

Cómo citar este documento

Pujazón Rodríguez, Rocío; Valderrama Martín, Antonia Beatriz; Romero Rodríguez, José María. Percepciones de la población sobre la sectorización de la atención enfermera. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0413.php>

PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN SOBRE LA SECTORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ENFERMERA

FICHA DESCRIPTIVA DEL PROYECTO

Duración del proyecto: dos años

Equipo investigador:

- Investigadora principal: Rocío Pujazón Rodríguez
Enfermera de familia
Distrito Sanitario Huelva-Costa
rociopujazon@hotmail.com
- Investigadora secundaria: Antonia Beatriz Valderrama Martín
Directora de Cuidados
Distrito Sanitario Huelva- Costa
- Investigador Secundario: José María Romero Rodríguez
Enfermero Comunitario de Enlace
Centro de Salud Adoratrices. Distrito Sanitario Huelva- Costa

PROBLEMA Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Desde la creación de la modalidad de Enfermería de Atención Primaria en 1984, que define a la enfermera como el profesional que ofrece cuidados de salud de forma autónoma, pero coordinada con el resto del equipo de salud, a la población a su cargo entendiendo como tal a los individuos, familias, grupos específicos y comunidad en general, en cualquier situación de enfermedad o salud a lo largo de todas las etapas de la vida, incluso de la muerte, allí donde viven y trabajan, con el objetivo de prestar una atención de salud integral y continuada;¹ se propone al profesional enfermero como agente de salud responsable de los cuidados en salud de la población. El desempeño de este papel requiere de un acercamiento más directo a la población a través de una forma de organización que favorezca la gestión centrada en las necesidades del ciudadano. En estos últimos años, y en el marco de sus planes de calidad,^{2,3} el Servicio Andaluz de Salud (SAS) está llevando a cabo cambios en los Modelos de Práctica Enfermera (MPE) que en Atención Primaria tienden hacia la Sectorización: asignación de una enfermera a un sector geográfico, claramente diferenciado, a cuya población atiende tanto en el centro como fuera del mismo.

Son escasos los estudios sobre el impacto que los MPE tienen sobre los resultados.⁴ No hemos encontrado antecedentes sobre modelo de organización sectorización total, aunque sí alguna experiencia de sectorización para la atención a domicilio.⁵ Algunos hacen referencia a la mayor costo-efectividad del modelo de sectorización⁶ y a la importancia de la adecuación del centro de salud al entorno físico y social de la población.⁷ En el entorno anglosajón, sin embargo, es bien conocida la importancia que los MPE basados en la competencia y autonomía para la toma de decisiones, tienen sobre la efectividad y eficiencia.^{8,9} En los estudios sobre satisfacción de los usuarios, la personalización de los cuidados es una de las expectativas que aparecen con mayor frecuencia.¹⁰

Se propone explorar, comprender las actitudes, creencias, motivos y respuestas de la población ante la sectorización de la atención enfermera, que pongan de manifiesto las líneas de mejora y las áreas a consolidar, en base a las cuales se puedan orientar estrategias que se acerquen todo lo posible a satisfacer las necesidades de los usuarios. Se espera también que los resultados permitan establecer un protocolo de evaluación de la sectorización orientado a la calidad integral en la medida que se interesa por las creencias de los usuarios¹¹ y, en general, útil para el ciclo de mejora continua de la calidad.

La oportunidad del estudio se justifica, en primer lugar, por nuestra realidad concreta: comenzamos el proceso de sectorización de la atención enfermera hace poco más de un año, creemos que una vez consolidado el cambio es buen momento para preguntar a los ciudadanos su parecer. Y, en segundo lugar, porque tratándose de una forma de organización que se pretende generalizar para toda la Atención Primaria de Andalucía,¹² los resultados podrían servir para la implantación del cambio en el resto de zonas básicas del SAS.

Si la Personalización persigue que un paciente sea siempre atendido por una enfermera de modo que se puedan establecer relaciones de empatía y confianza, la Sectorización extiende este objetivo a la familia y a la comunidad. En la medida que posibilita el conocimiento de la realidad sociofamiliar y comunitaria, permitirá la adecuación de las intervenciones enfermeras a las necesidades de la comunidad, familia y/o individuo. Este mejor conocimiento del medio por parte de la enfermera de barrio, junto a la identificación por parte de la población de un referente en salud, son en esencia lo que hacen de este modelo organizativo el marco ideal para mejorar la accesibilidad, la confianza, la captación, la identificación de necesidades no manifiestas, la continuidad y, en general, para mejorar la calidad de los cuidados que las enfermeras comunitarias prestamos a la población. Por otro lado, la disminución de la inversión de tiempo en desplazamientos contribuirá a una mejor gestión de los recursos humanos y permitirá aumentar el tiempo que dedicamos a la atención.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

1.- Decreto sobre estructuras básicas de salud 137/1984 de 11 de enero. B.O.E.

2.- Plan de Calidad: nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla: Conserjería de Salud. Junta de Andalucía; 2000.

3.- Caminando hacia la excelencia: II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.

4.- López Alonso SR. Revisión crítica sobre los modelos de la practica enfermera y sus resultados. Index de Enfermería. 2004; 44-45.

5.- Vidal Blanco, Gabriel y Mollet Pellicer, Isabel. La Sectorización de la comunidad: una alternativa como instrumento de planificación. Enferm Integral 2002. 60: XXXVII-XL.

Se trata de un artículo de revisión sobre los cambios de la enfermera como agente de salud en función de cómo se han ido organizando estos recursos humanos a lo largo del tiempo. Concluye que el acercamiento a la población debe pasar por la sectorización.

6.- Martínez Riera, José Ramón y Martínez Canovas, P. Análisis de la actividad de enfermería en Atención Primaria del Área 17 de salud de Elda. Cuad Gestión. 1998, jul-sep; 4 (3):152-156.

Se presenta un análisis cuantitativo cuyo objetivo es comparar costes (capítulo 1) y variables asociadas a los mismos entre centros sectorizados y no. Concluye que la actividad programada es mayor en los centros sectorizados y los costes son menores, así como mayor presión asistencial de actividades comunes en los centros con asignación por cupo médico.

7.- Rizo Baeza M, Fernández Ardanaz S. La perspectiva antropológica en la adecuación de la actividad de un centro de salud a su entorno físico y social: Barrio Virgen del Remedio (Alicante) Cul Cuid. 2001 jul-dic. V (10):36-45.

Se plantea la relación de un centro de salud con su entorno y tiene como objetivo definir el papel del centro de salud como elemento de cambio desde un concepto de salud integral.

8.- Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. Medical Care. 1994. 32(8), 771-787.

9.-Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski j, Weber AL. Organization and Outcomes of Inpatient AIDS Care. Medical Care. 1999. 37(8), 760-772.

10.- Antolí I Sasot, Josep. La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. Enferm Clínica 1998; 71-76 8(2) : 71-76.

Estudia la relación existente entre la aplicación del modelo de la calidad de la prestación de cuidados con la satisfacción del usuario. Se demuestra la bondad del modelo "enfermera de referencia" como método para incrementar el grado percibido de calidad de los cuidados enfermeros.

11.- Gil García E, Garrido Peña F. Los derechos de los pacientes en la Evaluación de la calidad de los servicios sanitarios públicos. Index de Enfermería. 2002; 38: 23-26.

Propone una reflexión sobre la centralidad de las evaluaciones de calidad en la satisfacción de las mayorías dañando así los derechos de las minorías, e invita a una evaluación de la *calidad integral*: evaluación que mida la calidad en virtud del mayor grado de eficacia sanitaria, eficiencia económica y satisfacción subjetiva que sea compatible con el mayor grado efectivo de respeto y protección de los principios básicos de la ética clínica y de los derechos de los pacientes.

12.- Cuidarte .Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.

13.- Giorgi A. The theory practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. Phenomenol Psychol, 1997; 28 (2):235-260.

Documento de apoyo para análisis de datos cualitativos. Durante el proceso de análisis de la información se recomienda definir categorías y subcategorías, tratando de integrar los datos tal cual fueron expresados por los entrevistados, respetando su lenguaje, opiniones y creencias. Y un último punto es hacer uso de la triangulación por medio de la invitación de otros investigadores que aporten su visión e interpretación sobre la información obtenida.

14.- Antón Nardiz MV. Enfermería y Atención primaria de Salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. S.A;1989.

15.-Pino Casado, Rafael del; Frías Osuna, Antonio; Palomino del Moral, Pedro A y Cantón Ponce, Dolores. Modelos de Enfermería Comunitaria. Rev ROL

Enferm.1995; XVIII (207):57-63.

16.-Frías Osuna, Antonio; Palomino del Moral, Pedro A. Modalidades de atención y organización de enfermería en la atención primaria de salud. Madrid; 1996. Pp. 923-939.

17.-Corrales, D Galindo, A Escobar, MA Palomo, L y Magariño, MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria. 2000, mar; 25(4):214-219.

Muestra las opiniones de médicos y enfermeras sobre la organización y concluye que la adscripción de población a enfermería favorecería la longitudinalidad de la atención, el compromiso con la población, y la oferta real de servicios, así como la autonomía y el reconocimiento profesional.

18.-Galindo, Antonio Escobar, MA Corrales, D y Palomo, L. Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. Enferm Clínica. 2002, jul-ago; 12(4):157-165.

HIPÓTESIS

La realización de este estudio cualitativo tiene un enfoque fenomenológico, por este motivo no contempla a priori hipótesis.

A pesar de ello y tras la revisión bibliográfica, partimos de la idea que considerar el punto de vista de la población sobre el modo en el que reciben la atención, sus opiniones y percepciones, contribuirán a orientar los modelos de organización hacia las necesidades de la población.

OBJETIVOS

Objetivo General:

1.- Conocer como viven los usuarios el disponer de una enfermera de barrio-referente en salud.

Objetivos Específicos:

2.- Indagar en las ventajas y dificultades percibidas.

3.- Identificar áreas de mejora y áreas a consolidar.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Se trata de un Diseño descriptivo, utilizando técnicas cualitativas. La investigación se va a realizar en la zona básica Huelva perteneciente al Distrito Sanitario Huelva-Costa. Es una zona urbana que recoge a una población de 145.000 habitantes, repartida en siete centros de salud. Tres de los siete tienen adscrita una zona con necesidades de transformación social (ZNTS). De los siete cuatro son perihurbanos y tres urbanos.

La población de estudio, los usuarios de los siete centros de salud que conforman la zona básica. Estos reciben atención enfermera sectorizada desde

hace aproximadamente un año. El sistema de muestreo será teórico, obteniendo sujetos representativos de cada uno de los siguientes grupos: Usuarios de Atención a Domicilio y Usuarios de atención en el centro.

Los criterios de inclusión serán:

- Acceder de forma voluntaria al estudio
- Ser usuario o cuidadora de paciente dependiente que recibe la atención enfermera fundamentalmente en su domicilio o
- Ser usuario que recibe la atención enfermera fundamentalmente en el centro, usuarios autónomos.

El estudio se basará en el análisis de las siguientes **dimensiones**:

- Identificación de su enfermera.
- Accesibilidad a la enfermera/ servicios del centro.
- Continuidad.
- Relación de confianza
- Satisfacción de necesidades.

La recogida de datos, se realizará a través de la triangulación metodológica, combinando diferentes métodos o fuentes de datos para controlar la tendencia del observador y los relatos de los informantes.

-Se tomarán notas de campo mediante la observación participante; nos apostaremos en las salas de espera de los centros, en las farmacias y cafeterías-churrerías próximas al centro de salud y recogeremos todos los datos que nos aporte la observaciones de los usuarios y sus conversaciones.

-Realizaremos entrevistas individuales semiestructuradas, en las que se recogerán datos sobre las dimensiones de nuestro estudio. La duración de la entrevista será de unos 30-45 minutos, será grabada previo consentimiento escrito del entrevistado. El número de entrevistas a realizar vendrá determinado por el criterio de saturación de la información, partiendo de un mínimo de 14, dos de cada centro, una perteneciente al grupo de atención a domicilio y otra al grupo de atención en el centro. Los temas y preguntas estarán decididos previamente y reflejados en una guía a modo de áreas generales ampliables y revisables (Anexo1),

-Grupos Focales: Realización de dos grupos focales, constituidos uno con usuarios de atención a domicilio y otro con usuarios de atención en el centro. Las reuniones durarán de 60-90 minutos. Serán grabadas con el consentimiento de los participantes y llevadas a cabo en presencia de un observador el cual recogerá las incidencias y observaciones en un cuaderno de campo. El número de participantes en cada uno de los grupos será entre 8 y 12, se cuidará que estén representados todos los Centros de Salud y se seleccionará de 1 a 2 participante de reemplazo. Realizaremos preguntas que harán de estímulo (anexo 1) y que van de lo más general a lo específico.

Al tratarse de un estudio cualitativo, consideramos que a lo largo de la fase de recogida y análisis de datos pueden ir emergiendo nuevas dimensiones de análisis que no se han contemplado en la fase de elaboración del proyecto y que se irán incorporando a medida que vayan surgiendo y sean consideradas de interés, de igual modo, se considera la libertad para profundizar en los temas realizando nuevas preguntas.

Teniendo en cuenta esta premisa, en las primeras etapas de recogida de datos se contempla la realización de un pilotaje con las primeras entrevistas con objeto de identificar nuevas dimensiones de análisis, lo que favorecerá la focalización de las entrevistas y discusión de los grupos

Consideramos que la fiabilidad de los datos está garantizada por utilizar distintas fuentes de datos, distintas técnicas de recogida y por la triangulación de los resultados por medio de la invitación de otros investigadores que aporten su visión e interpretación sobre la información obtenida.

El acceso al campo y la aproximación a los informantes, referente a la toma de notas producto de la observación se hará apostándonos en los lugares que a priori consideramos más interesantes para el objeto de estudio: salas de espera, farmacias y cafeterías-churrerías más próximas al centro de salud, pero serán las primeras visitas, pilotos que nos orientarán sobre los lugares más idóneos para la observación. Los participantes para las entrevistas y grupos focales serán contactados a través de su enfermera de familia o enfermera comunitaria de enlace, la selección de estos usuarios, que será teórica, se hará de la base de datos de pacientes incluidos en atención domiciliaria de cada uno de los centros y, la de usuarios de atención en el centro se hará a través de las agendas enfermeras de actividad en el centro.

El lugar elegido para el contacto y realización de la entrevista, será acordado entre el usuario y su enfermera de referencia que colaborará con la investigadora en el concierto de la cita.

Con respecto al análisis de la información, la transcripción de la información recogida en las entrevistas y el análisis, la realizarán los miembros del equipo investigador con ayuda de personal experto. El análisis del contenido de las transcripciones de los discursos de las entrevistas individuales y de los grupos focales se realizará siguiendo el método de Giorgi (1997).¹³

*Transcripción y lectura comprensiva de las entrevistas y notas de campo que nos proporcione un sentido global.

*Segunda lectura para extraer las unidades de significado y dar orden (categorización), tras un examen minucioso y detallado que nos permita extraer los fragmentos que revelan algo importante respecto al objeto de estudio.

*Examinar las distintas unidades que transformaremos en enunciados o dimensiones de significado (temas comunes)

*Interpretar y redactar las conclusiones: descripción general que refleja la opinión de los participantes y en la que estarán expuestas explícitamente todas las unidades de significado y temas comunes.

Durante todo el proceso de análisis se van definiendo categorías y subcategorías, tratando de integrar los datos tal cual fueron expresados por los entrevistados, respetando su lenguaje, opiniones, creencias, el tono, el contexto y aspectos no verbales.

Por último haremos uso de la triangulación a través de la invitación de otros investigadores que aporten su visión e interpretación sobre la información

elaboración del diario del investigador. Realización de las entrevistas individuales y grupo focal. Análisis de las notas de campo. Trascripción y análisis del contenido de las entrevistas.														
Valoración y elaboración de los resultados														
Elaboración del informe final														
Presentación de los resultados de investigación en congresos, revistas, foros, etc.														

La experiencia del equipo investigador sobre el tema, es fundamentalmente profesional. Trabajamos en atención primaria desde hace años y hemos participado activamente en el proceso de sectorización de nuestra zona básica.

-Rocío Pujazón Rodríguez, Diplomada y Título Superior de Enfermería por la Universidad de Huelva .Ha trabajado en Atención Especializada y en Atención Primaria desde hace más de quince años. En la actualidad trabaja como órgano staff en el Distrito Huelva-Costa y colabora como Profesora Asociada con la Escuela Universitaria de Enfermería de Huelva. La experiencia en relación a la investigación le viene dada por la realización durante un año, de un curso de Metodología de Investigación aplicada a los cuidados, impartido por la fundación Index en colaboración con el SAS.

-Antonia Beatriz Valderrama Martín, Diplomada en Enfermería por la universidad de Huelva con amplia experiencia en gestión, actualmente trabaja como Directora de Cuidados en el Distrito Huelva- Costa. Su experiencia en Investigación es reconocida en los siguientes trabajos:

*Valoración del método de trabajo que utilizan los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario del Servicio Andaluz de Salud. Metas Enferm. 2000, jul-ago; III(27):41-48.

*¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? Rev ROL Enferm. 200, feb; 24(2):137-139.

-José María Romero Rodríguez, Diplomado en Enfermería por la universidad de Huelva, con mas de veinte años de experiencia asistencial en Atención Primaria y una amplia y variada experiencia como docente. Trabaja en la actualidad como Enfermero Comunitario de Enlace y colabora como docente asociado en cursos de Comunicación con la Fundación lavante.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Con este proyecto de investigación, esperamos poner de manifiesto las ventajas e inconvenientes percibidos por los usuarios para en base a estos poder orientar y centrar nuestras intervenciones hacia la satisfacción de las necesidades de la población. Los resultados permitirán establecer un protocolo de evaluación de la sectorización, en nuestra zona, ya sectorizada, será útil para establecer áreas de mejora y de consolidación. En las zonas que en un futuro inicien su proceso de sectorización, los resultados de esta investigación podrán ser utilizados desde el comienzo contribuyendo al éxito de la implantación.

Podemos vincular este proyecto dentro de las prioridades de investigación que se enmarcan en el Plan Andaluz de Investigación, incluido en el apartado Servicios de Salud. Efectividad de un cambio organizativo.

MEDIOS DISPONIBLES Y RECURSOS PARA DESARROLLAR EL PROYECTO

1. Medios materiales: se utilizarán los propios de los centros, consultas para las entrevistas en el centro, material de oficina.

2. Medios humanos: consideramos que la composición de este grupo de investigación es la adecuada para elaborar este proyecto

La ayuda solicitada en este proyecto es fundamentalmente en materia de medios audiovisuales e informáticos, que creemos imprescindibles para el trabajo diario que conlleva el estudio. Además consideramos necesario los servicios de un transcriptor debido al volumen de entrevistas.

PRESUPUESTO (MEMORIA DEL PRESUPUESTO)

Gastos ejecución	Euros
A) Adquisición de bienes y contratación de servicios	
<input type="checkbox"/> sistema informático e Impresora	1500
<input type="checkbox"/> grabadoras	500
<input type="checkbox"/> material fungible	500
<input type="checkbox"/> Internet-teléfono	400
<input type="checkbox"/> Material bibliográfico	300
<input type="checkbox"/> Servicio transcripción	1500
Subtotal	4400
B) Viajes y dietas	
<input type="checkbox"/> congresos y cursos	1600

<input type="checkbox"/> organización de reuniones	300
<input type="checkbox"/> desplazamientos	300
Subtotal	1800
Subtotal gastos ejecución	4400
Total ayuda solicitada	6600

ANEXO 1

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

GUÍA PARA LA ENTREVISTA

El entrevistador utilizará esta guía para orientar la entrevista a las dimensiones de análisis,

1. **Pregunta estímulo-introductoria:** Qué le parece el cambio, lo conoce , sabe en qué consiste.
2. **Identificación-Referente:** conoce quién es su enfermera, quién es la enfermera de su barrio, se la encuentra a menudo por su zona....
3. **Accesibilidad:** como la localiza cuando tiene necesidad de sus servicios, la llama por teléfono, acude a la consulta, pide cita, espera a encontrársela en el barrio. Es ella la que contacta con usted... ¿qué le parece?
4. **Continuidad-Personalización:** le atiende siempre su enfermera, es su enfermera la que la atiende para todo... ¿qué le parece?
5. Relación de **confianza**, para preguntar, contar, pedir consejo, recomendaciones....
6. **Satisfacción** de necesidades: percibe que atiende su necesidades, está satisfecha , que cree que podría mejorar

ANEXO 2

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ENTREVISTA INDIVIDUAL / GRUPAL

El abajo firmante declara, que ha sido informado por los miembros del equipo investigador de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, que conoce que los resultados se utilizarán solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Acepta participar en el proyecto de investigación, realizando una entrevista individual/ grupal que será grabada en su totalidad mediante la utilización de una grabadora de voz.

Y para que así conste, firma:

Firmado: _____

En HUELVA a ___ de _____ de 200__.