Fatiga Crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral. Rev. AEN [Internet]. 2003 [citado 3 dic. 2012];23(86). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352003000200003&script=sci_arttext.

(115)- Mingote Adán JC. Prevención y tratamiento del síndrome de desgaste profesional. Tiempos Médicos. 2005; 624:31-34.

(116)- González Jurado M. Enfermería: situación crítica: jornadas. Rueda de prensa, presentación. 12 mar. 2013.

(117)- Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

(118)- Conclusiones de las Jornadas de trabajo de la Organización Colegial de Enfermería, Aranjuez (Madrid), 15-17 de marzo de 2013 [Internet]. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/doc-interes/finish/42-documentos-de-interes/1215-conclusiones-de-las-jornadas-enfermeria-situacion-critica>

(119)- Gutierrez A, Ruipérez D. Judith Shamian, Presidenta del Colegio Internacional de Enfermeras: Entrevista. Enfermería Facultativa. 2013; Año XVII, Nueva época (177);16-7.

(120)- García Barreno P. Hospitales. En: Enciclopedia de Madrid. Siglo XX. Madrid: Ayuntamiento; 2002.

(121) Hospital 12 de Octubre. Memoria 2013. Madrid: Hospital 12 de Octubre; 2014.

(122)-Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [Internet]. Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud. Unidades de referencia. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142646935209&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1142646935209

(123)- Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. Núm. 270 (Nov. 11, 2006).

(124)- Marín D, Cano C, Zevallos M, Mora R. Determinantes del análisis y diseño organizacional [Internet]. Bogotá: Facultad de Ciencias Económico Administrativas, 2009. Disponible en: <http://es.slideshare.net/sparedesruiz/determinantes-de-analisis-y-diseo-organizacional>

(125)- Vázquez Cabido I. P.A.E: Proceso de Atención de Enfermería [CD-ROM]. 1.ª ed. [Don Benito]: Editorial Edita; 2012.

(126)- Quero Rufián A. La importancia de investigar en Taxonomías. En: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE, editores. IX Jornadas de Trabajo AENTDE. “Construyendo estructuras de investigación”, Barcelona 19-20 de Abril 2013. Barcelona: AENTDE; 2013. p. 16.

(127)- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. Num. 225 (sep. 16, 2010)

(128)-Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería: incluye todas las categorías diagnósticas aprobadas por la North American Nursing Diagnosis Association. 11.ª ed.

Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007. Incluye los patrones funcionales de salud de Gordon.

(129)- GACELA. Iniciado un proyecto de organización, sistematización e informatización de cuidados de Enfermería “Noticias del 12”: Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada. 2003 Oct.; 28:3.

(130) Ordenación de la HCE: episodios y procesos. Recomendaciones HP-HCIS en el Hospital 12 Octubre, Madrid.

(131)- American Nurses Credentialing Center (ACNN). Nursing case Management Catalog. Washington DC:ACNN;1998.

(132)- Sánchez Herrera B. Identidad y empoderamiento de la profesión de Enfermería. Avances de Enfermería

(133)- Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. Boletín Oficial del Estado. Núm. 3 (Ene. 4, 2000).

(134)- Ledesma MC. Fundamentos de Enfermería. México: Limusa; 2004.

(135)- La investigación en el hospital: número monográfico. “Noticias del 12”: Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada. 2000 dic.; 14:1.

(136)- Comienza la implantación de la telecita en nuestros centros. "Noticias del 12": Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada. 2003 abr.;25:3.

(137)- Unidad de Información vestíbulo principal. "Noticias del 12" : Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada.2003 jun.; 27:2.

(138)- Soy Andrade MT. La Consulta Externa Hospitalaria: guía práctica actualizada. Madrid: Díaz de Santos; 1992.

(139)-Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2002.

(140)- Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide; 1991.

(141)- Tiempos estándar de incapacidad temporal. 2ª ed. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2013 [citado 9 jul. 2013]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>

(142)- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Boletín Oficial del Estado. Núm. 159 (jul. 4, 2007).

(143)- Comet Cortés P,Escobar Aguilar G,Gonzalez Gil T, et al.Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España:estudio Delphi.Enfer Clin.2010; 10(2):88-96.

(144)- Pérez Ciordia F, Guillén Grima F, Brugos A, Aguinaga Ontoso I. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2013; 36(2):253-62.

(145)- Barómetro sanitario 2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Sanidad y Consumo; 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2013/BS_2013Presentacion.pdf

(146)- Pérez Melero A. Enfermería Geriátrica. Madrid: Síntesis; 2002.

(147)-Pérez Bilbao J, Nogareda Cuixart C. Envejecimiento y trabajo: la gestión de la edad. Madrid: INSHT; 1996.

(148)- Henderson V. La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después. 1.ª ed. Madrid : Interamericana-McGraw Hill, 1994.

(149)- Cambio organizacional en el campo de la enfermería [Internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos39/cambio-enfermeria/cambio-enfermeria2.shtml>

(150)- Síndrome de la ELA. “Noticias del 12”: Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada. 2009 jul.; 53:14.

(151)- Suelo pélvico. "Noticias del 12": Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada. 1999 abr.-may.; 5:1.

(152)- Creado un grupo multidisciplinar para el síndrome de Marfan: primero de estas características en todo el país. "Noticias del 12": Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada. 2004 sep.-oct.;34:2.

(153)- Jornada científica sobre las últimas novedades en el tratamiento de la menopausia. "Noticias del 12": Periódico Informativo del Área 11 de Atención Especializada. 2006 may.; 42.

(154) Itza Leiliana Camargo, B; clara virginia Caro. El papel autónomo de la enfermería en las consultas. En: Avances en enfermería vol: XXXVIII, No.1, Enero-Junio 2010

(155)- Ayuso Murillo D, González Jurado MA, ed. Gestión y liderazgo de los servicios de enfermería. Madrid: Escuela Internacional de Ciencias de la Salud; 2012. 4 v.

(156) Lolos Stepke F. Tanatoterapéutica. Acta psiquiátrica y psicológica de América latina 1993; 40: 282-292.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Primer Borrador primera encuesta de opinión

9.2. Anexo 2. Encuesta Definitiva

9.1. Anexo 1. Primer Borrador primera encuesta de opinión

CUESTIONARIO ANONIMO

Estimada compañera:

Para poder mejorar tu trabajo diario te agradecería cumplimentaras este cuestionario

• Enfermera	Auxiliar de enfermería
• Año de nacimiento.	Sexo V M Estado civil:

1-¿Cuanto tiempo lleva trabajando en CONSULTAS EXTERNAS?.

- 5-10 años
- 11-20 años
- 21 años y más

2. Señala con un SI las actividades que realizas en la Consulta y con un aspa las que te crean más dificultad

Grapar volantes		
Sellar volantes		
Empujar peso (carros de historias clínicas) (contenedores residuos sanitarios)		
Colocar historias clínicas en el altillo de una estantería		
Bajar historias clínicas del altillo de una estantería		
Mantener peso (las historias clínicas en brazos hasta colocarla despachos, estantería, carros)		
Pulsar las teclas del ordenador		
Visualizar la pantalla del ordenador		
Estrés al citar a los pacientes con bastante demora		
Estrés de Informar y orientar al paciente sobre los trámites burocráticos que debe realizar		
Estrés al recoger la tarjeta de citación del paciente que viene a consulta		
Coger peso (historias clínicas) (lencería) (frascos formol para toma de muestras)		
Transportar peso (Carros historias clínicas) (lencería)		

Cargar peso (historias clínicas) (lencería) (frascos formol para toma de muestras)		
Pasar los enfermos a la Consulta		
Revisar las Historias clínicas		
Reclamar las pruebas solicitadas en la visita médica		
Estrés al informar y orientar al paciente sobre el tratamiento que se prescribe		
Colaborar en la realización de técnicas		
Control caducidad medicamentos		
Archivar historias clínicas en la consulta		
Clasificar /archivar pruebas complementarias en las carpetas		
Preparar el instrumental en bandejas para esterilizar		
Esterilizar el instrumental		
Toma de muestras		
Realización de curas		
Colaboración con el médico en la realización de pruebas		
Realizar extracciones sanguíneas		
Colocación escayolas		
Extracción escayolas		
Canalización vía venosa		
Toma manual de tensión arterial		
Pedir Historias a archivos.		
Cumplimentar peticiones analíticas y pruebas complementarias		
Ordenar la consulta clínica		
Reponer impresos en la consulta clínica		
Colocar y retirar sábanas de la camilla exploratoria		
Limpiar el instrumental utilizado		
Localizar y seleccionar pruebas / resultados de la Consulta		
Recoger medicación de uso hospitalario en Farmacia		
Preparar las Historias clínicas		
Devolver Historias clínicas a archivos		
Realizar estadística de casuística		
Subir el paciente de la camilla		
Acomodar al paciente en la camilla		
Bajar al paciente de la camilla		
Ayudar al paciente a desnudarse y vestirse		
Pesar al paciente		
Tallar al paciente		
Añade lo que no esté en la lista en el reverso de la hoja		

3- Sabiendo que en una escala de 1 a 6 el 1 siempre indica el grado más bajo y el 6 el grado más alto, señala el grado de dificultad que le ofrece cada una de las actividades que realizas en su puesto de trabajo.

1-Nunca 2 Casi nunca 3 A veces 4 Frecuentemente 5 Casi siempre 6 Siempre

DENOMINACION DE LA ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6
Grapar volantes						
Sellar volantes						
Empujar peso (carros de historias clínicas) (contenedores residuos sanitarios)						
Colocar historias clínicas en el altillo de una estantería						
Bajar historias clínicas del altillo de una estantería						
Mantener peso (las historias clínicas en brazos hasta colocarla despachos, estantería, carros)						
Pulsar las teclas del ordenador						

Visualizar la pantalla del ordenador						
Estrés al citar a los pacientes con bastante demora						
Estrés de Informar y orientar al paciente sobre los trámites burocráticos que debe realizar						
Estrés al recoger la tarjeta de citación del paciente que viene a consulta						
Coger peso (historias clínicas) (lencería) (frascos formol para toma de muestras)						
Transportar peso (Carros historias clínicas) (lencería)						
Cargar peso (historias clínicas) (lencería) (frascos formol para toma de muestras)						
Pasar los enfermos a la Consulta						
Revisar las Historias clínicas						
Reclamar las pruebas solicitadas en la visita médica						
Estrés al informar y orientar al paciente sobre el tratamiento que se prescribe						
Colaborar en la realización de técnicas						
Control caducidad medicamentos						
Archivar historias clínicas en la consulta						
Clasificar /archivar pruebas complementarias en las carpetas						
Preparar el instrumental en bandejas para esterilizar						
Esterilizar el instrumental						
Toma de muestras						
Realización de curas						
Colaboración con el médico en la realización de pruebas						
Realizar extracciones sanguíneas						
Colocación escayolas						
Extracción escayolas						
Canalización vía venosa						
Toma manual de tensión arterial						
Pedir Historias a archivos.						
Cumplimentar peticiones analíticas y pruebas complementarias						
Ordenar la consulta clínica						
Reponer impresos en la consulta clínica						
Colocar y retirar sábanas de la camilla exploratoria						
Limpiar el instrumental utilizado						
Localizar y seleccionar pruebas / resultados de la Consulta						
Recoger medicación de uso hospitalario en Farmacia						
Preparar las Historias clínicas						
Devolver Historias clínicas a archivos						
Realizar estadística de casuística						
Subir el paciente de la camilla						
Acomodar al paciente en la camilla						
Bajar al paciente de la camilla						
Ayudar al paciente a desnudarse y vestirse						
Pesar al paciente						
Tallar al paciente						
Añade lo que no esté en la lista en el reverso de la hoja						

4. Si consideras que el estrés te dificulta el trabajo diario, ponle nombre

Por impotencia en la citación de pacientes a bastante demora
Por anular la cita por causa médica.
Por el gran ritmo de trabajo en la misma franja horaria
Por falta de personal
Por realizar tareas que no son propias de la profesión
Por no poder resolver los problemas de la institución
Por no poder resolver los problemas del paciente
Por la indefensión frente la agresividad del público
Por las malas relaciones entre los compañeros
Por la falta de información
Porque mi opinión no se tiene en cuenta.
Por la falta de reconocimiento profesional en el equipo
OTRAS

5-¿Qué alteración o alteraciones ha presentado en los últimos 5 años?

Alteración	SI	NO
Pérdida audición		
Pérdida visión		
Sofocos		
Mayor nerviosismo		
Más tranquilidad		
Problemas de sueño		
Hipertensión		
Hipotensión		
Jaquecas		
Obesidad		
Fibromialgia		
Pérdida memoria		
Otros**<u>Especificar</u>		

6-De las anteriores que alteración o alteraciones la han obligado a estar de baja y cuanto tiempo?.

1-Varios días 2-Entre 1-3 meses . 3-Más de 3 meses.

Alteración	1	2	3
Intervenciones quirúrgicas			
Embarazo			
Maternidad			
Fibromialgia			
Jaquecas			
Alergias			
Estrés			
Problemas de sueño			
Hipertensión			
Hipotensión			
Apnea de sueño			
Ciática:			
Esquince			
Rotura ligamentos			
Procesos reumáticos en articulaciones			
Accidentes laborales por sobre esfuerzo AS			
Accidentes laborales por caídas			
Accidentes laborales por alergia a productos sanitarios			
Otros ESPECIFICAR			

7- ¿Opina que las actividades que realiza en su puesto de trabajo es causa de sus bajas por enfermedad?

1-Nunca 2 Casi nunca 3 A veces 4 Frecuentemente 5 Casi siempre 6 Siempre

1-Nunca

2 -Casi nunca

3 -A veces

4 -Frecuentemente

5- Casi siempre

6 -Siempre

8-¿ Como valora actualmente su estado de salud con respecto al puesto de trabajo que desempeña?

1=Muy insatisfactorio 2= Bastante insatisfactorio 3= Aceptable 4=Bastante satisfactorio 5= Muy satisfactorio

1= Muy insatisfactorio

2= Bastante insatisfactorio

3= Aceptable

4= Bastante satisfactorio

5= Muy satisfactorio

9-¿ Cree que con su edad actual, debe solicitar un cambio en el puesto de trabajo que desempeña?

SI () NO ()

Porque: _____

Muchas gracias por su colaboración

9.2. Anexo 2. Encuesta Definitiva

CUESTIONARIO ANONIMO

Estimada compañera:

Para poder mejorar tu trabajo diario te agradecería cumplimentaras este cuestionario.

• Enfermera	Auxiliar de enfermería
• Año de nacimiento.	Sexo V M Estado civil:

1. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en CONSULTAS EXTERNAS

- 5-10 años
- 11-20 años
- 21 años y más

2. Sabiendo que en una escala de 1 a 6 el 1 siempre indica el grado más bajo y el 6 el grado más alto, señala el grado de dificultad que te ofrece cada una de las actividades que realizas en tu puesto de trabajo.

1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = A veces 4 = Frecuentemente 5 = Casi siempre 6 = Siempre

DENOMINACION DE LA ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6
Grapar volantes						
Sellar volantes						
Clasificar /archivar pruebas en carpetas						
Revisar las Historias clínicas						
Pulsar las teclas del ordenador						
Cumplimentar peticiones analíticas y pruebas complementarias						
Coger el teléfono						
Pesar al paciente en báscula manual						
Tallar al paciente						
Cargar peso						
Mantener peso con los brazos						
Colocar historias clínicas en el altillo de una estantería						
Bajar historias clínicas del altillo de una estantería						
Subir el paciente de la camilla						
Acomodar al paciente en la camilla						
Bajar al paciente de la camilla						
Ayudar al paciente a desnudarse						
1.3.1. Ayudar al paciente a vestirse						
Colocar almacén de la consulta						
Localizar las historias clínicas de los pacientes						
Registrar las actividades realizadas en el día.						

Manejo de instrumental pesado						
Manejo de instrumental muy preciso						
Rotar dispositivos giratorios						
Controlar la caducidad medicamentos						
Visualizar la pantalla del ordenador						
Pasar los enfermos a la Consulta						
Realizar extracciones sanguíneas						
Colocación escayolas						
Extracción escayolas						
Toma manual de tensión arterial						
Canalización vía venosa						
Colaborar en la realización de técnicas						
OTRAS						

3. Si consideras que el estrés te dificulta el trabajo diario, ponle nombre

Por impotencia en la citación de pacientes a bastante demora
Por anular la cita por causa médica.
Por el gran ritmo de trabajo en la misma franja horaria
Por falta de personal
Por realizar tareas que no son propias de la profesión
Por no poder resolver los problemas de la institución
Por no poder resolver los problemas del paciente
Por la indefensión frente la agresividad del público
Por las malas relaciones entre los compañeros
Por la falta de información
Porque mi opinión no se tiene en cuenta.
Por la falta de reconocimiento profesional en el equipo
OTRAS

4. ¿Qué alteración o alteraciones ha presentado en los últimos 5 años?

Alteración	SI	NO
Pérdida audición		
Pérdida visión		
Sofocos		
Mayor nerviosismo		
Más tranquilidad		
Problemas de sueño		
Hipertensión		
Hipotensión		
Jaquecas		
Obesidad		
Fibromialgia		
Pérdida memoria		
<u>Estrés Especificar</u>		
<u>Otros**Especificar</u>		

--	--	--

5. De las siguientes, qué alteración o alteraciones la han obligado a estar de baja y cuánto tiempo?.

1 = Varios días 2 = Entre 1-3 meses 3 = Más de 3 meses.

Alteración	1	2	3
Intervenciones quirúrgicas			
Embarazo			
Maternidad			
Fibromialgia			
Jaquecas			
Alergias			
Estrés			
Problemas de sueño			
Hipertensión			
Hipotensión			
Apnea de sueño			
Ciática:			
Esquince			
Rotura ligamentos			
Procesos reumáticos en articulaciones			
Accidentes laborales por sobreesfuerzo AS			
Accidentes laborales por caídas			
Accidentes laborales por alergia a productos sanitarios			
Otros ESPECIFICAR			

6. ¿Opina que las actividades que realiza en su puesto de trabajo son causa de sus bajas por enfermedad?

1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = A veces 4 = Frecuentemente 5 = Casi siempre 6 = Siempre

7. ¿Cómo valora actualmente su estado de salud con respecto al puesto de trabajo que desempeña?

1 = Muy insatisfactorio 2 = Bastante insatisfactorio 3 = Aceptable 4 = Bastante satisfactorio 5 = Muy satisfactorio

8. ¿Cree que con su edad actual, debe solicitar un cambio en el puesto de trabajo que desempeña?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

