



Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención Primaria.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio de Atención Primaria, planificación y evaluación.

Junio 1998 - Septiembre 1999.

Coordinadora:

Juana M^a Reyes Melián.

Autores:

Gonzalo Duarte Clíments.

Dolores Izquierdo Mora.

Indice

Presentación.	Pág. 3
Introducción.	Pág. 5
Documento de revisión, Junio - Agosto, 98	Pág. 7
Conclusiones de los grupos de discusión, Agosto - Octubre 1998.	Pág. 40
Resultados de las encuestas de opinión, septiembre 1998.	Pág. 67
Jornadas de trabajo. Las Palmas de Gran Canaria, febrero 1999.	Pág. 70
Innovación en Atención Primaria.	Pág. 73
La política de Investigación del Servicio Canario de Salud. Un instrumento para la equidad y la eficiencia.	Pág. 80
Fundamentos Económico - Sanitarios de la Enfermería en Ap.	Pág. 87
El caso británico: la enfermería comunitaria.	Pág. 94
El liderazgo en enfermería.	Pág. 102
Guía para los grupos de trabajo.	Pág. 113
Conclusiones de los grupos de trabajo durante las jornadas.	Pág. 118
Valoración de las jornadas.	Pág. 123
Evaluación de servicios de enfermería en Atención Primaria de Salud.	Pág. 128
Una propuesta de mejora para la Atención Domiciliaria: la enfermera comunitaria de enlace.	Pág. 132
Anexo I: Calendario de reuniones y participantes en grupos de discusión	Pág. 154
Anexo II: Programa de las jornadas de trabajo.	Pág. 158

Presentación.

La misión del SCS es contribuir de manera decisiva al mantenimiento y mejora de la salud de la población canaria, ofreciendo servicios de promoción y prevención de la salud, así como de curación, rehabilitación y cuidado de la enfermedad. Ello exige otorgar especial dedicación a las personas y grupos sociales más desfavorecidos, tanto en sus niveles de salud como socioeconómicos, cuidando siempre de ofrecer la máxima seguridad y confianza, prontitud y calidad, junto con un uso de recursos responsables.

El Plan Estratégico: Visión de futuro, establece las líneas que marcarán el futuro desarrollo del SCS. Este plan es fruto de un proceso en el que participaron los distintos agentes que conforman el SCS. Se contó para ello con personas pertenecientes a universidades, asociaciones profesionales, medios de comunicación, líderes sindicales y políticos, representantes de usuarios y directivos del SCS, de la Sanidad Privada y expertos internacionales. De ellos se extrajo una panorámica de los principales problemas que aquejan a la sanidad canaria y sus potenciales de solución.

Por otra parte, considerando las necesidades de los pacientes, el Plan de Salud de Canarias constituye el eje de actuación en este sentido. El Plan de Salud implica un esfuerzo de priorización en el que se han incorporado participativamente las opiniones y preocupaciones de la sociedad, los profesionales y otros colectivos informados, por lo que los problemas priorizados y los objetivos plasmados en el Plan se configuran como referente más adecuado para la evaluación del SCS.

En este contexto, la experiencia internacional nos dice que los ejes estratégicos que están dando mejores resultados son dos: por un lado, hacer de la atención Primaria el centro del sistema sanitario, y por otro desarrollar los denominados sistemas integrados de salud, que se han puesto en marcha en diversos países y algunas de cuyas características son:

- Contratan servicios para la salud de la población, no actuaciones separadas de atención sanitaria.
- Son redes integradas de proveedores que comparten los riesgos y en los que la Atención Primaria ejerce como puerta de entrada.
- Basan su actividad en guías de práctica clínica, protocolos y/o programas de cuidados.
- Utilizan herramientas de coordinación de cuidados.

Se estima que la Atención Primaria es, y debe seguir siendo, la puerta de entrada al sistema de salud, y que es a ese nivel donde se entienden las necesidades de los pacientes de forma global. Por ello, la Atención Primaria se está convirtiendo en el objetivo principal de varias de las reformas sanitarias en marcha. En general, se considera que esta es la mejor forma de alcanzar los objetivos para la mejora del rendimiento de los servicios sanitarios, es decir, los objetivos de equidad - accesibilidad, mejora de la salud, efectividad - eficiencia, y participación de los usuarios.

Cuando existen guías, protocolos o programas de cuidados aplicables al proceso en cuestión, la coordinación de cuidados garantiza su cumplimiento. Normalmente, quienes realizan el seguimiento de los pacientes a través de toda la cadena de cuidados son profesionales de enfermería con preparación adecuada, que juzgan los incumplimientos de los planes o protocolos y tienen autoridad para intervenir si los objetivos de los planes se encuentran comprometidos.

Por todo esto, la Dirección General de Programas Asistenciales, a través del Servicio de Atención Primaria, puso en marcha en Junio de 1998 un programa de desarrollo de la enfermería de atención primaria como gestora de cuidados. Este programa buscaba analizar la situación de partida y reorientar servicios que prestan o deben potenciarse en el futuro las enfermeras de atención primaria.

Para el proceso de análisis se utilizó una metodología cualitativa en la que participaron profesionales gestores, y asistenciales de la Atención Primaria en Canarias. El presente documento recoge este proceso y los resultados en cuanto a las líneas de trabajo a desarrollar para reorientar los servicios que prestan las enfermeras de Atención Primaria.



Por último agradecer a todos los profesionales que han participado en este proyecto, por su esfuerzo y colaboración. Sin ellos no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

Directora general de Programas Asistenciales.
Juana M^a Reyes Melián.

Introducción.

Uno de los proyectos iniciados por el Servicio de Atención Primaria durante 1998 fue el de “Análisis de la situación de la enfermería comunitaria y líneas de desarrollo”. El trabajo comenzó en el mes de junio de 1998 con los objetivos de revisar el perfil de la enfermería de A.P. y sentar las bases para desarrollar líneas de trabajo futuro. Este proceso viene motivado por la potenciación desde el SCS de la figura de la enfermera como gestora de cuidados y su papel innovador en la consolidación y desarrollo de servicios que ofertar a la población desde la atención primaria de salud.

En concreto se planteaba revisar las tendencias actuales de la enfermería, generar un consenso profesional en torno a las principales líneas de trabajo a desarrollar y pilotar iniciativas concretas de evaluación de servicios.

Para ello empleamos la siguiente metodología. Se elaboró un documento previo de revisión bibliográfica y de revisión de la evolución de indicadores en nuestra comunidad. Este documento sirvió de base para grupos de discusión con profesionales de toda la comunidad.

Se realizaron catorce grupos de discusión homogéneos, con directivos, y profesionales asistenciales de los centros de salud. En cada uno de ellos se les solicitó que identificaran los logros, las dificultades y las líneas de trabajo a desarrollar por la enfermería de A.P. Con las ideas consensuadas se elaboró un documento de conclusiones. De forma paralela se realizaron encuestas en algunas áreas de salud en las que no se habían realizado reuniones, la estructura de la encuesta fue similar a lo descrito para los grupos, asimismo se les hizo llegar el documento de discusión.

Ambos documentos, la revisión bibliográfica y el consenso en los grupos fueron enviados a los equipos, y sirvieron para identificar profesionales y equipos con iniciativas de servicios a consolidar o poner en marcha.

Las principales conclusiones de todo el proceso de análisis con profesionales fueron agrupadas en tres grandes apartados, ideas consensuadas en cuanto a los principales logros de la enfermería de atención primaria en los últimos años, los principales problemas o déficits y las principales líneas de servicios a desarrollar.

En cuanto a los logros podemos apuntar, el cambio de rol profesional de la enfermera, que ha pasado de un tipo de trabajo esencialmente técnico y dependiente a otro más autónomo y apegado a tareas de educación para la salud; la mejora en la formación de los profesionales; la organización de la oferta de servicios de los centros, con una gran cantidad de actividades protocolizadas y organizadas; y la calidad y resultados de los servicios ofertados a la población, es especial los que se refieren a los procesos crónicos y el programa del niño sano.

En cuanto a los problemas muchas de las ideas expresadas como logros se repiten aquí, la interpretación de esto es que son circunstancias en las que se ha avanzado pero no lo suficiente, podemos destacar aquí: problemas en cuanto a indefinición profesional y problemas de actitud; falta de formación específica en atención primaria; registros e indicadores disponibles inadecuados; fallos organizativos es especial los referentes a accesibilidad y captación; servicios que ofertar al ciudadano que no se han desarrollado, mención especial a la atención domiciliaria; y falta de liderazgo desde los directivos.

En tercer lugar, en cuanto a las principales líneas de trabajo a desarrollar podemos mencionar: la creación de foros y grupos de trabajo de distintos temas; potenciar la formación y la investigación específica; desarrollo de registros e indicadores adecuados; mejoras organizativas, en especial en cuanto a la captación y accesibilidad de los usuarios; desarrollo y oferta de nuevos servicios, en especial la atención domiciliaria y las actividades preventivas; el marketing, tanto externo como interno, de los servicios que presta la enfermera; y el liderazgo directivo.

A comienzos de febrero del año 1999, unas jornadas de trabajo en Gran Canaria, reunieron alrededor de 200 profesionales. Con ellas se cerraba el proceso de análisis con profesionales y se iniciaba el proceso de puesta en marcha de las distintas iniciativas a desarrollar. Durante las jornadas se escuchó la voz de los expertos en distintos temas, como los servicios innovadores en nuestro país, el papel de la

investigación, los fundamentos socioeconómicos de la atención enfermera en atención primaria, el modelo británico de atención primaria y el papel del liderazgo en enfermería, además de la revisión de las conclusiones del proceso de análisis previo. Durante las jornadas hubo grupos de trabajo compuestos por profesionales asistenciales de distintas áreas de salud, trabajaron en poner las bases de los aspectos a considerar a la hora de desarrollar iniciativas de evaluación de nuevos servicios.

Tras las jornadas de trabajo se está trabajando en la implementación y evaluación de distintos servicios de atención primaria en los que las enfermeras están implicadas de forma determinante, contemplando en la evaluación aspectos de organización, método y resultados de salud. Este trabajo se plantea durante los años 1999 y 2000. Deben llevar al desarrollo y consolidación de la cartera de servicios que se oferta desde la atención primaria en general y de la enfermería en particular.

Este documento recoge todo el proceso de análisis con profesionales, sus resultados y los conceptos de partida para el desarrollo y evaluación de servicios de enfermería en atención primaria de salud en Canarias.



Análisis y Propuestas de Desarrollo de Enfermería de A.P. en Canarias, una propuesta hacia el consenso.

Documento de revisión, Junio - Agosto, 98.

Estructura:

0. Justificación.

- Porqué este documento.
- El consenso.

1. Cuestiones Previas

- El inicio.
- Nuestro contexto.
- Participación.
- Fundamentos económicosanitarios de la APS.
- Competencia Coordinación.
- La enfermería “ profesional “.

2. Marco Legal de la Atención Primaria.

- Normativa Estatal.
- Normativa Autonómica.
- Otras normas y documentos de especial relevancia.

3. Situación actual Internacional.

- OMS.
- Europa.
- La Atención Domiciliaria.

4. Situación actual en España.

- Factores condicionantes.
- El producto / los servicios.
- La organización.
- Los profesionales.
- Los contenidos.

5. Situación actual en Canarias.

- Legal.
- Algunos datos.
- Organización.
- El usuario.

6. Lineas de investigación y Areas de trabajo.

- El punto de vista legal.
- El punto de vista de la investigación.
- Los ancianos como ejemplo.

7. Bibliografía.

0. Justificación.

- Porqué este documento:

En estos momentos diversas circunstancias nos han llevado a un proceso de revisión del papel de los servicios de salud como parte del plan estratégico del S.C.S. La atención primaria, y dentro de ella la enfermería en particular, no es ajena a este proceso. La atención primaria constituye la teórica puerta de entrada del sistema, y es responsable de la continuidad de los cuidados. En ambos aspectos la labor de la enfermería es fundamental.

Es en este marco en el que definir las líneas estratégicas de futuro para la enfermería en atención primaria resulta una labor prioritaria. Hay que definir cuáles han sido los principales logros en los últimos años y los principales campos a cubrir, los servicios a incorporar o desarrollar y las áreas prioritarias a atender.

El SCS a través del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación, está realizando un proceso de “ Análisis de la situación actual y líneas de desarrollo de la enfermería en atención primaria “. Como parte de este proceso se van a generar diferentes grupos de discusión y análisis con todos los profesionales y usuarios relacionados con los servicios de la enfermería de atención primaria.

Una condición previa y un objetivo en este proceso es lograr el mayor nivel de participación profesional y de los usuarios del sistema, con vistas a conseguir consenso sobre las estrategias a desarrollar en el futuro. Por ello, el objetivo de este documento es servir de base a la reflexión y el análisis sobre la situación de la enfermería de atención primaria en general, y en Canarias en particular. Es un intento de acercarnos a la situación actual de la enfermería y sus posibles vías de desarrollo.

La estructura de este documento intenta ir de lo general a lo particular. Comienza revisando los “ orígenes “ de la atención primaria y algunas cuestiones previas como son el contexto, la participación, los fundamentos economicosanitarios, la coordinación y la enfermería “ profesional “. Después describe el marco legal de la atención primaria, la situación internacional, la nacional y la de Canarias. Por último se revisan las principales líneas de investigación y áreas de trabajo contempladas hoy.

El documento busca recoger las ideas más relevantes sobre el tema que nos ocupa a partir de la bibliografía consultada. Por ello el S.C.S., como parte de la estrategia general de consenso en el proceso de análisis, considera cualquier aportación imprescindible, es por ello que deseamos que este documento siga siendo un *borrador* de trabajo.

Les animamos a participar en el proceso y difundir este documento entre los profesionales de la atención primaria y sus usuarios.

- El consenso.

El consenso es el acuerdo sobre un tema de una mayoría de personas. A este acuerdo se debe llegar a través de un proceso analítico de los problema planteados. El proceso de analizar y profundizar en las raíces del problema y en sus soluciones asume que es susceptible de tener distintas visiones personales, derivadas de la “ realidad “ específica de cada individuo.

Estas premisas aproximan bastante el proceso a las técnicas específicas de la investigación cualitativa, de la cual, el paradigma lo constituye el grupo de discusión. (14, 86). El sentido de este proceso es buscar información útil y rigurosa y sustituir el término ser objetivo por ser neutral y escrupuloso en la tarea de recoger múltiples perspectivas, múltiples intereses y múltiples posibilidades. *Un análisis de este tipo es válido cuando es creíble y es creíble cuando presenta una descripción e interpretación de una experiencia humana o de un fenómeno tal, que las personas que viven esa experiencia inmediatamente reconocen las descripciones e interpretaciones como suyas propias.* (15)

Según la revisión bibliográfica de Fernández de Sanmamed (15), los temas más explorados en Ciencias de la Salud con estos métodos son: evaluación, planificación sanitaria, opinión y satisfacción de usuarios, calidad asistencial, salud mental, drogodependencia, adolescencia, menopausia, parto, postparto, lactancia, planificación familiar y exploración de la percepción subjetiva de la enfermedad. Los métodos más conocidos en nuestro medio son las entrevistas en profundidad, la técnica Delphi y los grupos de discusión o grupos focales. Los grupos se han utilizado en Ciencias de la Salud (14) para: intervenir con los usuarios - aprendizaje, autoayuda, terapéuticos-, en la institución sanitaria - gestión y trabajo en equipo y análisis institucional - y en la investigación.

Mediante la técnica de discusión en grupo, se recogen opiniones de expertos - en cuanto personas implicadas con lo que se discute - sobre un tema y en su aplicación se logra el consenso. Este documento

pretende servir de base a un proceso de este tipo, aportando ideas para la reflexión previa a la discusión del grupo.

1. Cuestiones previas, antecedentes.

- El inicio.

A finales de los años setenta comenzó a potenciarse la atención primaria de salud como estrategia para conseguir *salud para todos*, en un intento por ofrecer una alternativa al modelo tradicional de asistencia sanitaria, centrado en el hospital. Esto implicó una serie de cambios en la prestación de servicios y en la preparación del personal sanitario, con un enfoque hacia la salud pública y la participación de la comunidad.

Un elemento clave para el cambio hacia un modelo de salud basado en la atención primaria era el personal de enfermería, porque constituía el mayor potencial de recursos humanos en los servicios de salud. En este sentido, la OMS convocó en 1974 una reunión de expertos para “esclarecer la contribución de la enfermería al mejoramiento de la salud de las comunidades, definir las funciones y las tareas de salud pública y su papel en el grupo sanitario, considerar la enseñanza del personal en relación con las necesidades locales y formular las recomendaciones para facilitar la consecución de estos objetivos”.(1).

De este modo, la OMS sentaba un precedente al recalcar que las actividades de enfermería se deberían realizar en la comunidad, definiendo la enfermería de salud comunitaria como “un servicio que presta cuidados de fomento, prevención, mantenimiento, recuperación, rehabilitación y cuidados terminales fuera del hospital, y se refiere al personal de enfermería que presta sus servicios en el nivel asistencial primario y allí donde se encuentre la comunidad de una manera natural, es decir, en su lugar de trabajo, en su hogar, barrio, escuela” (1).

Este concepto surge con la tendencia a potenciar los servicios de atención primaria frente al excesivo peso asistencial hospitalario, aunque hoy muchos consideran que la práctica de la enfermería sigue enclavada en la clínica, centrándose en la singularidad del ser humano, y prescindiendo del enfoque a la comunidad como un todo y a las características que unifican a los seres humanos y los diferencian en grupos.

En esta misma línea de reflexión, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1976, tomó como marco de referencia para la enseñanza y la práctica de la enfermería comunitaria la siguiente definición :

“ La enfermería comunitaria tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública con los de enfermería para promover, proteger, prevenir, mantener y restaurar la salud de la comunidad. Utiliza el método epidemiológico en sus actividades con la comunidad a fin de contribuir en la identificación de las necesidades de salud y para vigilar su tendencia en las poblaciones. Identifica, por medio del diagnóstico, grupos y conjuntos de grupos de individuos que están expuestos a los mismos factores de riesgo y comparten las mismas necesidades de salud. Determina las necesidades existentes y previstas en la planificación de servicios y evalúa su eficacia. Asimismo, planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa, y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para ayudar a ésta a alcanzar mejores niveles de salud. Busca conseguir la participación de la comunidad en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población. Por último, evalúa el impacto de sus acciones sobre el sujeto de atención. “

Podríamos resumir el concepto y la práctica de la enfermería de salud comunitaria como “una síntesis de los conocimientos y prácticas de la enfermería general y de la salud pública cuyo propósito es mejorar la salud de la comunidad”.(1)

Las nuevas tendencias hacia un modelo de salud se consolidaron cuando, en 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en Alma Ata. La declaración allí elaborada instaba a los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud y en coordinación con otros sectores sociales y económicos.

La Conferencia de la OMS de Alma-Ata (1978) definió la Atención Primaria de Salud como (2) “ la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando

lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria “.

El nuevo modelo de atención primaria de salud basaba sus postulados en una interpretación sociosanitaria de la enfermedad y en la promoción de la salud, y se estimaba que no sólo debía ser el primer eslabón de contacto entre las personas y el sistema sanitario, sino que además debía abarcar actividades tales como educación para la salud; abastecimiento de alimentos y nutrición adecuada; control de las aguas potables; saneamiento ambiental; atención de salud materno-infantil; inmunización, prevención y control de las enfermedades endémicas, y suministro de medicamentos esenciales.

En cuanto a sus principios organizativos, los servicios de salud debían ser accesibles, adecuados a las necesidades de la población, funcionalmente integrados, económicos, basados en la participación de la comunidad y en la coordinación intersectorial. La profundización de estos cambios queda plasmada en las posteriores conferencias y declaraciones de la OMS sobre promoción de salud, que resumen la estrategia del cambio en los siguientes puntos: la potenciación de la intervención social en salud; el desarrollo en la población de aptitudes personales para afrontar los problemas; la creación de ambientes ecológico-sociales saludables y la elaboración de políticas saludables.

Según el análisis de Sánchez , Mazarrasa y Merelles (1), desde la consolidación de las tendencias hacia el modelo de salud y con el desarrollo de la atención primaria, ésta se ha venido enfrentando a algunos obstáculos que señalaremos a continuación:

a) Problemas conceptuales.

Se derivan de una falta de comprensión de la atención primaria como un enfoque integral de la salud, cuya filosofía, impregnada de “ justicia social e igualdad, autorresponsabilidad por la propia salud, solidaridad internacional y aceptación de un concepto amplio de la salud “, muchas veces se ha interpretado como si fuese atención primaria médica. Abandonándose un planteamiento de la salud más amplio, en la que se responsabilice a distintos sectores.

b) Problemas políticos

La atención primaria de salud ha sido considerada en ámbitos políticos menos prestigiosa que la atención especializada basada en el hospital, materializándose en diferencias importantes en la asignación presupuestaria. Incluso se ha estimado como propia de los países subdesarrollados, pero inaplicable en los países industrializados, los cuales sostienen, que ya tienen garantizadas la mayoría de las actividades que contempla la atención primaria.

c) Problemas de actitud en los profesionales sanitarios y en la población.

La formación de los profesionales de la salud se encuentra íntegramente orientada hacia el modelo médico. Desde la aparición del Informe Flexner en Estados Unidos, en 1910, éste se convirtió en guía para los currículos de las ciencias de la salud, en los que se introdujo su interés en las ciencias biológicas, - desplazando a las ciencias sociales -, la interpretación de la enfermedad como algo que afecta al individuo, el predominio de la orientación terapéutica hacia lo clínico e individual y el olvido de la responsabilidad de los factores económicos y políticos frente a las enfermedades.

Se consolidó una práctica profesional orientada hacia la enfermedad y el trabajo curativo, que encontró en la infraestructura hospitalaria y en los innovadores recursos técnicos, instrumentales y humanos su medio de crecimiento óptimo, reflejando las características del desarrollo económico del momento, con una especialización creciente y una fragmentación del conocimiento. De hecho, los profesionales sanitarios parece que encuentran mayor satisfacción emocional e intelectual en la atención especializada que en la atención primaria. Encontrándose en los propios profesionales de la atención primaria una ausencia de orgullo profesional y la inexistencia de un sentimiento de identificación y pertenencia. Este sentimiento se extiende también a la enfermería, de tal modo que la enfermería hospitalaria es conceptualizada como poseedora de conocimientos, hábil en el dominio de la técnica y de alto rendimiento, mientras que la de Atención Primaria como poca productiva, con trabajo empírico y no organizado y en cierta medida indisciplinada (no aceptando líneas ni trabajo jerarquizado).

La población, por su parte, incorpora los prejuicios profesionales dominantes en el ámbito sanitario, y juzga mejor una atención especializada con alta tecnología que una atención primaria, considerada rudimentaria y de baja calidad.

d) Problemas organizativos y de gestión.

La atención primaria de salud supone un intento de superar el predominio del enfoque curativo y asistencial de los servicios, asumiendo que el sistema sanitario, por sí sólo, es incapaz de hacer frente a los problemas de salud, considerados éstos en un sentido amplio.

Por ello, la nueva estrategia sanitaria implicaba la coordinación entre los propios servicios de salud y la integración de éstos con los demás servicios de la comunidad (sociales, educativos y otros) para actuar de una manera global frente a los problemas sociales que son consecuencia de una variedad de factores causales y que superan la capacidad de intervención de un sector o una institución.

Con el tiempo, esta racionalidad organizativa y de gestión se ha visto restringida a la preocupación por la eficacia y la eficiencia y por la contención del gasto en salud. En parte por la dificultad de la coordinación entre ante la burocratización y rigidez de las estructuras; y en parte también por la falta de visión global de políticos y directivos, sumados al cuestionamiento a nivel global del estado del bienestar.

e) Problemas de formación.

Si bien en algunos países se han introducido ligeras modificaciones en los planes de estudio de las profesiones sanitarias para incluir los conceptos de la salud pública y de la atención primaria de salud, lo cierto es que el enfoque dominante en dichos planes ha sido eminentemente biologista, curativo y asistencial.

Esta misma situación es aplicable a enfermería, en cuya formación, bajo la influencia del modelo médico, ha prevalecido la enseñanza de las ciencias biológicas frente a las sociales. Y ello a pesar de que esta profesión ha estado más abierta al cambio hacia la atención primaria de salud, siguiendo las recomendaciones de la OMS de incorporar a su currículo los conceptos y métodos de la salud pública.

Hay que considerar aquí el importante avance que supuso para la profesión médica y la Atención Primaria el desarrollo de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Por contra, aunque la especialidad de Enfermería en Salud Comunitaria fue establecida legalmente en 1987 aún está por desarrollar.

f) Problemas en la investigación.

La atención primaria de salud es una de las áreas donde se espera obtener mayores beneficios a medida que la aportación multidisciplinar posibilite el trabajo en equipo de forma más efectiva.

Como señala H. Vuori, son temas de interés para la investigación en atención primaria de salud los siguientes: política sanitaria y organización de la comunidad, desigualdades en salud, participación comunitaria y colaboración intersectorial, sistemas de información y estudios internacionales comparativos.

Sin embargo las publicaciones que recogen las investigaciones en atención primaria de salud reflejan más bien las inquietudes de los profesionales sanitarios, generalmente clínicas, que las preocupaciones en salud sentidas por la población, más de índole social.

Aunque en las red de las unidades de investigación en nuestro país se contempla la investigación en enfermería como área específica, con personal investigador enfermero, en la práctica el papel de la enfermería en las Unidades de Investigación es poco relevante. Como ejemplo, en 1994-95, según datos de la Red de Unidades de Investigación del S.N.S. (REUNI), “ En cuanto a recursos humanos, la red cuenta en su conjunto con 1495 investigadores específicamente asignados total o parcialmente a las UI y 4627 investigadores, mayoritariamente clínicos asistenciales, adscritos a proyectos de investigación. Hay 512 personas consideradas como personal de apoyo a la investigación . En el área clinicoepidemiológica trabajan 562 investigadores, de los que 330 tienen formación en epidemiología y 96 en estadística. ... Hay 105 ayudantes técnicos sanitarios y diplomados universitarios de enfermería vinculados a las UI, pero sólo 59 de ellos realizan funciones propiamente investigadoras y el resto funciones de apoyo, lo que se traduce en la escasa investigación de enfermería que se realiza en el SNS. “ (88).

Podemos ampliar estos datos diciendo que según “ Las bases de datos del FIS sobre los proyectos solicitados y financiados por esta agencia desde 1990 hasta el 1995, destacando aquellos proyectos cuyo investigador principal era una enfermera. En estos últimos seis años se han presentado al FIS 213 (2,1% del total de solicitados) proyectos liderados por un profesional de enfermería, un tercio de los cuales ha sido financiado (34 %). “ (89)

- Nuestro contexto.

La organización de la asistencia sanitaria en nuestro país varía sustancialmente con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, al establecer dos niveles asistenciales interconectados entre sí: atención primaria y asistencia especializada. La atención primaria se constituye en la puerta de acceso al sistema para el individuo, la familia y la propia comunidad, sin que la intervención de este nivel esté limitada a la existencia de enfermedad. La asistencia especializada se concibe como apoyo y complemento de la atención primaria, atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta. El hospitalocentrismo, que era la característica más destacada de nuestro sistema sanitario, pierde protagonismo, y el auge de la atención primaria (espíritu de Alma Ata) marcará el comienzo de una etapa de cierta rivalidad entre ambos niveles asistenciales.(3)

La evolución de la sanidad en la última década ha proporcionado un mayor control y un conocimiento mucho más exacto del uso de los recursos y ha favorecido el desarrollo de la atención primaria. Estos hechos han hecho aflorar otros problemas no contemplados antes, que irrumpen en un contexto difícil económico, social y político, dando la impresión de una crisis general del sistema sanitario, creando inquietud en los profesionales sanitarios. Creemos que esta crisis es fundamentalmente una crisis de crecimiento y desarrollo.

Los principales condicionantes de la crisis en nuestro país (4), son los siguientes:

1. El cambio demográfico: en especial el envejecimiento y por tanto el aumento de la esperanza de vida, que multiplica la población necesitada de asistencia sanitaria de todo tipo, en especial por la cronificación de los procesos.

2. La evolución tecnológica: la irrupción de las llamadas altas tecnologías en sanidad han tenido un fuerte impacto en los últimos años, pero no sólo éstas han revolucionado los procesos diagnósticos y terapéuticos sino que además debemos prestar especial atención en nuestro ámbito a lo que podríamos llamar bajas tecnologías, la “ comunicación “ entre ellas, que hacen de la relación persona enferma / equipos asistenciales un nuevo enfoque de lo que debe representar la medicina moderna .

3. La evolución general en las sociedades occidentales: han optado por no proporcionar más recursos del PIB propio a la sanidad, conscientes de que la sanidad como tal está siendo un pozo sin fondo para el Estado del bienestar, consumidor de cuantiosos recursos sin que ello lleve aparejado un significativo aumento en la salud poblacional. Por otro lado, los valores políticos del sistema de bienestar abocan indefectiblemente a un empleo efectivo y eficiente de los recursos.

Podríamos añadir a lo anterior el cambio de actitud ante la salud y la enfermedad de nuestra sociedad, que provoca una demanda mayor, buscando en muchos casos soluciones a problemas no sanitarios en la atención primaria de salud - tal vez para compensar el déficit de recursos sociales -.

Si aceptamos la evolución comentada es lógico suponer que quien más nota sus efectos y consecuencias y, por tanto, más puede estar en condiciones de formular algunas respuestas es la propia comunidad y el conjunto de profesionales de la sanidad que se enfrentan diariamente a los retos de ejercer su profesión frente a un nuevo tipo de pacientes y problemas de salud. Si a esto añadimos que en sanidad el conocimiento general de cómo y qué debe hacerse, así como la decisión final del gasto ha sido, es y continuará siendo de los profesionales sanitarios en cooperación franca y cada vez más abierta con la comunidad y otro tipo de profesionales diversos, debemos concluir en que no existe sanidad posible que funcione con unos buenos resultados si no es con los profesionales. Por ello la opción del consenso nos parece un camino inevitable.

- Participación.

Una sanidad basada en los profesionales y orientada al usuario necesitará desarrollar canales de participación, tanto para los propios profesionales como para los usuarios. Esto podría representar un profundo cambio de papeles tradicionales y de modos de decidir y resolver las cuestiones con las que nos enfrentamos. La participación podría decirse que es un modo de entender la sanidad y la salud por parte de los profesionales y por parte de la misma sociedad. Es la irrupción de la responsabilidad individual en los propios quehaceres de la salud y su mantenimiento por parte de los ciudadanos y de los diferentes profesionales y responsables del sistema.

En el caso de los profesionales es importante su participación porque no puede excluirse a quien da el servicio de su activa participación en la *definición del producto ni en la forma en que puede mejorar la organización de la actividad*. La participación requiere un aprendizaje necesario y no es simplemente dar una opinión sobre las cosas. La participación requiere un marco facilitador pero supone desarrollar la responsabilidad mas allá de las opiniones, presentando propuestas y asumiendo las consecuencias de las mismas.

Es en este contexto en el que se sitúa la discusión y el consenso sobre la situación y el desarrollo de la enfermería comunitaria. Este camino hacia una sanidad orientada al paciente y basada en los

profesionales precisa una cultura organizativa participativa que incluya la búsqueda de la autonomía profesional, es decir, responsabilidad y compromiso.

- Fundamentos economicosanitarios de la APS.

Hoy día es admitido que los criterios socioeconómicos con los que los servicios de salud deben proveer su atención son la eficiencia y la equidad. La eficiencia para garantizar la mejor relación posible entre los recursos consumidos y los resultados obtenidos, y la equidad para asegurar que cada ciudadano sea atendido de acuerdo a sus necesidades. Para analizar la relación entre el consumo de recursos y los resultados producidos se han desarrollado diversas técnicas de evaluación socioeconómica. Esta evaluación no necesariamente tiene que ver con el dinero, ni sólo con los costes, ni es una forma de controlar el gasto, sino que es un conjunto de instrumentos científicos que sirven para ayudar a elegir en el proceso de toma de decisiones (5).

Siguiendo a Ortún y Gervás (6) en cuanto a formalizar los fundamentos economicosanitarios de la atención médica primaria y aplicándolos a la enfermería, contemplemos algunos aspectos básicos. La eficiencia sanitaria y económica de la AP se basa, conceptualmente, en la longitudinalidad , el papel de filtro de la AP y en la visión global del paciente.

Desde un punto de vista económico, la longitudinalidad propia de la atención primaria supone importantes ganancias de eficiencia. El proceso diagnóstico para llegar a la resolución de un problema de salud, puede conceptualizarse como una forma de reducir las sospechas iniciales paso a paso a través de un método hipotético-deductivo. Se recoge información (historia clínica, exploración o pruebas diagnósticas) para revisar las sospechas iniciales y la probabilidad de cada una de ellas. Una nueva información diagnóstica sirve para revisar probabilidades hasta que sea más ventajoso detener el proceso diagnóstico y pasar a tratar / no tratar. El buen ejercicio de la AP, con una longitudinalidad plasmada en la historia clínica, permite valorar a muy bajo costo probabilidades previas (conocimiento de factores de riesgo por ejemplo) y aumenta la probabilidad pretest. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas.

Una mejor circulación de la información clínica relativa a un paciente podría contribuir a la eficiencia del sistema global, pero no reducirá la ventaja comparativa de la Atención Primaria de Salud, fruto de su longitudinalidad (personal y familiar) y el alto nivel de información previa, frente a cada nuevo episodio de enfermedad / problema de salud.

El aumento en eficiencia que supone la visión global del paciente viene avalado por (6), ” en primer lugar, las tendencias internacionales; en segundo, las historias recientes de éxito empresarial; en tercero, la concentración del gasto sanitario en un número reducido de pacientes, y en cuarto lugar, la mejor situación del médico general para desempeñar el papel de agente del paciente. El informe Tomlinson , el informe del King's Fund , y otros observadores apuntan hacia un reforzamiento de la atención primaria por razones tecnológicas, demográficas, sanitarias y económicas. Por otra parte, la mayor empresa sanitaria del mundo (Columbia/HCA, desde octubre de 1994) basa su éxito en la obviedad de que cada paciente debe tratarse en el nivel asistencial adecuado. Para la mayor parte de los problemas sanitarios de una persona este nivel es el de la atención primaria.”

En España, el 5% de los usuarios consume el 52% del total del gasto sanitario en un año, y también tan sólo el 1% de la población consume el 26%, y el 50% que menos consume representa el 3% del gasto anual. La concentración del gasto debería corresponderse con un mayor esfuerzo gestor en el 5% de usuarios que representa más de la mitad del gasto sanitario. Ese mayor esfuerzo gestor requiere de una APS que proporcione atención integrada.

Las decisiones sobre la asistencia efectuadas por profesionales de la AP, escogidos por el consumidor y cercanos a éste, deberían reflejar mejor las preferencias e información del usuario que las decisiones que pueda tomar un gestor. La atención primaria debería, idealmente, ofrecer una gran capacidad resolutoria. Para el paciente es muy agradable que los problemas se resuelvan en el acto, sin remisiones y por el profesional conocido, en un entorno cercano y humano.

Habría que preguntarse cómo puede la enfermera influir de manera positiva en este proceso de mejorar la eficiencia. En un primer acercamiento, la enfermera puede aumentar la longitudinalidad de la atención al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados. Además podría jugar un buen papel de filtro - ajustando las derivaciones a especialistas y pruebas complementarias protocolizadas en los programas de crónicos, por ejemplo, el grupo que genera más gasto al sistema - . Podría asegurar la visión global del paciente - pensemos en los tiempos de consulta mayores en la consulta de enfermería que en la médica y en la alta presión asistencial médica -. Además puede ser la bisagra entre servicios sanitarios y sociales.

Empíricamente, se da una mayor eficiencia de aquellos sistemas con una mejor atención primaria. El éxito de la reforma en el Reino Unido se ha debido al mayor poder decisorio otorgado a la atención primaria. Todo ello es cierto donde existe una práctica de medicina general de calidad. Es decir, con médicos generales adecuadamente formados (conocimientos, habilidades y actitudes) y que consiguen que la población les reconozca como primer contacto con el sistema sanitario. Cabe suponer que esto mismo es válido para la enfermera y otros profesionales de la Atención Primaria, lo cual tal vez nos llevaría a plantearnos la necesidad de mejorar la formación específica profesional.

Citando a Ortún y Gervás en el caso de la atención primaria médica (6): “ Existe un círculo vicioso de baja estima social, formación defectuosa, ingresos reducidos y rivalidad intensa con la parte más espectacular de la medicina, basada en los hospitales. Los países que han roto este círculo vicioso, como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido, empezaron por crear una asociación profesional de médicos de cabecera poderosa que se abrió paso en las universidades y consiguió finalmente una formación de posgrado que se convirtió en obligatoria para la profesión. Con la ayuda de regulaciones que establecen al médico general como filtro y coordinador, limitando el acceso directo a los especialistas, la atención médica primaria constituye la base sólida del sistema sanitario de los tres países mencionados. En ellos el médico de cabecera goza de gran estima, está razonablemente bien pagado, existen candidatos de calidad para la profesión y, además, la población está satisfecha con el sistema sanitario. No puede romperse el círculo vicioso sin una organización profesional competente que pueda convencer a la población y a los políticos de los beneficios de una atención sanitaria basada en la atención primaria “.

La AP resolutive, con tamaño suficiente para compensar y asumir riesgos, y competencia gestora, puede mejorar la eficiencia del sistema sanitario por su longitudinalidad, papel de filtro e integralidad. Puede, además, innovar organizativamente por medio de la fluidificación de la conexión entre atención primaria y atención especializada, y entre atención especializada y atención sociosanitaria, y enfatizar la efectividad de los tratamientos y la atención al 5% de los usuarios que absorbe, en un año, el 52% del gasto. La estrategia de la atención primaria de salud es la que mayor innovación organizativa puede aportar. Las evidencias apuntan en ese sentido, la inercia de los intereses creados en sentido opuesto.(6).

- Competencia - coordinación.

En los últimos tiempos en nuestro país, y a más de 10 años del comienzo de la reforma sanitaria, se viene haciendo hincapié en lo que al parecer va a resultar la nueva tendencia de la organización sanitaria que se nos avecina: “ la competencia “. Estas tendencias han acuñado términos que indican la intención de aumentar la eficiencia de los sistemas sanitarios a través de la introducción de incentivos de mercado y competencia, y la regulación descentralizada de los sistemas públicos .

Aparentemente, el concepto competencia (competitividad) lleva implícita la idea de desavenencia, de rivalidad, de contienda, de disputa. Entonces, ¿disputa de qué y entre quiénes? y, además, ¿obligarán estos nuevos escenarios a redefinir aspectos como la equidad o la accesibilidad?, ¿cómo encaja en ellos el problema de la variabilidad en la práctica asistencial, que más bien parecería que lo fueran a acentuar ?

Sin embargo, también el término hace referencia a la idea de mercado frente a organización planificada y burocratizada. Es decir, la competencia dejaría de ser un objetivo en sí misma para ser un instrumento al servicio de la eficiencia. Desde esta perspectiva, podrían quedar minimizados los aspectos peyorativos, cambiándolos por otros como pueden ser las ideas de idoneidad o de excelencia profesional, aunque ello exige, además, que la organización sanitaria se encuentre en un escenario previo y general de suficiente madurez. Es difícil “ cooperar “ para asegurar la continuidad de los cuidados en los distintos niveles asistenciales.

Habitualmente, cuando un ciudadano advierte que su estado de salud se ha alterado, decide, en función de la percepción de la gravedad o urgencia del trastorno, si plantea su problema a su médico de cabecera (¿centro de salud?) o si lo hace a un servicio de urgencias (¿hospital?). Inmediatamente surgen una serie de preguntas como prerequisites para elegir pautas de actuación que modifiquen la historia natural del proceso: ¿cuál es el problema sanitario? ¿Se debe a una enfermedad? ¿Qué sucedería si no se hiciera nada? Imaginemos un escenario en el que el usuario eligiera entre proveedores privados, compitiendo entre sí...

“ Particularmente entendemos que la mejor salida para lograr la pretendida coordinación entre niveles podríamos encontrarla precisamente cambiándolo, pero no por el término competencia , sino por el de cooperación . Ésta será la única manera de proyectar la racionalidad de la continuidad de los cuidados al conjunto de la asistencia sanitaria. No perdamos de vista que la idea de cooperación siempre ha respondido a la necesidad de aunar esfuerzos para alcanzar un mismo fin. “ (3).

- La enfermería “ profesional “.

Para aumentar la eficiencia y la equidad de los servicios de enfermería, hay que revisar los conceptos de “ profesión “ y la responsabilidad que conlleva. Algunos autores opinan que la enfermería no define su rol profesional , entre otras razones, por el miedo a asumir una mayor responsabilidad de sus actos (7, 8, 9, 10).

Desde finales de los años 70 en España, la Enfermería comenzó a diferenciarse como una más entre las Ciencias de la Salud. Antes lo había hecho en otros países, sobre todo los anglosajones, llegando a formular un auténtico cuerpo doctrinal de modelos profesionales, que pretendían dar entidad a la nueva profesión y nueva disciplina científica. “ El Cuidado “ como tarea histórica y oficio auxiliar, pasó a ser el nudo gordiano de la “ nueva “ profesión y los profesionales que durante años y siglos se habían dedicado a ser ayudantes, comenzaron a ser científicamente autónomos.

La Enfermería, poco a poco, fue dejando de ser oficio para pasar a ser considerada una profesión y cumplir los cuatro requisitos, que Parsons en los años treinta formuló, para diferenciar un oficio de una profesión :

- *Universalidad.* Llevando su acción a toda la humanidad.
- *Especificidad funcional.* Sólo se es profesional en un ámbito del conocimiento, en este caso el Proceso de Cuidar, fuera de ese ámbito su opinión no tiene más peso que el de cualquier persona.
- *Neutralidad afectiva.* Debe tratar a todas las personas igual, con independencia de raza, credo, origen, etc.
- *Orientación hacia la colectividad.* Su fin es mejorar la sociedad. No son exclusivamente un negocio.

El desarrollo profesional va ligado al desarrollo de la responsabilidad y más aún al desarrollo de la competencia profesional. El acto responsable es el que se realiza previa toma de decisión, previa opción, previo análisis. Ser responsable es tener argumentos para poder explicar porqué se ha actuado de una manera determinada y no de otra. El sentido de previsión y la toma de decisión es la base de la responsabilidad. (11). . Nada interesa más al usuario que enfermeras profesionales, responsables y competentes.

La ética y el derecho son dos instrumentos de gran ayuda en el análisis y la toma de decisiones. “ La responsabilidad ética obliga a responder de los propios actos desde la conciencia personal; la exigencia ética es una exigencia personal sobre cuál es el mejor comportamiento posible en una situación concreta, cuáles son los valores que se deben defender en ella, a qué está la persona dispuesta a renunciar “ (12). En situaciones de trabajo en equipo, la ética obliga al consenso. La responsabilidad legal hace referencia al cumplimiento de la norma legal establecida. En nuestro contexto profesional, la norma legal por excelencia es la LOSCA y el Decreto 11/97, a los que hacemos referencia en el punto 2 de este documento.

Podemos afirmar que nuestro sistema de valores profesionales ha estado y está en muchas ocasiones ligado al paradigma biológico o biomédico. La postura profesional en la que suelen traducirse estas situaciones es el paternalismo o el maternalismo. Se interpreta el comportamiento del enfermo y se deciden las acciones pertinentes como si de un niño se tratase. La participación del enfermo es pasiva y se orienta a la aceptación del tratamiento y al desarrollo de los comportamientos supuestamente deseables. Se busca la obediencia.

Una segunda posibilidad de planteamiento profesional se deriva de la convicción de que determinar lo bueno y lo malo desde posturas exclusivamente objetivas y externas a la persona es, si no imposible, sí difícilísimo. Aquí es donde la relación interpersonal se convierte en elemento terapéutico.

El juicio profesional, la definición del problema o problemas del enfermo conjuga tres elementos: el juicio diagnóstico, el juicio terapéutico y el juicio ético. Así, en lugar de situarnos en posiciones paternalistas, el enfoque centrado en la persona nos sitúa en posiciones de respeto a la autonomía, en las que la capacidad de decidir de la persona, la inclusión de su “ vida “, es tan elemento terapéutico como cualquier tratamiento. El enfermo es actor, no sólo espectador, del proceso de cuidados.

“ Situarnos en un enfoque holístico de la salud y plantear la autonomía de la persona como centro de la atención, significa trabajar desde una concepción profesional cuyo primer enunciado es el respeto a los múltiples códigos morales que los seres humanos pueden desarrollar, ya que lo bueno y lo correcto se concretan en cada situación “. (12)

A partir de lo anterior, la ética de la Enfermería se asentaría sobre las siguientes bases:

1ª *Autonomía* ética del colectivo.

2ª Cualificación profesional y parcela propia de actuación.

3ª Un claro y único deber moral, el mayor bien del individuo (enfermo, usuario, paciente, etc.).

Este camino por el que las enfermeras deben caminar, conlleva la responsabilidad de las consecuencias éticas y legales de sus actuaciones. La autonomía profesional indudablemente lleva asociada la carga de la responsabilidad. Esta responsabilidad del colectivo podría ser enmarcada en cuatro grandes grupos:

- Responsabilidad con el enfermo,
- Responsabilidad con el resto del equipo sanitario, enfermeras, médicos, auxiliares, otros.
- Responsabilidad ante la Sociedad, comprometiéndose a mejorar con su trabajo el bienestar social.
- Responsabilidad de formación, asesoramiento y opinión, en todos los foros donde se plantee cualquier problema, contribuyendo con su propia formación y conocimientos (7, 13).

Desde ésta última perspectiva inicial, cabe preguntarse hasta qué punto está respondiendo la enfermería comunitaria a los retos y obligaciones planteadas como “ profesión “.

2. Marco Legal de la Atención Primaria.

El modelo de atención primaria se fundamenta en el siguiente marco legislativo:

- Normativa Estatal:

1. Constitución española de 1978.

Proclama el derecho a la protección de la salud.

2. Estatuto de Autonomía de Canarias de 1982, Ley Orgánica 10/82 de 10 de Agosto (BOE nº 195 de 16 de Agosto). Modificada por Ley Orgánica 4/1996, de 30 de Diciembre (BOE nº 315, de 31 de Diciembre).

Atribuye a la Comunidad de Canarias competencia en materia de Sanidad e Higiene y ejecución de los servicios de la Seguridad Social.

3. Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de Abril. (BOE nº 102 de 29 de Abril).

4. Ley 25/90 del Medicamento de 20 de Diciembre, (BOE nº 306 de 22 de Diciembre).

Se regulan todos los aspectos relativos a la fabricación, prescripción, dispensación y uso de los medicamentos.

5. Real Decreto 137 / 84 de 11 de Enero (BOE nº 27 de 1 de Febrero). Sobre Estructuras Básicas de Salud.

A partir del Real Decreto surgieron Ordenes del Ministerio de Sanidad y Consumo, que desarrollaban algunos aspectos de la organización de los servicios sanitarios: Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria, INSALUD. Organización de las actividades del personal de enfermería de los equipos de atención primaria. Circular 5 / 90.

6. Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero (BOE nº 35, de 10 de Febrero) sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

7. Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo (BOE nº 85 de 9 de Abril) sobre traspaso a la Comunidad de Canarias de las funciones y servicios del INSALUD.

8. Real Decreto 1088 / 1989, de 8 de septiembre (BOE nº 216 de 9 de septiembre) por el que se extiende la cobertura a las personas sin recursos económicos suficientes.

- Normativa Autonómica.

1. Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, ley 11/94, de 26 de Julio.(BOC nº 96 de 5 de Agosto).

2. Decreto 32/1995, de 24 de febrero, que regula el reglamento de organización y funcionamiento del Servicio Canario de Salud (BOC nº 32, de 15 de marzo)

Crea las Gerencias de Atención Primaria y de Servicios Sanitarios.

3. Decreto 117/1997, de 26 de junio, (BOC nº 95, de 25 de julio) por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias.

4. Orden de 6 de junio de 1990 por la que se delimitan las Zonas de Salud (BOC nº 76 de 20 de junio), modificada por orden de 31 de marzo de 1993 (BOC nº 48 de 15 de abril).

- Otras Normas y documentos de especial relevancia.

1. Real decreto 3303/78 del 29 de Diciembre, en el que se crea la especialidad vía MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

2. Ley Orgánica 11, 1983, de 25 de Agosto, de Reforma Universitaria.

3. Estatuto de personal sanitario no facultativo. Orden de 20 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo, BOE nº 102 y 103 de 28 y 30 de abril. Modificado por Orden de 14 de junio de 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE nº 146 de 19 de Junio y BOE nº 158 de 3 de Julio.

4. Ley 18/86, de 14 de Abril, de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica. “ Ley de la Ciencia “

5. Real Decreto 992/87, de 3 de Julio (BOE nº 183 de 1 de agosto de 1987), por el que se regula el título de enfermero especialista. En la Orden de 24 de Junio de 1998 (BOE nº 155, de 30 de Junio de 1998) se desarrolla este decreto.

Crea la especialidad de Salud Comunitaria.

6. Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución núm. 32/89, 14 de Julio de 1989, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio, del Pleno del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería, España.

7. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. Madrid, julio 1991. (Informe Abril).

8. Acuerdo de la Subcomisión de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 23 de septiembre de 1997.

3. Orientaciones Internacionales en Servicios Sanitarios.

- Organización Mundial de la Salud.

La Estrategia de Salud para Todos en el año 2000 basada en la atención primaria de salud (el mensaje central de la OMS desde 1977) está siendo criticada porque parece que está agotada o necesita reformularse.

En 1995 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución instando al Director General a que (17) “ elaborara una nueva política sanitaria mundial; que redefiniera la misión de la OMS y el significado de la cooperación técnica para ésta, y que presentara una Carta de la Salud basada en la nueva política sanitaria “.

En los últimos años se está haciendo un nuevo énfasis en la reestructuración o reforma de los sistemas y servicios de salud, y el papel que a la OMS le toca desempeñar en estos procesos. Buenos ejemplos de esto han sido la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (RE, septiembre 1995) y la Carta de Lubiana sobre Reformas de los Servicios de Salud en Europa (16) (CL, mayo de 1996). Ambas ofrecen interesantes lecciones para el diseño de la nueva política sanitaria mundial.

Destaca en primer lugar la importancia de los valores. Así la RE enfatizó la importancia de la equidad, la eficiencia, la calidad, la sostenibilidad financiera y la participación social. Y la CL los principios de dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional. En la CL ocupó un lugar central la continuidad entre las actividades de protección de la salud, promoción , prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidado de los enfermos críticos y terminales. En ambos casos se enfatizó que los ciudadanos han de tener voz y voto en las políticas de salud y en el funcionamiento de los servicios, las relaciones proveedor-paciente han de ser adecuadas, y los usuarios sujetos de derechos para que puedan, en su caso, optar entre varios proveedores. (17).

Además se señaló la importancia de distinguir con claridad las funciones normativa, de financiamiento, de organización, de prestación y de evaluación de los sistemas y servicios de salud, y de asignarlas a las instituciones adecuadas en cada caso. Con respecto a esto destaca la importancia de la organización de los sistemas de salud y, dentro de ésta, de las distintas modalidades de aseguramiento sanitario y de provisión.

En relación con el recursos humano se resaltó su carácter crítico. Por su número, la proporción que representa en la fuerza laboral de los países, su influencia y la proporción que significa del gasto sanitario. Pero, sobre todo, porque no hay salud pública, ni atención sanitaria, ni reforma, sin profesionales sanitarios. La Carta de Lubiana (16) enfatizó la necesidad de repensar los esquemas de formación básica, especialización y formación continuada de modo que los conceptos de integralidad, prevención y promoción, calidad y resultados de la atención formen parte del entrenamiento de los profesionales sanitarios.

- Europa.

En el Grupo de Trabajo de la OMS sobre Reformas de la Atención Sanitaria en Europa se generaron varios documentos sobre el tema (18). Como principales condicionantes en Europa para llevar a cabo este proceso, se explicitaban el envejecimiento, la emigración, el desarrollo humano y económico, y su desigual distribución, el desempleo, la guerra y la paz.

En este documento OMS se establece que las reformas sanitarias tienen como objetivo el garantizar una accesibilidad equitativa en la atención sanitaria, una financiación apropiada de unos servicios sanitarios que intervengan eficientemente en la mejora de los resultados y la elección e implicación de los ciudadanos; dando como resultado la satisfacción, tanto de los pacientes como de los proveedores. La riqueza nacional es, de lejos, el determinante más importante del gasto sanitario. No obstante (18) “ los costes de la atención sanitaria se han convertido en un reto político importante. “

También se habla de que una de las consideraciones más importante en la reforma de los sistemas sanitarios, especialmente en situaciones de crisis cuando escasean los recursos, es el incremento de la efectividad de la atención sanitaria. Esto significa que hay que tener en cuenta los resultados. Sin embargo, en cualquier sistema sanitario se pueden identificar y medir muchos resultados. Por lo tanto, este enfoque sólo podrá ser práctico y útil en la valoración de la efectividad de los sistemas de atención sanitaria en la medida en que se identifiquen un número limitado de indicadores de resultados, de manera que (18):

- a) se centren en temas de salud prioritarios;

b) proporcione una visión apropiada de aquellas funciones que sean más probables de influenciar la efectividad de la atención sanitaria; y

c) puedan ser utilizadas para valorar y monitorizar los cambios en las políticas sanitarias.

Asimismo se expone la necesidad de implicar la población y su derecho a la elección. Dicen que sería más fácil promover la implicación de la población y el desarrollo de los mecanismos y bases de información que lo hagan posible, si se pone el acento en los resultados objetivos del proceso de atención sanitaria.

De forma más concreta podríamos reseñar dos ejemplos de nuestro entorno europeo, Holanda y Reino Unido, haciendo especial referencia a la atención sociosanitaria y atención domiciliaria, algunos de los retos más importantes a los que nos enfrentamos.

En Holanda (19) los diferentes tipos de servicios sanitarios están estructurados en cuatro niveles:

- nivel básico: incluye los servicios con profesionales que trabajan en temas de salud escolar y educación sanitaria,

- primer nivel: constituye un conjunto de organizaciones y profesionales: médicos de familia, servicios de atención domiciliaria, matronas, dentistas, fisioterapeutas, servicios de trabajadoras familiares...

- segundo nivel: atención hospitalaria y todas las especialidades médicas,

- tercer nivel: comprende centros de larga estancia, hospitales psiquiátricos (crónicos), hospitales de día.

En cuanto a los servicios de atención primaria, muchos de los profesionales y de los diferentes servicios trabajan de manera independiente pero con una estrecha colaboración institucional. Existe libre elección de médico. Trabajan de manera individual, o bien constituidos en grupos (3 ó 4 profesionales) con una dotación de personal administrativo y de enfermería (en muchas ocasiones enfermeras de segundo nivel) contratado por ellos mismos. Constituyen la puerta de entrada al sistema sanitario y son los responsables de la derivación ordinaria y urgente al hospital.

Además existen instituciones públicas encargadas básicamente de ofrecer servicios de atención domiciliaria. Dentro de ellas existen diversos tipos de profesionales agrupados en diversos departamentos. Hay equipos de atención domiciliaria a la población adulta. Cada equipo está formado por un grupo de 8 a 12 enfermeras (mayoritariamente con contratos a tiempo parcial). Cada grupo lo constituyen un 40% de enfermeras del primer nivel y un 60 % de enfermeras del segundo nivel, con una coordinadora de enfermería como responsable del grupo. La demanda del servicio se establece a través del médico de familia, directamente por la familia o a través del alta hospitalaria. También hay equipos de enfermería pediátrica, están integrados por una enfermera con especialización pediátrica, un médico de familia con formación en pediatría y personal administrativo, prestan asistencia a niños hasta los cuatro años. Básicamente realizan dos tipos de actividades, primera visita en el domicilio al recién nacido a los 3 ó 4 días de nacer y seguimiento del programa del niño sano en el centro de salud. Además de estos equipos se cuenta con auxiliares puericultoras para asistencia domiciliaria postparto, y dietistas.

Hay otras instituciones que tienen relación con los servicios de Atención Domiciliaria: organización de auxiliares del hogar, recursos de material específico, comidas a domicilio, sistemas de telealarma...

En el Reino Unido (20) los servicios se integran dentro de una macroestructura (“ combined healthcare “) en la que cada institución u organización está estrechamente relacionada con el resto del sistema. Existe libre elección de médico. Generalmente éstos organizan su actividad asistencial en grupos de 3 a 5 profesionales que trabajan en un centro de salud público (también en consultas particulares individuales aunque ofreciendo un servicio público). Ellos mismos contratan un personal administrativo y “ practice nurses “ (enfermera de menor cualificación que una enfermera de distrito o health visitor).

Las District Nurse (enfermeras de distrito) están organizadas en grupos de cuatro a cinco profesionales que tienen su base en un centro de salud. A cada grupo se le asigna la población que corresponde al total de pacientes adscritos a los médicos de familia del centro. Existe una enfermera de distrito por cada 3100 habitantes aproximadamente. Cada equipo de enfermería está formado por enfermeras diplomadas y por “ enrolled nurses “ (nivel similar a una auxiliar). Existen equipos de enfermeras de distrito específicamente para población infantil con base en el hospital general.

Además existen equipos de enfermería para cuidados paliativos, que actúan como complemento y soporte de los equipos de atención domiciliaria ya establecidos, de manera coordinada. También hay equipo de enfermeras cuyo cometido es ser enlace directo y efectivo entre los cuidados de enfermería en

el hospital y los que el paciente requerirá en la comunidad. Además existen equipos para el programa del niño sano hasta los 4 años (Health Visitor), podólogos, dentistas, fisioterapeutas, logoterapeutas...

En cuanto a las instituciones que integran la Atención Sociosanitaria se encuentran: apartamentos tutelados, bungalows, centros de larga estancia, hospitales de día, préstamo de artículos...

- La atención domiciliaria.

Hemos visto desde distintas ópticas que el envejecimiento de las poblaciones está provocando un cambio en las organizaciones de los servicios sanitarios. Dentro de estos cambios, la organización de la atención domiciliaria es un aspecto importante. El panorama nacional e internacional de la organización para la atención domiciliaria es heterogéneo. La organización de la misma se realiza en función de: el tipo de paciente a atender, el modelo global de organización del sistema sanitario, y la entidad rectora de la asistencia domiciliaria:

En los servicios públicos la asistencia domiciliaria presenta las siguientes variantes: (21)

- a) atención domiciliaria realizada exclusivamente por los profesionales del primer nivel de salud,
- b) atención domiciliaria realizada por equipos de profesionales dependientes de servicios hospitalarios,
- c) atención domiciliaria de patrón mixto, en la que intervienen profesionales de los dos niveles de atención.

Según el tipo de paciente a atender se dispone de equipos específicos de atención. De forma que la organización de la atención domiciliaria se realiza para atender a pacientes geriátricos, a sujetos afectados por neoplasias en fases terminales o que padezcan SIDA en fase terminal. El primer modelo de atención domiciliaria fue desarrollado para la asistencia a las personas ancianas en su domicilio, posteriormente se desarrollaron los modelos para la atención a los otros pacientes.

En la atención al anciano incapacitado predomina la organización de la atención domiciliaria basada en los equipos de atención primaria, estando también presentes los modelos mixtos. Estos modelos mixtos se han desarrollado en distintos países europeos, principalmente en Inglaterra. En España el funcionamiento mixto está circunscrito al funcionamiento de determinadas áreas de salud. En Inglaterra y Canadá la conexión entre la atención primaria y la atención especializada se realiza a través de un profesional de enfermería dependiente del segundo nivel. Las funciones de la enfermera van desde el seguimiento de los casos en el domicilio con el asesoramiento del segundo nivel hasta la coordinación de la actividad entre atención primaria y hospitalaria. Este profesional asume la figura de la enfermera de distrito.

En la atención al enfermo con cáncer en fase terminal o con SIDA, los modelos de organización son similares a los del anciano, se diferencian en el papel que juega cada nivel de atención. Así, a nivel internacional es predominante una organización en la que la asistencia descansa en equipos procedentes de la atención hospitalaria, que se desplazan a los domicilios para realizar el cuidado. Esta organización genérica presenta peculiaridades distintas según los países.

En España la organización es heterogénea de forma que en una misma comunidad autónoma se pueden objetivar distintos modelos de organización según las ciudades, e incluso según las áreas de salud.

4. Situación en España de la Atención Primaria.

- Factores condicionantes.

La orientación de la oferta de servicios del sistema sanitario a partir de sus objetivos es marcada por el Plan de Salud. Este debe identificar los problemas y necesidades prioritarios, definir las áreas de actuación y orientar las estrategias de intervención. (22). La planificación de programas y la evaluación del impacto de nuestras actividades debe tomar como punto de partida el conocimiento de la población a quien servimos.

Los principales determinantes de la utilización de los servicios de salud son (23):

- a) Factores relacionados con los usuarios: demográficos, geográficos, socioeconómicos y culturales y psicosociales (actitudes y valores);
- b) Factores relacionados con la naturaleza de la morbilidad: síntomas, gravedad y urgencia;
- c) Factores relacionados con los profesionales: edad, sexo y especialidad;
- d) Factores organizacionales e institucionales: régimen de seguro de enfermedad, cantidad y tipo de recursos existente, sistema de remuneración y accesibilidad.

La satisfacción del usuario, junto con el estado de salud de la población han sido propuestos como los dos resultados de interés en la evaluación de la calidad de la atención sanitaria. Las encuestas de opinión o de satisfacción de usuarios respecto a los servicios que reciben, tienen como principal objetivo facilitar a profesionales y administradores información que permita aumentar la calidad asistencial. Uno de los inconvenientes que presentan las encuestas de opinión es la tendencia de los usuarios a emitir respuestas socialmente aceptables y a otorgar puntuaciones positivas y reiteradamente altas. De esta manera en revisiones realizadas sobre estudios de satisfacción publicados en nuestro país en el ámbito de la atención primaria (24), se observa que en todos ellos los usuarios se sentían satisfechos con la atención que recibían. Similares resultados se obtienen si se analizan publicaciones extranjeras. Sin embargo esto contrasta con el clima general de insatisfacción con la asistencia que oferta el sistema sanitario. En un estudio Delphi realizado en una zona de nuestro país (24) se apuntan como motivos de discrepancia más importantes entre estas dos “ visiones “ : las dificultades de accesibilidad al nivel especializado, la desigualdad de los servicios ofertados en los dos modelos de organización coexistentes en atención primaria, y la falta de discriminación entre el nivel primario y el especializado. Los mayores motivos de queja son las excesivas listas de espera, la tardanza en resolver problemas y la masificación de las consultas.

Entre las tendencias en el sector salud que incidirán en lo visto anteriormente podemos citar (25): separación de la financiación de la provisión de servicios (sanidad financiada públicamente pero prestaciones de servicios públicos o privados), búsqueda de la eficiencia y la reducción de costes (tendencia a marcar límites al acceso a los servicios sanitarios - según pago, edad... -, búsqueda de la flexibilización de los costes laborales, búsqueda de nuevas estructuras de equipos eficientes, búsqueda de la optimización de los gastos, prioridad del hospital y de lo curativo) y creación de mercados internos y externos de competitividad (autonomía de los centros y “ competencia o asistencia regulada/gestionada “ entre ellos).

Volviendo al factor demográfico que más va a influir en el futuro sobre la organización de nuestros servicios, el envejecimiento, veamos algunos datos. Las proyecciones de población en España indican que para el año 2010 casi 6.200.000 de personas tendrán 65 ó más años y que para el años 2026, 8.659.875 personas tendrán 65 ó más años (21.2 % de la población). (26). Esto lleva consigo problemas sociales, económicos y sanitarios, ya que los mayores de 65 años generan una mayor demanda sanitaria: el 50% del tiempo profesional del médico de atención primaria y el 62 % del gasto farmacéutico. Dependiendo de los estudios (27, 28, 29), hasta un 40 % de los mayores de 65 años se podrían incluir en el grupo de Ancianos de Alto Riesgo y son por tanto susceptibles de atención domiciliaria. Nuestra organización deberá adecuarse para atender esta demanda creciente. En este sentido, en el marco de una reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria, en Cataluña en el año 91 (30) sólo el 23 % de los equipos de atención primaria estaban trabajando con un programa de atención domiciliaria de referencia. En el año 1996, en Canarias, las consultas a domicilio de enfermería representaban el 5.8% del total de las consultas, según datos de la Memoria 1996 del Servicio Canario de Salud.

En estos momentos hay un debate abierto más o menos explícito sobre el papel que la enfermera en un futuro debe desempeñar en el sistema. (8). Hay quien apunta líneas estratégicas de actuación: incremento de la “ visibilidad “ frente a la población y de la accesibilidad, con contenidos en los que concentrarse (promoción de la salud y prevención de las enfermedades y la atención integral al anciano).

- El producto / los servicios.

Hay autores que piensan que el futuro de la enfermería de AP a medio plazo dependerá de la capacidad que tenga la sociedad, el ciudadano,(8) para responder a las preguntas ¿ qué hace la enfermera ?, ¿ para qué sirve ?, ¿ qué resuelve ?. Responder a esto es asumir el reto de clarificar nuestros servicios / productos y su repercusión en salud.

El producto sanitario podemos entenderlo como salud o como servicio, y hay propuestas para medirlo / entenderlo en términos de satisfacción. (31). A pesar de que hay autores que estiman que los sistemas de información existentes en nuestros centros de atención primaria están poco o mal desarrollados, hay experiencias que han permitido contar con la estimación global del producto de los centros (32), aunque estas estimaciones se basen en indicadores de proceso / servicio más que de resultados de salud o satisfacción del usuario.

Podemos citar aquí a Casas y Guasch (33) “En cualquier sistema productivo hay que conocer en primer lugar qué se produce, cómo se produce, a qué coste y con qué calidad. Traducidos al contexto hospitalario, los elementos fundamentales para tener un buen nivel de conocimientos incluyen: los tipos de pacientes tratados, los patrones funcionales con que se atienden dichos pacientes, y los costes y la calidad de estos procesos asistenciales.” En este mismo sentido se expresan otros autores (34). Tal vez lo anterior nos lo debamos plantear también para la atención primaria en general y la enfermería en particular. Alrededor de esta idea hay que tener en cuenta que “ *Sólo un sistema de información con significado para el clínico tiene la posibilidad de influir en su comportamiento, que es un elemento clave para la mejora de la eficiencia* “ (33).

El producto enfermero no es otra cosa que el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella u otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad o reintegrar al individuo en su medio. (35)

En referencia a esto podemos citar (36) “ La cuestión parece clara; sí la condición que da validez a una profesión es la identificación por parte de la sociedad del producto/servicio que ésta presta para satisfacer a unas determinadas necesidades de sus clientes, las enfermeras y enfermeros deberán definir el contenido del trinomio producto-oferta-demanda, lo que permitirá dar validez a la existencia de profesionales que desarrollen independientemente sus servicios frente a la sociedad que los requiera. Nadie cuestiona la necesidad de cuidados enfermeros; lo que no parece estar tan claro es la demanda que de estos cuidados puede hacernos la población a los profesionales de enfermería, debido a la inexistencia de una oferta de servicios clara con la que se nos pueda identificar. “

Hay varios intentos publicados de acercarse al producto enfermero. Alguno desde marcos conceptuales específicos, como el sistema de autocuidados cotidianos (37), y otros desde una postura teórica (38), en algunos casos se ha intentado relacionar con las patologías médicas (39) y con las consultas - sin especificar más - en Atención Primaria (40), o más específicamente las visitas domiciliarias en Atención Primaria (41).

De fondo, una discusión sobre los indicadores, ¿ son adecuados los que usamos en Atención Primaria para medir la eficiencia ? (42), ¿ y las medidas organizativas ? (43). Los indicadores se usan como instrumento de evaluación de los equipos. Hay autores, como Martín Zurro (91), que expresan la necesidad de reorientar la evaluación de los equipos, de forma que se dirija más hacia los resultados que a los procesos y métodos, profundizando en la evaluación desde una perspectiva individual. Será necesario (91):

- incluir indicadores cualitativos,
- lograr un marco estratégico común aceptado por todos los implicados en el proceso evaluativo,
- adaptar los indicadores a la realidad y a las posibilidades de cada equipo o profesional,
- diferentes períodos evaluativos en función de los objetivos marcados,
- diversificar los procedimientos de evaluación,
- que la evaluación tenga consecuencias para ser creíble.

Autoras com Auñón y Colomer (92) refiriéndose de forma concreta a la enfermería dicen “ La mejora de los indicadores o cualquier propuesta que vaya en este sentido tendrá que aunar dos intereses:

1º Las funciones y tareas específicas que se quieran potenciar en las enfermeras de Atención Primaria, que siempre deberán ir en función de las características y necesidades de salud de la comunidad a la que atienden.

2º La validez y fiabilidad de los indicadores, como medida de estas actividades y tareas. “

Estas mismas autoras sugieren discriminar según el tipo de población adscrita, el tiempo de puesta en marcha del EAP (y así diferenciar si la apertura de Historia Clínica es un actividad prioritaria o no, con tiempos de dedicación “ diferentes “), actividades de promoción, prevención y asistencia, registro específico de pacientes nuevos, y la visita domiciliaria programada.

- La organización.

Tradicionalmente el personal de enfermería en los consultorios realizaba las funciones de administración de inyectables y curas, tanto en el centro como en el domicilio, y del auxiliar del médico en su consulta. Hoy día ese rol parece plenamente superado, con la puesta en marcha de lo que se dio en llamar consulta de enfermería y, posteriormente, con la potenciación de la proyección comunitaria.

Las modalidades de atención del personal de enfermería en los centros de salud son cuatro (44):

- Consulta de enfermería, en la que se presta atención individualizada o familiar fundamentalmente por enfermedades crónicas y maternoinfantiles, pero también de consejo y detección temprana de enfermedades.

- Visita domiciliaria, mediante la que se proporcionan cuidados en el domicilio, englobando actividades curativas, preventivas, rehabilitadoras y de enlace con otros servicios sociales y sanitarios.

- Trabajo con la comunidad, prestando atención a grupos de población, centrada en promoción de la salud y educación sanitaria, vigilancia del medio y participación comunitaria.

- Servicios comunes, que incluyen administración de inyectables y curas, métodos diagnósticos o toma de muestras, tanto en el centro como a domicilio.

Hay tres grandes modelos organizativos de la enfermería en los centros de salud (44), por actividades, por UAF, y sectorizados. La organización por actividades consiste en que una enfermera realiza las consultas de todos los pacientes del centro relativas a un programa o protocolo determinado. La principal ventaja es el conocimiento en profundidad de la actividad que se realiza, y los principales inconvenientes son el encasillamiento en un tipo de actividad con el desconocimiento del resto, y mayor dificultad para la coordinación con el médico.

Para superar las limitaciones de la organización por actividades nació la organización por cupos o por Unidades de Atención Familiar. Cada enfermera trabaja con la población de un cupo médico y está ubicada en una consulta contigua a la del médico, preferentemente intercomunicada y con el mismo horario. Las ventajas fundamentales son que favorece la coordinación entre médico y enfermera, y su eficacia en cuanto a cribado oportunístico para actividades preventivas. Sus principales inconvenientes es que se le atribuye excesiva dependencia del médico, y a veces el difícil acople horario entre ambos profesionales.

El modelo de sectorización nace con un doble requisito: atender a grupos familiares pertenecientes a un grupo geográfico determinado y disminuir la excesiva dependencia del médico que algunos sectores han achacado a la organización por UAF. Entre su ventajas están que facilita el conocimiento de problemas familiares / sociales, menor dispersión geográfica, con lo que se rentabiliza el tiempo de la visita domiciliaria, y adaptación de las actividades con la comunidad a las características socioculturales. Las dificultades son mayor esfuerzo profesional y necesidad de actualización, difícil organización de las actividades, y dificultad en la coordinación de médicos y enfermeras.

Otros autores (92) lo enuncian como enfermería comunitaria o por sectores, la enfermería por familias o la enfermería por cupos. La enfermería comunitaria o por sectores según Auñón y Colomer (92) genera una mayor complejidad organizativa y de coordinación con otros profesionales sanitarios. La enfermería por familias según la experiencia de las autoras es difícil de encontrar de forma pura. Generalmente tiene en cuenta los turnos de los médicos y los pediatras de referencia, de modo que nunca sea un obstáculo para el usuario. La complejidad organizativa proviene fundamentalmente de la opción que se da a todos los ciudadanos de una misma familia de elegir médico general y pediatra. En la enfermería por cupos se establece con el médico la Unidad Básica de Atención, y oferta a los ciudadanos sus servicios. Este el modelo que cuenta actualmente con mayor arraigo y experiencia; aunque algunos detractores exponen que supone la dependencia de la enfermera del médico más que su colaboración.

- Los profesionales.

El cambio de contexto que surgió con la creación de la Atención Primaria fue favorecido por la aparición de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como formación específica para trabajar en este nivel asistencial a nivel médico. Aunque el Real Decreto 992/87 de 3 de Julio (BOE nº 183 de 1 de agosto de 1987) regula el título de enfermero especialista y contempla la especialidad de “ Enfermería Salud Comunitaria “, ésta formación específica no se ha desarrollado en la práctica. Esto ha llevado a los profesionales de enfermería que trabajan en AP a un proceso de diferenciación de otras áreas de trabajo, tratando de definir el perfil profesional específico.

En un interesante estudio realizado en todo el país el año 95 sobre el perfil profesional del personal sanitario en atención primaria (9), se hallaba que una tarea importante para el personal de enfermería, es definir su desempeño profesional. Y se indica “ Para algunos autores, son estos profesionales los que han experimentado una transformación más profunda del papel tradicional que venían desempeñando, esto queda reflejado en las publicaciones que se han realizado para definir las funciones de enfermería en atención primaria. En la mayoría de estos trabajos, el autor expone su opinión personal sobre el tema, nuestro estudio recoge el acuerdo de un grupo de expertos pero los resultados siguen poniendo de manifiesto que el perfil de enfermería en AP no está definido. “ Más adelante concluyen “ La enfermería de AP incluye funciones más amplias, globales y menos definidas (asumir a la comunidad, asumir el papel, etc.) “ que el resto de profesionales.

A lo anterior habría que añadir el factor motivación. “ En nuestro sistema sanitario general, y específicamente en atención primaria, no puede decirse que haya existido hasta ahora una mala política de recursos humanos en lo que respecta a la motivación y satisfacción de los profesionales sanitarios; simplemente, no ha existido “ (45). Los estudios realizados al respecto en nuestro entorno indican que los mayores factores de motivación se relacionan con la posibilidad de ser creativo, la cantidad de trabajo adecuada y el trabajar en un entorno no conflictivo.

Hay varias limitaciones a la introducción de incentivos en Sanidad (46): el marco jurídico poco propicio, la falta de tradición incentivadora, la aversión al riesgo de los profesionales, la resistencia sindical, los costes de información necesaria para la incentivación y la necesidad de definir las actividades incentivadas. Posiblemente sea esto último, el definir qué incentivar, el mayor problema de partida para poner en marcha un sistema de incentivos. En este sentido es esclarecedor, que algo tan prioritario para el sistema como el gasto farmacéutico, que podría traducirse en un sistema de incentivos al médico para mejorar la eficiencia prescriptora, cuenta con bastantes dificultades prácticas y de concepto (47). Hasta ahora, en nuestro contexto, lo único que se ha revelado como un poderoso elemento motivador para los profesionales han sido las experiencias en la descentralización de la gestión en los Centros de Salud (48). En algún estudio de mejora de calidad se ha indicado y reconocido la importancia de reconocer e incentivar los logros alcanzados por los profesionales (49), sin especificar actividades concretas en este sentido.

Volviendo al perfil profesional, aunque algunos autores son pesimistas y se refieren a ocasiones perdidas en los últimos años, no dejan de ofrecer propuestas de desarrollo profesional, entre ellas destaca como premisa básica “ *...orientar la actividad hacia los problemas de salud que presenta la población, podríamos detectar las necesidades de cuidados y realizar una oferta clara de servicios...* ” (10). Quizás sea interesante reseñar aquí, algunas de las recientes conclusiones del “ Libro Blanco, la aportación de la Enfermería a la salud de los españoles “ (50). Mediante análisis multivariable, detectan cinco grupos actitudinales o tipologías profesionales, en dos de estos grupos se encuentran enfermeras comunitarias. En el grupo II que se caracteriza por “ tener una actitud de autovaloración positiva, que busca la dignificación de la profesión como específica e importante ” ; y en otro grupo, el III, que se trata de “ un grupo optimista, que desdramatiza las cuestiones relativas a la profesión “.

- Contenidos.

Muchos autores coinciden desde distintos puntos de vista, en la necesidad y la incapacidad hasta ahora de definir los contenidos concretos del trabajo de la enfermera, (se le llame a esto producto, servicio, actividad o contenido de la consulta).

Hay distintos estudios sobre este aspecto, con resultados dispares, algunos encuentran que la enfermera se dedica de forma fundamental a actividades preventivas o relacionadas con la prevención (51), otros que las actividades se centran principalmente en el control de patologías crónicas - prevención secundaria - (52), otros distinguen en la organización del trabajo comunitario versus programas (53) y otros se centran en el punto de vista del usuario (54). Además de un problema de lenguaje y en algunos

casos de concepto, lo que todo esto transmite es la falta de homogeneidad en el trabajo de la enfermería de A.P.

Centrándonos en el punto de vista del usuario, en un estudio (54) realizado a 1316 personas mayores de 18 años en Barcelona preguntando sobre el papel de la enfermera, los autores concluyen diciendo que “ el usuario no tiene un conocimiento suficiente del papel específico de enfermería dentro del equipo de salud, probablemente debido a que no hemos sabido transmitir a nuestros clientes una imagen adecuada de nuestra profesión “. En este estudio llama la atención que a la pregunta ¿ en qué situación iría a consultar a una enfermera ? haya tenido como respuesta mayoritaria la de curar una herida, y que a la pregunta abierta ¿ en qué otras ocasiones pediría ayuda a la enfermera ? la respuesta más frecuente haya sido que para administrar una inyección. Tal vez no estamos transmitiendo nuestra capacidad para hacer algo más que las actividades técnicas. En otros artículos se insiste en esto (55) desde un punto de vista teórico. Por contra, estudios similares hechos en entornos hospitalarios (56) reflejan la alta necesidad de autocuidados de nuestros pacientes, necesidad que en teoría debería resolver la enfermera.

En una mesa redonda realizada con usuarios (57) en Tenerife, dos de las conclusiones a las que se llegaron fueron: es necesario dar a conocer la oferta de servicios que hace la enfermería ya que los usuarios los desconocen y se solicita mayor implicación de las enfermeras en distintos servicios como la atención domiciliaria y la educación para la salud.

En un estudio (58) que comparaba el uso de los servicios entre la atención primaria reformada y no reformada, encontraron diferencias en el caso de la enfermería a favor del modelo reformado, sin embargo los autores apuntan que la demanda es pequeña. Hay algunos autores (10) que hablan de una etapa actual de asentamiento-estancamiento, en la que no se ha cumplido con las expectativas creadas inicialmente. En este sentido, entre la conclusiones de una recientes Jornadas de Enfermería Comunitaria (59) se recoge que ha habido diferentes ritmos de desarrollo de la enfermería comunitaria en distintos territorios del estado, se reclamaba a las sociedades científicas enfermeras consenso para definir el producto enfermero y se insistía en la necesidad de difundir el mismo.

5. Situación actual en Canarias.

La situación en nuestra comunidad no es ajena al análisis general de la situación a nivel estatal que hemos esbozado, sin embargo presenta algunas peculiaridades sobre las que vamos a profundizar (60).

- Legal.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (Ley 11/1994 de 26 de Junio) configura la base legal específica de nuestra comunidad. Esta ley coloca la AP como la base del Sistema Canario de Salud; garantiza que la organización y funcionamiento responda a los principios de trabajo en equipo y de participación de la población; recoge la promoción, educación y programas y actuaciones preferentes como derechos de los usuarios y como función específica del sistema; y establece el Plan de Salud de Canarias como instrumento específico para lograr la salud de la población.

El Decreto 32/95 crea las Gerencias de Atención Primaria y Servicios Sanitarios. Especial atención merece el Decreto 117/1997 de 26 de Junio que establece el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud de Canarias. El desarrollo de este reglamento viene sujeto a lo dispuesto en el artículo 81 de la LOSCA , y con respecto a la organización y funcionamiento del personal de enfermería, se pueden destacar varios aspectos.

El artículo 13 recoge que el equipo de Atención Primaria prestará atención integral: a los individuos mediante la atención directa a través de la consulta tanto en el Centro de Salud como en el domicilio, sustentándose ésta en el uso de la “ Historia de Salud “ (entendida como un registro único, orientada a problemas de salud, de uso multidisciplinar, dinámica y longitudinal (61)); y a la comunidad, mediante actividades dirigidas al fomento y la protección de la salud, así como la educación sanitaria y la participación de la comunidad en tareas de promoción de la salud.

En el artículo 19 se recogen las atribuciones específicas del personal de enfermería, concretando entre ellas las de: “ dispensar cuidados directos de enfermería, tanto en el CS como en el domicilio, favoreciendo la atención personalizada de acuerdo con los protocolos establecidos o bajo la prescripción médica, así como la aplicación de los medios diagnósticos y terapéuticos “; desempeñar las actividades de enfermería de promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social establecidas en los programas de salud y en la cartera de servicios; y realizar actividades propias de enfermería en controles periódicos de salud y educación para la salud a individuos y grupos. A destacar que en los controles periódicos de salud hace especial énfasis en los programas y actuaciones especiales y preferentes con niños, ancianos, enfermos mentales, personas que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y los que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo.

- Algunos datos. (62)

El mapa sanitario en Canarias recoge 106 Zonas Básicas de Salud, distribuidas en 7 Areas Sanitarias (una por cada isla). En la actualidad están cubiertas por Equipos de Atención Primaria el 93% de las zonas básicas (únicamente persisten 7 zonas básicas sin Centro de Salud, en las Areas de Tenerife, Gran Canaria y la Gomera). No obstante un 26% de la población continúa adscrita a profesionales del modelo tradicional.

El número de enfermeras/os es de 824, de los cuales 745 son de EAP y 79 del modelo tradicional, no se incluyen aquí las matronas ni las auxiliares de enfermería. Las ratios de profesionales son de una enfermera por cada 1962 habitantes, un médico general por cada 1743 habitantes y un pediatra por cada 1220 habitantes, variando esta proporción en cada área de salud.

Con respecto al número de consultas de enfermería en EAP se ha producido un incremento importante entre 1995 y 1997, (721503 consultas), sin que se haya producido un incremento importante del número de profesionales, lo que podría explicarse por un mejor registro de la actividad o por un aumento del número de usuarios en consulta. En cualquier caso la presión asistencial media ha pasado de ser de 19 consultas al día en 1995 a 22 en 1997, de estas el 94,2% se realizan en el Centro y el 5,9% en el domicilio (no se incluyen las extracciones periféricas de muestras). Se observan algunas diferencias entre Areas de Salud y entre EAP.

- Organización.

La atención directa está organizada por Unidades de Atención Familiar, médico y enfermera, a las que se adscribe un cupo de tarjetas sanitarias. Inicialmente se asignaban las enfermeras en razón de población, con los mismos criterios que los facultativos, pero en los últimos años la ratio de enfermeras ha ido disminuyendo y en algunos equipos una misma enfermera atiende dos cupos médicos. En algunas Zonas hay una zona común de atención, la “ sala de curas “, donde una enfermera atiende a todos los pacientes independientemente del cupo durante un período de tiempo determinado por el equipo.

Los servicios que se prestan son los establecidos en la carteras de servicios de cada Centro, en algunos casos esta oferta se amplía de forma concreta por iniciativa de algún/os profesional/es. Los registros que se utilizan son la Historia de Salud de cada paciente, las distintas fichas de vacunaciones, los libros de registro de atención domiciliaria, urgencias y metabolopatías, y las hojas de registro diario de la consulta.

- El usuario.

El perfil del usuario (63, 64) coincide con el de otros estudios, mujer mayor de 60 años. Con respecto a la confianza en los profesionales de enfermería en la encuesta de Salud de Canarias (65) del año 97 es calificada en un 67 % como buena, muy buena o excelente, siendo del 68% para hombres y del 66% para mujeres. En las islas de Gran Canaria y Tenerife se evalúa a la enfermería de una manera menos positiva (67,68% y 68,3%) que en el resto de las islas, con porcentajes entre el 69% de Lanzarote y el 78 % de La Gomera.

Cabe mencionar de nuevo la opinión de los usuarios invitados a una mesa redonda (57), en el sentido de que demandan una oferta clara de servicios y una mayor implicación de la enfermera en determinadas actividades, como es la atención domiciliaria y la educación sanitaria.

6. Líneas de Investigación y Areas de Trabajo.

- El punto de vista legal.

El marco legal citado configura un modelo de asistencia primaria basado en los criterios de accesibilidad y continuidad de los servicios y de coordinación con los demás niveles de atención, integrando el conjunto de actividades médico-asistenciales y de salud pública dirigidas tanto al individuo como a la comunidad. (66) .

Se establecen como áreas comunes de actuación para todos los miembros del Equipo: atención directa, salud pública y control sanitario, administración y gestión, investigación y docencia; y otras como la accesibilidad, eficacia y eficiencia, programas de actuación preferente - en casos de niños, ancianos, enfermos mentales, enfermedades crónicas e invalidantes, grupos de riesgo - , y registros.

Hay que destacar en lo que se refiere a atención directa que se dispensará en consulta y en la comunidad. En consulta en el Centro de Atención Primaria o en domicilio, de forma ordinaria o urgente, y debe estar basada en la Historia Clínica. En la comunidad mediante actividades de fomento, protección y educación sanitaria, y mediante participación de la comunidad.

Se definen como áreas específicas de actuación del personal de enfermería, los cuidados directos; la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social; la atención domiciliaria; y otras actividades propias dirigidas al autocuidado.

En lo referente a los cuidados directos pueden ser prestados en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia - mediante protocolos establecidos o prescripción médica -, además de aplicar medios diagnósticos y terapéuticos.

La promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social, se debe realizar en especial en los casos de problemas crónicos de salud, prevenir cuando existan factores de riesgo. Todo ello posibilitando la participación y los registros.

La atención domiciliaria debe ser personalizada, y aplicada en especial en pacientes inmovilizados, terminales y en tratamientos que requieran especial supervisión.

Las “ actividades propias dirigidas al autocuidado “ se especifican en:

- el individuo sano, y en los casos de actuación preferente - niños, ancianos, enfermos mentales, crónicos...-,

- educación sanitaria - individual y grupal - ,
- salud mental,
- salud comunitaria,
- encuestas epidemiológicas e inmunizaciones,
- formación e investigación,
- administración y gestión,
- seguir el cumplimiento de objetivos,
- y todo lo que suponga promover el autocuidado.

- El punto de vista de la investigación.

En el ámbito del S.C.S. la investigación es uno de los objetivos primordiales del sistema, y se concibe como un instrumento para la equidad y el desarrollo (67). Establece como áreas de investigación la epidemiológica, la biomédica, la clínica y la investigación sobre servicios sanitarios. Se considera que la potenciación de la investigación de carácter epidemiológico y en servicios sanitarios es un aspecto imprescindible para el desarrollo de la política o estrategia de salud recogida en el Plan de Salud de Canarias.

Desde el Grupo de Trabajo en Enfermería del FIS (68), se consideran líneas prioritarias de investigación en enfermería en función de tres grandes metas generales: “ más salud para la población “ , “ mejores cuidados “ y “ mayor desarrollo profesional “. Dentro de cada una de ellas las propuestas de investigación son:

a) más salud para la población: educación para la salud, participación comunitaria, salud mental, envejecer en salud, integración de los servicios sociosanitarios - investigar en servicios de salud, (5) incluido - y sociología y antropología sanitaria,

b) mejores cuidados: generación de indicadores, técnicas de cuidados, clínica, efectos de la intervención sanitaria en la calidad de vida de los individuos,

c) mayor desarrollo profesional: bases conceptuales de la profesión, gestión, formación, y estrategias de desarrollo.

En el proceso de la investigación y el desarrollo y generación de nuevos conocimientos las asociaciones científicas han desempeñado y están llamadas a jugar un papel muy relevante. (69).

En un estudio cualitativo (70) realizado con personal de atención primaria sobre cómo ven los sanitarios el futuro trabajo en los centros de salud, llegaron a las siguientes conclusiones: la relación con atención especializada tiene que mejorar, aumentará la consideración que otorgamos a la comunicación con el paciente-usuario y la familia y disminuirá la burocracia. La formación continuada será un eje fundamental de desarrollo al permitir que el personal se adapte a los nuevos cambios, el personal sanitario se ve en un futuro aumentando las actividades preventivas.

- Los ancianos como ejemplo.

Las publicaciones científicas recogen una gran cantidad de artículos sobre el anciano y su problemática, a partir de algunas de ellas se pueden vislumbrar tendencias futuras de atención.

Desde distintos puntos de vista se expresa la necesidad de coordinación asistencial en la atención al anciano (71), haciendo especial hincapié en la importancia de desarrollar una intervención alternativa o complementaria al clásico enfoque médico por problemas o enfermedades, dirigiendo la atención sobre otras variables relacionadas con la capacidad funcional, la movilidad y la capacidad de relación de la persona. Hay que generalizar la coordinación de las acciones desarrolladas entre los distintos niveles asistenciales, enfocando los servicios hacia la continuidad de los cuidados. Una especial atención merece el mantenimiento y desarrollo del papel de la atención prestado por el entorno familiar y comunitario “ cuidar a los cuidadores “, situando el eje de coordinación de estos servicios en el nivel de atención primaria de salud y dentro de este nivel fundamentalmente sobre los profesionales de enfermería.

Uno de los objetivos prioritarios que debe tener cualquier programa de atención al anciano debe ser detectar al anciano frágil o de riesgo, al que inexcusablemente se le debe realizar una valoración específica, para desarrollar una estrategia de cuidados que ahorre tiempo y gasto sanitario. (72).

La familia cuida , por lo general, a sus mayores, prácticamente en todos los medios sociales y países, procurando evitar su ingreso hospitalario. La familia realiza el 80-90 % del trabajo que requiere el cuidado del paciente con demencia y supone un importante “ colchón “ en la demanda de cuidados y servicios sanitarios, pero en contrapartida sufre la importante carga de trabajo y emocional que supone este cuidado. En estos casos la atención de enfermería es clave (71, 73, 74). Uno de los predictores “ fuertes “ de institucionalización en la demencia es la actitud del cuidador en el cuidado. (69). En este sentido hay estudios realizados por enfermeras en nuestro país (75) que valoran la influencia de un programa de formación de cuidadores familiares en el centro de salud, sobre el grado de autonomía funcional de los ancianos incapacitados. En este caso se observa una tendencia positiva a aumentar el grado de autonomía, y además se racionalizó la demanda de consultas. Los cuidadores reconocieron la importante labor educadora y asesora realizada por la enfermera. En este sentido, en un estudio sobre la situación social de enfermos crónicos del HUC (76), se observa que son pacientes ancianos, con inexistencia de familia o red de apoyo social o con dificultad para su acogida, además de necesitar en muchos casos asistencia sanitaria continua. Las autoras concluyen entre otras en la importancia de potenciar un servicio de ayuda a domicilio y llevar a cabo una formación de los cuidadores. En ambas actividades la labor de la enfermería comunitaria puede ser crucial.

La atención domiciliaria es una actividad específica dentro de la atención al anciano. Su fundamento es la oferta de una atención sociosanitaria a aquellas personas que por su situación de invalidez sociosanitaria no pueden desplazarse al centro de salud, por lo que el equipo de atención se desplaza al domicilio del sujeto. Las características del programa de atención domiciliaria hacen que su seguimiento, y la mayor parte de su ejecución, descansa en el profesional de enfermería con el profesional médico y el trabajador social como dos elementos importantes de apoyo. (90).

Hay otro aspecto aquí a contemplar, hay algunas iniciativas de evaluar económicamente la hospitalización a domicilio y la hospitalización convencional (77). Parece que la hospitalización a domicilio es una alternativa más eficiente que la convencional para el hospital, cuando las decisiones obligan a tener en cuenta los costes medios (abrir una unidad frente a una planta de hospitalización) o cuando se crea como recurso sustitutorio mediante la transformación de recursos preexistentes, pero pierde sus ventajas en costes cuando se crea como recurso complementario. En este estudio no se contemplaba la coordinación y la cooperación con el nivel de atención primaria.

Así a partir de esto, podríamos pensar en Atención Domiciliaria prestada por un equipo multidisciplinar, en el que la enfermera tendría un papel clave, que algunos ya plantean como gestores de caso (78). La enfermera haría una valoración específica del paciente anciano, enfocada fundamentalmente a prevenir problemas de salud y paliar los existentes. Realizaría educación y prestaría

apoyo al cuidador principal, de forma individual y grupal, estos grupos además de como grupos de formación podrían funcionar como grupos de apoyo emocional. Además la enfermera podría ser el eslabón entre la atención hospitalaria y la domiciliaria - realizando visitas al hospital -, favoreciendo la no institucionalización. El trabajo multidisciplinar y en equipo desde el Centro de Salud tendrá que ser algo básico en este hipotético futuro.

Este mismo análisis podríamos hacerlo para los distintos campos que cubre la enfermería en atención primaria, - crónicos, sanos, educación sanitaria, técnicas diagnósticas y terapéuticas, y atención domiciliaria -. Eso nos llevaría a vislumbrar un posible futuro con un perfil de la enfermera a potenciar y desarrollar.

7. Bibliografía.

- (1) Sánchez García, A.M. Mazarrasa Alvear, L. Merelles Tormo, A. Cáp. 4, Salud Pública y Enfermería Comunitaria, en: Mazarrasa Alvear, L. Germán Bes, C. Sánchez Moreno, A., y colbs. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Editorial MacGraw- Hill Interamericana, Madrid, 1996.
- (2) Martín Zurro, A. Cano Pérez, J.F. Manual de Atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Editorial Doyma, Barcelona 1986.
- (3) Aranaz Andrés, J.M. Buil Aina, J.A. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clin (Barc) 1996; 106: 182-184.
- (4) Monrás Viñas, P. La “ gerenciocracia “, el corporativismo y la cultura participativa en las organizaciones sanitarias. Med Clin (Barc) 1996; 106: 63 - 65.
- (5) Lázaro, P. Pozo, F. Ricoy, J.R. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de salud (II): investigación en servicios de salud. Med Clin (Barc) 1995; 104: 67 - 76.
- (6) Ortún, V. Gervás, J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996; 106: 97 - 102.
- (7) Delgado Antolín, J.C. Del maternalismo a la autonomía. Una transformación ética de la enfermería. Revista Centro de Salud, septiembre 1996, pág. 499 - 504.
- (8) Jiménez Palacios, A. La enfermería en Atención Primaria (algunas reflexiones). Centro de Salud, enero 1995.
- (9) Molina Durán, F. Ballesteros Pérez, A.M. Martínez Ros, M.T. y colbs. Perfil profesional del personal sanitario en atención primaria. Un estudio Delphi. Atención Primaria, vol. 17, núm. 1. Enero 1996.
- (10) Corrales Nevado, D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. Atención Primaria, vol. 18, núm. 10, diciembre de 1996.
- (11) Gordon, M. El Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª edición. Barcelona. Mosby/Doyma, 1996.
- (12) Busquets Surribas, M. Ejercicio profesional: responsabilidad ética y legal. Enfermería Clínica, volumen 8, número 1, enero/febrero 1998.
- (13) Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución núm. 32/89, 14 de Julio de 1989, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio, del Pleno del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería, España.
- (14) Buzzaquí Echevarrieta, A. Uris Sellés, J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Vol. 4, núm. 7, agosto-septiembre 1997.
- (15) Fernández de Sanmamed Santos, M.J. Introducción a la investigación cualitativa. FMC - Formación Médica Continuada, vol. 2, núm. 1, enero 1995.
- (16) OMS. Declaración de Ljubliana sobre la Reforma de los Servicios de Salud. Editado por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en 1996.
- (17) Infante Campos, A. La OMS en la encrucijada. Med Clin (Barc) 1997; 109: 58 - 61.
- (18) Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa. Grupo de Trabajo sobre Reformas de la Atención Sanitaria en Europa. Oficina regional para Europa, OMS.1993.

- (19) Contel Segura, J.C. Atención Sociosanitaria en Holanda y Reino Unido 1: el modelo Holandés. Revista ROL de Enfermería, nº 215-216, julio-agosto 1996.
- (20) Contel Segura, J.C. Atención Sociosanitaria en Holanda y Reino Unido 2: el modelo del Reino Unido. Revista ROL de Enfermería, nº 217, septiembre 1996.
- (21) Benítez del Rosario, M.A. Modelos de Organización de la Atención Domiciliaria. Atención Primaria, vol. 20, suplemento 1, diciembre 1997.
- (22) Casado Vicente, V. Sevilla Pérez, F. Elola Somoza, J. El Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Med Clin (Barc) 1998; 110: 265 - 274.
- (23) García Ortega, C. Almenara Barrios, J. García Ortega, J.J. Factores condicionantes de la utilización de los servicios sanitarios. Med Clin, vol. 27, núm. 8, abril 1996.
- (24) Maderuelo Fernández, J.A. Carriedo Ule, E. Serrano Temprano, M. Almaraz Gómez, A. Berjón Barrientos, A. C. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. Atención Primaria. Vol. 17, núm. 5, 31 de Marzo de 1996.
- (25) Turabián, J.L. Pérez-Franco, B. Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto de mercado sanitario: el mito del consumidor. Atención Primaria, vol. 21, núm. 5. 31 de marzo de 1998.
- (26) La tercera edad en España: aspectos cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para el período 1986-2010. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1991. En (27).
- (27) Cortés Rubio, J.A. Méndez-Bonito González, E. Koutsourais Movilla, R. Y cols. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria ? Atención Primaria, vol. 18, núm. 6, 15 de octubre de 1996.
- (28) Bayó, J. Fernández-Aramburu, M.C. Orfila, F. Dalfó, A. Casajuana, J. Vila, M.A. Plana, J. Masseda, A.M. Vives, S. Nebot, A. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. Atención Primaria, vol. 17, núm. 4. 15 de marzo de 1996.
- (29) Espejo Espejo, J. Martínez de la Iglesia, J. Aranda Lara, J.M. Rubio Cuadrado, V. Enciso Bergé, Y. Zunzunegui Pastor, M.V. Pérula de Torres, L. Fonseca del Pozo, F.J. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). Atención Primaria, vol. 20, núm. 1. 15 de junio de 1997.
- (30) Contel, J.C. González, M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. Enfermería Clínica, vol. 5, núm. 5, pág. 205 - 211.
- (31) Ortún Rubio, V. El producto sanitario: ¿ servicio o salud ? Revista ROL de Enfermería nº 175.
- (32) Tamborero, G. Pomar, J. Llobera, J. Pou, J. Gestión Clínica: ¿ la gran olvidada de la atención primaria ? Med Clin
- (33) Casas M., Guasch, E. GRD e información para la Gestión. Cap. 8. En : Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Ed. Proyectos Farmacéuticos Glaxo. 179 - 203.
- (34) Fetter, RB. Freeman, JL. Grupos relacionados con el diagnóstico: gestión por líneas de productos en los hospitales. Cap. 7. En Casas, M: Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Ed. Masson. 161 - 178.
- (35) Ministerio de Sanidad y Consumo (ref. 4) en : Asociación Nacional de Directivos en Enfermería. Gestión del producto Enfermero, 1996, documento de la asociación..
- (36) De Pedro, J. ¿ Existe el producto-servicio enfermero ? Enfermería Clínica, vol. 3, núm. 6.

- (37) Palomino Moral, P.A. Frías Osuna, A. Del Pino Casado, R. Los productos enfermeros en atención primaria de salud: aproximación desde el marco de cuidados. *Enfermería Clínica*, vol. 5, núm. 2.
- (38) Hernández Serra, R.M. La medición del producto enfermero. *Enfermería Clínica*, vol. 5, núm. 3.
- (39) Riu y Camps, M. Villares García, M.J. Castells y Oliveres, X. Gili y Ripoll, P. Producto Enfermero. Medida del tiempo por procesos. *Revista ROL de Enfermería*, nº 220, diciembre 1996.
- (40) García Cardona, F. Molins Pérez, G. Farré Pradell, J. La contabilidad de costes en atención primaria: cartera de servicios. *Atención Primaria*, vol. 16, núm. 3, julio-agosto 1995.
- (41) De Francisco Casado, M.A. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmobilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. *Atención Primaria*. Vol. 19, núm. 3, 28 de febrero de 1997.
- (42) Urbina Pérez, O. Marcuello Servos, C., Serrano Peris, G.D. García Latorre, F.J. ¿ Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia ? *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 4, 15 de septiembre de 1997.
- (43) Fernández San Martín, M.I. Asenjo Arriero, M. Fernández Redondo, E. Martínez Ibáñez, M. Molina Blázquez, G. Moreno Camacho, A. Efectividad de medidas organizativas en la mejora de la gestión del Programa de Cita Previa. *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 6. 15 de octubre de 1997.
- (44) Rivera Casares, F. Hernández Pérez, Y. Martí Barrera, E. Chaume Muñoz, A. Martínez Tamayo, C. Richart Rufino, M.J. Estrategias organizativas en los centros de salud. *Cuadernos de Gestión*. Volumen 4, número 1, enero-marzo 1998.
- (45) García Sánchez, S. González Ares, J.A. Factores de motivación de los profesionales de la salud en atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol.2 , núm. 1, enero 1995.
- (46) Casajuana Brunet, J. ¿ Qué espera el médico de atención primaria como incentivo ? *Formación Continuada en Atención Primaria*, vol. 4, núm. 10, diciembre 1997.
- (47) Tamborero Cao, G. ¿ Es adecuada la incentivación en función de la contención del gasto farmacéutico ? *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 4, núm. 10, diciembre 1997.
- (48) Tamborero, G. Pomar, J.M. Pareja, A. Pou, J. Llobera, J. Fuster, J. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. *Atención Primaria*, vol. 19, núm. 6, 15 de abril de 1997.
- (49) Corbella, A. Roma, J. Martínez-Carretero, J.M. Formación Continuada y mejora de calidad: planteamiento y proyectos de mejora realizados en atención primaria. *Rev. Calidad Asistencial* 1997; 12: 414-418.
- (50) Consejo General de Enfermería. Libro Blanco. La aportación de la enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macro-estudio de base. Marzo 1998.
- (51) García Olmos, L. Arias, P. De la Cuesta, A. Aguado, M. Contenido de la consulta de enfermería en un centro de salud. *Atención Primaria*., vol. 9, núm. 4, 15 de marzo de 1992.
- (52) Pilas Pérez, M. Ugalde Díez, M. Alberquilla Menéndez-Asenjo, A. González Rodríguez-Salinas M.C. Características de la demanda en la consulta de Enfermería de Atención Primaria. *Revista ROL de Enfermería* nº 212, abril 1996.
- (53) Van-Der Hofstadt Román, C.J. Baena Hernández, C. Sánchez Escámez, A. Mira Solves, J.J. Organización del trabajo de enfermería en Atención Primaria y satisfacción y estrés laboral: *Enfermería Comunitaria versus Enfermería por programas*. Centro de Salud, noviembre 1995.

- (54) Casanovas Clavet, Y. Lázaro Morón, P. Mitjans Galito, J. Reixach Frasquet, M. Papel de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. *Enfermería Clínica*, vol. 5, núm. 2
- (55) Mariscal Crespo, M.I. Barquero González, A. Carrasco Acosta, M.C. ¿ Conoce la población la oferta de servicios de enfermería ? *Revista ROL de enfermería* nº 198, febrero 1995.
- (56) De Pedro Gómez, J., De Diego Sachetich, A.I., Jareño Talero, J. Y colbs. Estudio de la demanda de autocuidado en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca. *Enfermería Clínica*, vol. 3, núm. 6.
- (57) Conclusiones de la mesa redonda “ qué esperan los usuarios de la enfermería comunitaria “. Mesa redonda organizada por la ACEC, Santa Cruz de Tenerife, Junio 1996. Actas de la asociación, no publicadas.
- (58) Fernández, J.L. Bolívar, Y. López, y colbs. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería. *Atención Primaria*, vol. 18, núm. 2, 30 de junio de 1996.
- (59) Conclusiones de 1ª Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Balneario de Arnedillo, 26 - 28 de febrero de 1998. La Rioja.
- (60) La situación de la consulta de enfermería en Canarias desde la perspectiva de la ACEC. Ponencia presentada en la Iª Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Balneario de Arnedillo, 26-28 de Febrero de 1998.
- (61) Manual de la Historia de Salud. Servicio Canario de Salud. 1996.
- (62) Memoria del SCS. Sistemas de Información en A.P. Servicio Canario de Salud. 1997.
- (63) Duarte Clíments, G. Montesinos Afonso, N., Sadurní Querol, A. Sicilia Sosvilla, I. Aparicio Parrado, C. Catálogo de intervenciones de enfermería en A.P. Comunicación al Congreso AEC, Febrero-Marzo 1997. Balneario de Arnedillo, La Rioja.
- (64) Vázquez Díaz, J.R. El trabajo en equipo. Documentos para un debate. SCMFyC.
- (65) Encuesta de Salud de Canarias 1997. Satisfacción del usuario de Atención Primaria.
- (66) Consejería de Sanidad y Consumo. Decreto 117/1997, de 26 de Junio, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias. BOCA núm. 95, viernes 25 de julio de 1997.
- (67) La investigación en el Servicio Canario de Salud: un instrumento para la equidad y la eficiencia. Servicio Canario de Salud. 1996.
- (68) Abarca López, P. y colbs. Grupo de Trabajo de Enfermería, FIS, La investigación en enfermería en España, *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 584 - 588
- (69) Amezcua Martínez, M. Germán Bes, C. Hejerle Valero, C. Vílchez Melgarejo, J.L. La investigación en enfermería en España y la difusión de la información científica. *Med Clin* vol. 104, núm. 18 1995.
- (70) Sarmiento Gallego, M. Martínez Ros, M.T. Sánchez Sánchez, F., y colbs. Cómo vemos los sanitarios el previsible futuro de nuestro trabajo en los centros de salud. *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 6, 15 de Octubre de 1997.
- (71) Alvarez Solar, M. Coordinación Asistencial en la Atención al Anciano, *Atención Primaria*, vol. 16, suplemento 1, noviembre 1995. Pág. 117.
- (72) García-Cañedo Fernández, R. La atención primaria de salud en el anciano. *Atención Primaria*, vol. 16, supl. 1, nov. 1995, pág. 125.

- (73) Bermejo P.,F. Rivera N.,J. Pérez del Molino, F. Aspectos familiares y sociales en la demencia. Med Clin (Barc) 1997; 109: 140-146.
- (74) González Guillermo, T. Benítez del Rosario, M.A. Hernández Estévez, P. Atención Domiciliaria: importancia del trabajo interdisciplinario. Atención Primaria, vol. 16, supl. 1, nov. 1995.
- (75) Amezcua, M. Arroyo López, M.C. Montes Martínez, N. López Sánchez, E. Pinto Reina, T. Cobos Ruiz, F. Cuidadores familiares: su influencia sobre la autonomía del anciano incapacitado. Enfermería Clínica, vol. 6, núm. 6, pág. 233 - 241.
- (76) González Díaz, N. Herrera Hernández, J.M. Hernández Rodríguez, A.M. y colbs. Estudio descriptivo de la situación social de los pacientes enfermos crónicos del Hospital Universitario de Canarias en el primer semestre de 1997. Actas de las V Jornadas "Trabajo Social y Salud ", Valencia Noviembre 1997, Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- (77) Oterino de la Fuente, D. Ridao, M. Peiró, S. Marchant, C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. Med Clin (Barc) 1997; 109: 207-211.
- (78) Rodríguez, R. Zunzunegui, M.V. Bergmana, H. Béland, F. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA. Atención Primaria, vol. 21, núm. 6. 15 de abril de 1988.
- (79) Colomar Pueyo, G. El nuevo código penal y los profesionales de enfermería. Enfermería Clínica, vol. 7, núm. 1, pág. 31 - 33.
- (80) Conde Olasagasti, J.L. Evaluación de tecnologías sanitarias: racionalización frente a racionamiento. Revista de Administración Sanitaria. Vol. 11, núm. 5, enero - marzo 1998.
- (81) Arribas Echeveste, M.G. Cuando los estudiantes quieren investigar, los profesores también investigan. Index Enferm (Gran) 1997; 19: 10-12.
- (82) Arribas Blanco, J.M. Gil Sanz, M.E., Sanz Rodrigo y colbs. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. Med Clin (Barc) 1996; 107: 772 - 775.
- (83) Gol Freixa, Jordi M. Bienvenidos a la medicina basada en la evidencia. JAMA (de. Esp.) 1997, pág. 5 - 14.
- (84) Osakidetza. Gestión Previsional de la oferta de servicios, Enfermería de Atención Primaria, marco general. Octubre 1995.
- (85) Coma Campmany, Y. Montcusí Puig, C. Fuentes bibliográficas para artículos de revista: base de datos CINAHL. Enfermería Clínica, vol. 7, núm. 1.
- (86) Alfonso Orti. Capítulo II.3 La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: García Ferrando, M. Ibáñez, J. Alvira, F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social. Madrid, Alianza Universidad Textos, 1989.
- (87) V. Navarro. ¿ Qué es la investigación sobre servicios de salud ? Revisiones en Salud Pública 1997; 5: 69-86.
- (88) Pozo, F. Lázaro, P. De la Cal, M.A. y Centro coordinador REUNI. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de la salud (III): Red de Unidades de Investigación del Sistema Nacional de la Salud (REUNI). Med Clin (Barc) 1996; 107: 500 - 508.
- (89) Grupo de trabajo del centro coordinador REUNI para la investigación de enfermería. Investigación clínica de enfermería en la Red de Unidades de Investigación. Enfermería Clínica, vol. 7, núm. 1.

(90) Benítez del Rosario, M.A. de Armas Felipe, J. Papel de la atención primaria en la asistencia al anciano. Cuadernos de Gestión, vol. 2, núm. 3, julio - septiembre 1996.

(91) Martín Zurro, A. ¿ Es necesario reorientar la evaluación de los equipos de salud ? Atención Primaria, vol. 20, núm. 3, julio - agosto 1997.

(92) Auñón Muelas, A. Colomer Rosas, A. La actividad de las enfermeras en los equipos de atención primaria. Centro de Salud, febrero 1997.



Conclusiones de los grupos de discusión. (Agosto - Octubre 1998).

Análisis de la situación actual y líneas de desarrollo en enfermería comunitaria.

Estructura del informe.

Introducción / método.

- A. Introducción.**
- B. El consenso.**
- C. El proceso.**

Logros.

A. Rol Profesional.

- 1. Autonomía, imagen, autoestima. Igualdad con profesionales.*
- 2. Orientación hacia el usuario, responsabilidad.*
- 3. Confianza, reconocimiento de usuarios, credibilidad profesional.*
- 4. Autoestima.*
- 5. Contenidos.*
- 6. Legal.*

B. Formación.

C. Organización.

D. Servicios.

1. Generales / adultos.

Servicios ofertados
Características de los servicios
Atención Domiciliaria
Consulta

2. Servicios a la población pediátrica.

Resultados
Características

3. La humanización de los servicios.

Problemas.

A. Rol / actitud.

1. Actitud negativa / desidia / carencias.

Actitud
Autoestima
Responsabilidad
Causas
Carencias
Percepción

2. Ausencia de discurso profesional.

Autonomía profesional
Servicios sin ofertar
Servicios pseudomédicos
Desconocimiento de la población
Formación

3. Base legal.

4. Pasado / ATS.

B. Formación.

C. Registros / indicadores.

D. Organización.

1. Características.

2. UAF general.

Heterogeneidad
Coordinación / relaciones

**Dependencia / captación / reorganización
Recursos / ratios / problemas de estructura**

- 3. UAF vs. Médico.**
- 4. Heterogeneidad / método.**
- 5. Sustituciones.**
- 6. “Ajuste” de servicios comunitarios.**

E. Servicios.

- 1. Método / investigación.**
- 2. Consulta.**
- 3. Usuario / orientación.**
- 4. Situación fuera de consulta.**

F. Directivos.

G. Otros.

Líneas.

A. Foros de debate / grupos de trabajo.

B. Formación / investigación.

C. Indicadores / registros.

D. Incentivos.

E. Organizativos.

- 1. Ideas Preliminares.**
- 2. Propuestas de cambios organizativos.**

F. Servicios.

- 1. Ideas Preliminares.**
- 2. Propuestas de servicios.**

**Técnicas
Consulta
Domicilio
Grupos
Otros**

G. Marketing de los servicios enfermeros.

H. Liderazgo directivo.

INTRODUCCION / METODO.

A. Introducción.

En estos momentos diversas circunstancias nos han llevado a un proceso de revisión del papel de los servicios de salud como parte del plan estratégico del SCS. La atención primaria, y dentro de ella la enfermería en particular, no es ajena a este proceso. La atención primaria constituye la teórica puerta de entrada del sistema, y es responsable de la continuidad de los cuidados. En ambos aspectos la labor de la enfermería es fundamental.

Es en este marco en el que definir las líneas estratégicas de futuro para la enfermería en atención primaria resulta una labor prioritaria. Hay que definir cuáles han sido los principales logros en los últimos años y los principales campos a cubrir, los servicios a incorporar o desarrollar y las áreas prioritarias a atender.

El SCS a través del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación, está realizando un proceso de “ Análisis de la situación actual y líneas de desarrollo de la enfermería en atención primaria “. Como parte de este proceso se han generado diferentes grupos de discusión y análisis con todos los profesionales y usuarios relacionados con los servicios de la enfermería de atención primaria. Se presentan aquí los resultados de los grupos de profesionales.

Una condición previa y un objetivo en este proceso es lograr el mayor nivel de participación profesional y de los usuarios del sistema, con vistas a conseguir consenso sobre las estrategias a desarrollar en el futuro. Por ello, el objetivo de este documento es servir de base a la reflexión y el análisis sobre la situación de la enfermería de atención primaria en general, y en Canarias en particular. Es un intento de acercarnos a la situación actual de la enfermería y sus posibles vías de desarrollo.

La estructura de este documento intenta describir las ideas expuestas en los grupos., el proceso seguido se describe de forma más concreta en el punto “ El proceso “.

Les animamos a participar en el proceso y difundir este documento entre los profesionales de la atención primaria y sus usuarios.

B. El consenso.

El consenso es el acuerdo sobre un tema de una mayoría de personas. A este acuerdo se debe llegar a través de un proceso analítico de los problema planteados. El proceso de analizar y profundizar en las raíces del problema y en sus soluciones asume que es susceptible de tener distintas visiones personales, derivadas de la “ realidad “ específica de cada individuo.

Estas premisas aproximan bastante el proceso a las técnicas específicas de la investigación cualitativa, de la cual, el paradigma lo constituye el grupo de discusión. El sentido de este proceso es buscar información útil y rigurosa y sustituir el término ser objetivo por ser neutral y escrupuloso en la tarea de recoger múltiples perspectivas, múltiples intereses y múltiples posibilidades. *Un análisis de este tipo es válido cuando es creíble y es creíble cuando presenta una descripción e interpretación de una experiencia humana o de un fenómeno tal, que las personas que viven esa experiencia inmediatamente reconocen las descripciones e interpretaciones como suyas propias. (*)*

Según la revisión bibliográfica de Fernández de Sanmamed (*), los temas más explorados en Ciencias de la Salud con estos métodos son: evaluación, planificación sanitaria, opinión y satisfacción de usuarios, calidad asistencial, salud mental, drogodependencia, adolescencia, menopausia, parto, postparto, lactancia, planificación familiar y exploración de la percepción subjetiva de la enfermedad. Los métodos más conocidos en nuestro medio son las entrevistas en profundidad, la técnica Delphi y los grupos de discusión o grupos focales. Los grupos se han utilizado en Ciencias de la Salud para: intervenir con los usuarios - aprendizaje, autoayuda, terapéuticos -, en la institución sanitaria - gestión y trabajo en equipo y análisis institucional - y en la investigación.

Mediante la técnica de discusión en grupo, se recogen opiniones de expertos - en cuanto personas implicadas con lo que se discute - sobre un tema y en su aplicación se logra el consenso. Este documento pretende reflejar un proceso de este tipo, describiendo las ideas obtenidas después de la discusión en los grupos.

C. El proceso.

Nos hemos reunido con catorce grupos distintos. La composición de los grupos ha sido homogénea en cuanto a número de profesionales (10 a 15 por grupo) y tipo de trabajo profesional. Así hemos reunido un grupo con Directivos de Enfermería de atención primaria de toda Canarias, otro con Gerentes y

Directores Médicos de atención primaria de toda Canarias, dos grupos, uno en Tenerife y otro en Gran Canaria de Directores de Zona Básica de Salud, y de la misma manera dos de Subdirectores de Zona Básica de salud, dos de Pediatras, dos de Enfermeras que trabajan en consulta con niños, dos de Médicos Generales / de Familia, y dos de Enfermeras que trabajan en consulta con adultos.

A todos los asistentes se les invitó por carta y fax, y se les hizo llegar previamente el Documento de Análisis a partir de la bibliografía disponible, asimismo se les adjuntaba un pequeño guión que guiara la reflexión. Cada reunión duró una mañana completa de trabajo.

En los grupos se les pidió a los componentes, que identificaran los principales logros de la enfermería en atención primaria desde el comienzo de la reforma, los principales problemas o déficits actuales, y las principales líneas de trabajo a desarrollar y/o servicios a ofertar. Se les pedía que estas cuestiones fueran analizadas en cuanto a repercusión / necesidades de los usuarios.

Las ideas planteadas se discutían en el seno del grupo y cuando había consenso sobre la cuestión se plasmaba sobre “sábanas” de papel. En aquellas cuestiones en las que no había acuerdo, se indicaba - y se indica en el informe - expresamente, normalmente están recogidas en forma de interrogantes. Las ideas recogidas eran expuestas durante toda la reunión a fin de retomar o reformular alguna cuestión cuando fuera preciso. A partir de esas ideas se ha elaborado este informe.

Les presentamos las ideas agrupadas en cuanto a logros, problemas y líneas de trabajo, y dentro de estos apartados se han agrupado en “grandes” ideas que hiciera más sencilla la comprensión. Queremos agradecer a todos los participantes en los grupos y a los profesionales que nos hicieron llegar sus reflexiones por escrito tras la discusión la voluntad y disposición que mostraron.

* Fernández de Sanmamed Santos, M.J. Introducción a la investigación cualitativa. FMC - Formación Médica Continuada, vol. 2, núm. 1, enero 1995.

LOGROS.

Las “grandes ideas” en cuanto a logros de la enfermería de atención primaria se pueden resumir en cuatro: ha habido logros en cuanto a rol profesional, formación, organización y ofertas de servicios.

A. Rol Profesional.

Todos los grupos han coincidido en resaltar como logro el cambio de rol de la enfermería comunitaria frente a la enfermería “tradicional” hospitalaria o de ambulatorio. A fin de exponer todos los aspectos relacionados con esta idea hemos subdividido en: cambios en la autonomía profesional, la autoestima, la propia imagen profesional y las relaciones de “igualdad” con otros profesionales; en segundo lugar lo referente a la orientación profesional hacia las necesidades del usuario y la responsabilidad profesional; en tercer lugar la confianza y credibilidad para el usuario, o el reconocimiento como profesionales; en cuarto lugar la autoestima profesional; en quinto lugar la definición de los contenidos del trabajo de la enfermera y por último lo referido a avances legales.

1. Autonomía., imagen, autoestima. “Igualdad” con otros profesionales.

El mayor logro en este sentido es el “cambio” tradicional de la labor administrativa secundaria al médico, y el rol tradicional de ayudante médico sin autonomía frente al paciente. Ha habido personas que esta idea la han expresado como autonomía y otras personas que la expresan como independencia. Una idea en paralelo y que engloba toda esto es la de estar en igualdad de condiciones en un equipo multidisciplinar, con una interrelación personal distinta al papel “tradicional” hasta ahora de la enfermera.

Hay ideas que han matizado lo dicho en el párrafo anterior, se ha hablado de mayor o menor autonomía profesional en función del compañero / médico de cada UAF, y se ha expresado en distintos grupos la pregunta de ¿ puede cambiarse de compañero de UAF ?

No obstante hay acuerdo en que profesionalmente se ha dejado de ser ATS para ser enfermera, se ha pasado de un perfil profesional fundamentalmente técnico a tener un perfil más “comunitario”. Se coincide en que se ha ganado “respeto” profesional al cambiar la imagen de “subalterno”, sobre todo al salir de la burocracia hacia la asistencia.

Se ha hablado de “libertad” profesional, de capacidad de planificar el tiempo propio. Sin embargo también se recuerda un momento inicial de gran ilusión en AP cuando comenzó el nuevo sistema, Ilusión que los distintos traslados hospitalarios enfriaron por “romper” los equipos cuando se iniciaba el “despunte”. Hay aquí una pregunta referida a si se habrá alcanzado la madurez profesional.

2. Orientación hacia el usuario, responsabilidad.

En muchos grupos se ha comentado un cambio de orientación en la atención que presta la enfermera, se ha pasado de prestar atención a la derivación médica a centrarse en las necesidades del usuario. Incluso algunos profesionales comentan que este cambio de orientación ha supuesto centrarse en salud, en vez de enfermedad.

De manera concreta ha habido un frase que sintetiza este cambio de orientación “hemos cambiado de - lo que manden - al trabajo por programas”. Se habla de ser corresponsables de la educación sanitaria y el seguimiento terapéutico, y más en concreto se ha resaltado la atención al niño, su seguimiento dentro y fuera del centro, y los programas de salud escolar, bucodental y vacunas.

Se ha expresado que este cambio de orientación se refleja en un cambio de actitud para asumir la responsabilidad de decisiones, en especial en los domicilios, y con los pacientes “controlados” en programas. Aunque esta idea es matizada porque en algunos grupos se ha discutido que este cambio de actitud no es general sino que depende de la actitud individual y el nivel de formación - en algún grupo se ha hablado de “élites” -. Hay una pregunta no contestada sobre la responsabilidad asumida en relación con la población, ¿ se siente la enfermera responsable de la población ?

Por último se habla de un logro al ganar la confianza y la cercanía del usuario, en algún grupo se ha mencionado como “intimidad”. Y se ha discutido que se haya logrado esto en relación con otros profesionales, no se llegó a acuerdo.

3. Confianza, reconocimiento de usuarios, credibilidad profesional.

Unido al punto anterior, y como continuación de él se ha hablado de ganar la confianza y el reconocimiento profesional del usuario. Sin embargo se vuelve a abrir el interrogante en la relación con otros profesionales. Se cree que hay un reconocimiento oficial / institucional.

Esto se explica por haber respondido a las demandas de la población, ya que se ganado en el conocimiento social de la zona, y en la relación con el enfermo. La enfermera se ha implicado en la responsabilidad de la asistencia ante la población adscrita a la UAF.

La credibilidad profesional se matiza y no se habla de logro general, se dice que hay que “personalizar” al profesional. En especial se habla del reconocimiento desde los usuarios “filtrados” por los programas de salud. En este sentido se habla de mejoras en la accesibilidad. Se ha ganado “imagen” al aumentar el prestigio, y el respeto frente al público. Se ha cambiado la imagen frente a la población, ahora la población comienza a ver a la enfermera como “autoridad sanitaria”. Por último se vuelve a manifestar la doble vertiente de esta idea, credibilidad frente a la población y frente al resto de compañeros.

4. Autoestima.

Se coincide en los grupos en el aumento de la autoestima profesional, que se relaciona con la capacidad de decisión profesional, la responsabilidad, la “emancipación” profesional, el desarrollo del campo independiente, y se llega a hablar como logro de “tener conciencia de ser enfermeras”.

5. Contenidos.

En cuanto a los contenidos del trabajo de la enfermera enunciados como logros se habla de la polivalencia - expresándolo incluso como heterogeneidad y diversidad -, de hacer “más que la sala de curas”, de tomar iniciativas concretas, de tener actitud creativa - en algún grupo se habla de la enfermera como factor innovador en primaria -, todas estas ideas matizadas por su relación con las actitudes personales.

Hablando de manera más concreta en cuanto los contenidos del trabajo, se habla de ser el soporte de los programas de salud, y de generar los cambios de la AP en cuanto a la potenciación de la educación para la salud y las actividades preventivas y de promoción de la salud. Todas estas ideas se matizan al hablar de una consulta propia pero en función de la cartera de servicios del equipo, se expresan interrogantes sobre la organización de los tiempos de consulta, y sobre la capacidad de dinamizar el trabajo de la UAF. Se especifica que hay un trabajo mucho más delimitado en los niños, y de una actitud más “osada” en pediatría. Se puede añadir aquí el impulso de la educación sanitaria en los hábitos higiénico dietéticos.

Un aspecto final en este tema es el logro de espacio propio, la consulta de enfermería, donde ofertar asistencia específica.

6. Legal.

Se ha hablado de avances en el aspecto de base legal. En concreto se ha hablado del caso específico de Canarias y del soporte legal que pueden representar los programas y protocolos a partir del Decreto 117/97 sobre organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en Canarias.

B. Formación.

Han surgido varios aspectos relacionados con el logro de formación alcanzado por las enfermeras en atención primaria. Se ha mencionado el avance que representa que legalmente exista una especialización en Salud Comunitaria aunque no se haya desarrollado en la práctica. En general se reconoce que los mayores avances han sido de forma autodidacta, de autoformación.

Las mejoras en formación se relacionan con los cambios de rol profesional, el pasar de ser practicante a ser enfermera de salud bucodental, de atención a la mujer, de atención domiciliaria... exige un esfuerzo formativo. En relación con esto se habla de la consulta de enfermería como acicate para aumentar el nivel científico, con énfasis especial en la capacidad de ser autodidactas - en algún grupo se habló de élite autodidacta -.

Se incide en la formación continuada sistemática, como logro general, y más en concreto en el área de la educación sanitaria. Creen que se ha logrado formación en Atención Primaria, en la visión global del sistema.

Se ha hablado del aumento de la actividad investigadora, y en particular de la investigación de enfermería en atención primaria. Se ha mencionado el logro desde las asociaciones profesionales en

cuanto al impulso de líneas de investigación. También se ha mencionado la “especialización” alcanzada en el área de la pediatría.

En otro sentido se habla de la mejora de la formación en las EUEs específicamente en Comunitaria. Se ha mejorado la capacidad tanto de docentes como de alumnos de las EUEs, actuando como elemento motivador para los profesionales el contar con alumnos para prácticas.

Relacionado con lo anterior la influencia que han tenido en estos cambios la incorporación de profesionales jóvenes, con mayor nivel formativo, con inquietud y en muchos casos con procedencia hospitalaria.

Dos aspectos abiertos después de lo visto anteriormente es la ¿ capacidad de cuestionarse de la enfermería ? y la pluripotencialidad, la moldeabilidad, la posibilidad de cambio. Otra interrogante abierta en el aspecto formativo es la ¿ formación para “filtrar” y resolver problemas de los usuarios ?

C. Organización.

En cuanto a los aspectos organizativos podemos hablar de logros en la gestión, en el sistema UAF y en las agendas de enfermería. En cuanto a la gestión se considera un logro el ser parte activa de la gestión como subdirectores de los equipos, se resalta el importante papel de liderazgo que han jugado algunos responsables de enfermería, y se menciona la importancia de que existan subdirecciones de Gerencias que sean enfermeras.

En referencia al sistema organizativo como UAF se menciona como un logro, pero en todos los grupos se añade “si funciona bien”, resaltando el hecho de la relación personal / profesional. En algún caso el sistema UAF es enunciado como el menos malo. En general se habla como sistema beneficioso para el usuario, en cuanto a conocimiento y contacto del paciente. También se resalta el beneficio para coordinarse y relacionarse con los otros miembros del equipo.

En cuanto al trabajo concreto de la UAF se resalta la ayuda que suponen los programas / guías de actividad, en especial en las UAF de Pediatría frente a las de adultos, se opina que este sistema favorece los programas de prevención / promoción de la salud. Hay una interrogante sobre la organización de los tiempos de consulta.

La última idea como logro en cuanto a organización son las agendas de enfermería, que facilitan - en algún grupo es discutido sin acuerdo - la accesibilidad y la respuesta a las demandas del paciente.

D. Servicios.

A la hora de reflejar lo dicho sobre los logros relacionados con los servicios que oferta la enfermera vamos a agruparlos en los servicios generales y dirigidos a adultos, los servicios a la población pediátrica y algunas ideas relacionadas con la humanización de la asistencia.

1. Generales / adultos.

Veremos ideas relacionadas con los servicios concretos ofertados, características organizativas, atención domiciliaria y a grupos, y algunos aspectos de la consulta de enfermería.

Servicios ofertados.

En cuanto a los servicios ofertados, en los grupos se coincide en el logro que ha supuesto iniciar / desarrollar temas como la promoción de la salud y las actividades preventivas, la inclusión de técnicas - como ekg, espirometrías, glucemias... - en AP, la educación sanitaria individual fundamentalmente y el inicio de la grupal, la descentralización de la extracción periférica, el trabajo de los programas de salud y las actividades docentes. Haciendo referencia especial a la integralidad de la atención y la accesibilidad del usuario.

En cuanto a los programas de salud se han resaltado los logros en cartera de servicios. Y en lo referente a la educación sanitaria individual se ha relacionado con la autonomía profesional. También hay que mencionar el aumento de los registros en la Historia de Salud, con el aumento de la calidad asistencial que conlleva, facilitando la relación interprofesional. Otro aspecto a destacar es el aumento del nivel de inmunización de la población.

Características de los servicios.

En relación con las características organizativas de los servicios se ha hablado de que asumir una población como “propia”, ha servido para ser más conocidos por la población y funcionar como vehículo de transmisión de los servicios sanitarios, en algunos casos de enlace entre la familia y el médico, y en otros asegurando la continuidad de los cuidados en intervenciones “sociales”.

En este sentido ha aumentado la demanda específica del usuario a la enfermera, en algunos casos actuando como balanza del médico en la UAF. Al hablar de la identificación del usuario con la enfermera de referencia se abre la interrogante sobre si ¿ se están ofertando servicios específicos de la enfermera suficientes que respondan a las necesidades de usuarios ?

Atención Domiciliaria.

En cuanto a este servicio, se reconoce un logro en el inicio de la Atención Domiciliaria “reglada”, no a demanda, y en relación con los cuidados crónicos / paliativos en domicilio. Se reconoce también un logro en el inicio de las actividades comunitarios, aunque en algunos casos de forma puntual, y con muchas interrogantes acerca de la organización más adecuada para este tipo de atención. En concreto se han mencionado en este campo la salud bucodental, la educación grupal, el trabajo con grupos de mujeres, y el realizado en los colegios.

Consulta.

Por último, en este punto y relacionado con los servicios que se ofertan en consulta, se ha hablado de la potencialidad en abrir campos que representa, el avance que supone para la profesión - aunque en algún caso se hable de atrincherarse - y la oferta que se podría hacer al usuario. En este sentido un interrogante es si ¿ el usuario conoce y demanda la atención que presta la enfermera ? Por último el avance de humanización de la asistencia que supone que la población cada vez más use a la enfermera como consultores de salud.

2. Servicios a la población pediátrica.

Podemos distinguir varios aspectos, en primer lugar los resultados alcanzados, fundamentalmente en el programa del niño sano, las características de este servicio y otras cuestiones relacionadas.

Resultados.

La cobertura alcanzada en inmunizaciones, cribaje de metabopatías y cumplimiento de las revisiones del programa del niño sano reflejan los buenos resultados de los servicios ofertados a la población pediátrica, y hay consenso general de ello entre los profesionales. Incluso se coincide en que los usuarios lo perciben así. En esto se reconoce un logro importante para la enfermería. Se habla de aumento de calidad asistencial y de competitividad frente al sector privado. Y se plantea una interrogante ¿ se está convirtiendo la enfermera en una puerta de entrada para la población infantil ?, la respuesta más generalizada es que depende de la enfermera concreta, pero que en rasgos generales puede ser que sí. En general se percibe como un servicio implantado y consolidado en la comunidad.

Características.

En cuanto a las características que han hecho posible este éxito, se habla del tipo de población y del programa del niño sano. En cuanto al tipo de población se explica que las madres y padres tiene una motivación especial a la hora de cumplir los controles de salud de sus hijos. Este grupo de población está mejor educado en materia de salud. Se entabla con los padres una relación más cercana, que en el caso de los pacientes adultos. El programa del niño sano es único - en adultos hay distintos programas según patología -, está orientado a la salud, y es muy concreto a la hora de protocolizar los controles y las derivaciones hacia el pediatra y los especialistas. Por otra parte el proceso de “historiar” a la población, que se acerca al 100% favorece todo lo anterior. Además en algún grupo se apunta que en este programa los indicadores son adecuados.

En cuanto a otras cuestiones relacionadas con los servicios a los niños, se destaca el acercamiento a las escuelas - a niños, padres y profesores -, la prevención en salud bucodental, y la creciente detección y derivación de los problemas sociales.

3. La humanización de los servicios.

Se ha destacado como logro de la atención de enfermería en AP la humanización de la asistencia, para diferenciar de la atención biomédica., heredada de la atención hospitalaria. Algunos grupos indican que esto es reconocido así por los pacientes.

PROBLEMAS.

Hemos agrupado los problemas identificados en varios grandes grupos, en primer lugar los problemas de Rol profesional, en segundo lugar la formación, en tercer lugar aquellos problemas relacionados con los registros y los indicadores, en siguiente lugar los problemas de organización, en siguiente lugar los servicios, los problemas relacionados con los directivos y un grupo de problemas que no cabían en ninguno de los anteriores.

A. Rol / actitud.

1. Actitud negativa / desidia / carencias.

En relación con los problemas de rol y / o de actitud negativa de las enfermeras, podemos distinguir varios aspectos, ideas sobre actitud / autoestima profesional, causas y carencias que inciden en ello y percepciones que están influyendo en este aspecto.

Actitud

Se ha mencionado en muchos grupos la desmotivación profesional de la enfermería, incluso en algunos se ha hablado de falta de motivación colectiva de los profesionales de la AP, en la que la actitud de la enfermería es un reflejo del total. En concreto se ha hablado de actitud de “claudicación”, y en algún grupo de desidia profesional - implicando en ello a todo el equipo - . Se ha mencionado la actitud de “resistencia” a salir de la consulta, de pasividad ante el trabajo. Y dos interrogantes sobre este tema ¿ hay una actitud especialmente resistente a introducir cambios ? ¿ Es necesario valorar la actitud / aptitud de los profesionales para establecer pautas de trabajo en consulta ?

Autoestima

Muy relacionado con los problemas de rol y en concreto con los de actitud se ha mencionado la baja autoestima del colectivo enfermero, con una incapacidad para reconocer en algunos casos los propios logros y con una crisis de identidad / credibilidad, que en algún caso se ha planteado como actitud autodestructiva.

Responsabilidad

Esta actitud se traduce en la falta de asunción de responsabilidad en el trabajo. En algún caso se ha explicado como miedo a la responsabilidad - entre otras causas por miedo “legal” -, comodidad en la rutina de la consulta, desconocimiento de tareas a asumir - en concreto ¿ alguna médica ? -, actitud defensiva y el peso histórico del cambio de rol. Lo común a todos es el “atrincheramiento” en la consulta y el no asumir la responsabilidad ante la población.

Causas

Entre las causas esbozadas de esta situación se encuentran la actitud personal / individual - se ha puesto como ejemplo el historiar sistemáticamente a la población adulta -, el no “cambio de chip” entre el modelo antiguo / nuevo, el “desembarco desde los hospitales”, el “cansancio de llevar crónicos”, la defensa corporativa médica, la discusión sobre la presión asistencial médica frente a la presión asistencial de la enfermera, y la “competitividad” médica.

Carencias

También se han enumerado algunas carencias que influyen en esta situación: la falta de evaluación, la falta de incentivación, la falta de cultura de empresa, la falta de cultura profesional, la falta de “imagen”, la falta de reconocimiento social de los gestores / directores y de otros profesionales, la falta de formación, la falta de apoyo institucional a las iniciativas “comunitarias”, y las condiciones laborales del personal sustituto.

Percepción

Unido a todo esto los profesionales “perciben” que la profesión de enfermería está “atacada” y en una situación de permanente necesidad de demostrar “cosas”. Perciben que cada vez es necesario abordar más cuestiones, que se valora y se reconoce poco el trabajo comunitario y que la situación profesional ha empeorado en los dos últimos años. En algunos casos se ha expresado la necesidad de autovaloración, de perder miedo y “capitalizar” el trabajo de la enfermera.

2. Ausencia de discurso profesional.

Un problema relacionado con las ideas de rol profesional y actitud negativa se refiere a la ausencia de discurso profesional. Este problema se especifica en la autonomía profesional, servicios que no se ofertan, los servicios pseudomédicos, el desconocimiento de la población y la formación.

Autonomía profesional.

Los “logros” son relativizados en este punto, ya que se ha apuntado que algunos de ellos son más conceptuales que reales. Incluso en algún grupo se ha planteado que la enfermería está perdiendo tiempo al no hacer un desarrollo profesional autónomo. No se ha logrado tener profesionales resolutivos, no se ha “personalizado” al profesional en la consulta - falta cupo propio de la enfermera -, hay problemas de concepto, de heterogeneidad profesional, y de “resistencia” al trabajo científico. Todo ello se traduce en un exceso de polivalencia, en actitudes defensivas, sin iniciativas profesionales y con falta de cohesión profesional. Por contra mencionar que en un grupo se opinó que la autonomía alcanzada por la enfermera era un problema por excesiva y que se traducía fundamentalmente en una pérdida administrativa para el médico y en un aumento del gasto farmacéutico.

Servicios sin ofertar.

El principal problema que conlleva lo anterior es que hay servicios que no se ofertan, esto se verá más en detalle en el apartado “servicios”, pero apuntar aquí que hay cambiar del trabajo fundamentalmente en consulta hacia un trabajo más centrado en el domicilio de los pacientes y en la atención domiciliaria.

Servicios pseudomédicos.

El mismo problema expresado antes pero con otro matiz es el estancamiento actual del trabajo de la enfermera. Centrado en una “bolsa” de pacientes - cautivos o filtrados se les ha llamado - fundamentalmente del programa de DM y HTA, sin ganancia para el usuario, en el que éste identifica a la enfermera con el médico y que a la postre conlleva una vuelta a las tareas administrativas.

Desconocimiento de la población.

No hay acuerdo claro sobre si la enfermera es una puerta de entrada al sistema, en cualquier caso sí lo hay en que para potenciar este papel tropezamos con problemas organizativos y legales. En general se habla de que la población desconoce los servicios que oferta la enfermera.

Formación.

Aunque se tratará con más detalle más adelante, otro problema que influye en la ausencia del discurso profesional es la formación deficitaria recibida en la universidad sobre enfermería comunitaria.

3. Base legal.

Uno de los aspectos relacionados con los problemas de rol y de actitud, es la baja cobertura legal. A pesar de que se identificó como un logro en el apartado correspondiente, en la mayoría de los grupos se habla de mala definición de las funciones, en particular en la atención a los adultos. También se habla de que no se cumple con la base legal existente. Hay quien indica que sobran clasificaciones y que se debe

tender a la polivalencia. Se habla también de dependencia médica en este campo, por ejemplo en la cirugía menor, y no se aclaran aún los aspectos legales relacionados con las actividades delegadas.

4. Pasado / ATS.

Por último en los problemas relacionados con el rol y las actitudes profesionales, se habla del peso del pasado. La enfermería hasta hace pocos años se basaba fundamentalmente en tareas técnicas derivadas del médico y ese aspecto aún pesa. De hecho se apunta como problema en algún grupo la pérdida de funciones “tradicionales” técnicas. Esto unido a la falta de un marco o discurso intelectual propio de la enfermería lleva a los problemas ya mencionados.

B. Formación.

La idea más común con respecto a la formación es que es inadecuada y poco específica. La formación básica que tienen las enfermeras es de tipo biomédico fundamentalmente, y en los grupos se coincide en que es una formación inadecuada para Atención Primaria - en algún grupo se apunta que debería servir para seleccionar al personal y exigir unos mínimos -. Se menciona como problema unido a éste el no haber desarrollado la especialidad de Salud Comunitaria. Por estas razones se habla de que la formación específica ha sido voluntaria y autodidacta, y se habla de falta de apoyo para acceder a la formación. Esto se traduce en actividades que tienen poca evidencia científica y falta de sistemática / método de trabajo.

Se apunta que la formación tiene un perfil básicamente hospitalario, por la procedencia inicial de las plantillas y por la no formación previa en AP ni en hospitales ni en las EUEs.

Se habla de mala formación en la EUEs, descoordinada con los profesionales, sin diferenciar la formación teórica de la real. Los profesionales creen que falta un programa / protocolo para las prácticas de los alumnos, y que los rotatorios de los alumnos por AP son insuficientes y mal estructurados. Se abre una interrogación sobre la sobrecarga que en algunos casos suponen las prácticas de los alumnos, y otra sobre el reconocimiento de esa actividad.

De forma específica se apuntan como temas deficitarios: el área psicosocial, la comunicación, el manejo de pacientes, el trabajo en equipo, la investigación, el rigor científico, el método unificado / criterios comunes, el trabajo en grupos.

Se apunta como consecuencia de todo esto la indefinición del perfil profesional y la “dispersión profesional”.

También se ha mencionado el problema de las sustituciones, que debido a la escasez de tiempo y al déficit formativo tienden a no realizar actividades de programas, en particular las de prevención, sin embargo también se apunta que si no se sustituye de cara al usuario no pasa nada, no hay reclamaciones. En varios grupos se habló de poca preparación técnica en los nuevos profesionales, en el sentido de ser menos resolutivos.

Al hablar de la formación continuada se habla de que no se realiza en los centros, y de que no es específica de los problemas que se presentan. Se apunta un especial déficit formativo en Pediatría de las enfermeras de adultos.

C, Registros / Indicadores.

En todos los grupo se ha apuntado como problema los malos registros e indicadores de los que disponemos en AP, en particular para la enfermera. Se ha hablado de “registritis” en la cartera de servicios, de registros farragosos y extensos en exceso. Se habla de un registro inadecuado de la demanda. Se abre una interrogante sobre ¿ se están incluyendo los pacientes programados por enfermería en los registros de actividad diaria médica ? Como conclusión, los registros inadecuados llevan a indicadores inadecuados.

Los indicadores son un problema porque sólo recogen aspectos cuantitativos. Se apunta que los indicadores de cobertura usados en pacientes adultos son inadecuados para el trabajo de enfermería. En este aspecto se habla de falta de apoyo directivo para cambiar esto. Se amplía la crítica hacia la no existencia de indicadores que recojan las intervenciones de la enfermera y lleven a los ratios “correctos” de personal, de plantilla.

Este problema de los indicadores se traduce en una mala evaluación de las enfermeras. En los grupos se ha comentado que el sistema de evaluación es inadecuado entre otras razones por la heterogeneidad de las consultas de enfermería. En los grupos se ha esbozado una interrogante sobre si los indicadores están más centrados en el trabajo del médico que en el de la enfermera. Si eso es así es difícil

“mostrar” el trabajo que hace la enfermería. Otra de las razones que se relacionan con este problema es el trabajo con población “filtrada” desde la consulta médica. No hay indicadores que recojan la actividad realizada fuera de la consulta. Por último en relación con esto se habla de que el sistema de auditoría falla, y que por tanto falta evaluar para planificar.

Los indicadores contemplados sólo son indicadores de proceso, y no contemplan los resultados sobre el paciente ni el aspecto satisfacción. En relación con esto se ha mencionado que faltan estudios de eficiencia en AP y en particular en enfermería, y en este sentido se habla de que la enfermería es un punto “débil” en la comparación con los ambulatorios. Por ello se insiste en que faltan recursos para investigar en la repercusión del paciente. Aquí también se habla de la falta de apoyo “directivo” para tomar iniciativas.

Los integrantes de los grupos mencionaron la dificultad de en la situación existente tener indicadores que permitan distribuir correctamente los recursos humanos. Con esto se relaciona la dificultad de conocer los resultados obtenidos por los distintos programas. No hay seguimiento de la actividad, falta el análisis de la calidad de la misma, y por último una interrogante, ¿ se ven los resultados de la Atención Primaria a largo plazo y por ello no es medible ?

Un último aspecto que se relaciona con esto es la ausencia de un sistema de incentivos adecuado. Se habla en concreto de incentivar el logro de objetivos. Y se abre otra interrogante ¿ es prescindible el trabajo que no se sustituye ?

D. Organización.

1. Características.

En muchos grupos se coincide en que uno de los problemas organizativos es que los centros de salud se han ambulatorizado en los últimos años. Se habla de convivencia de dos sistemas de atención con organizaciones y filosofías distintas. En general se coincide en que el sistema se ha centrado excesivamente en la asistencia de la demanda diaria. Se une a esto como problema que no se ha trasladado la responsabilidad de organizar los servicios a los centros. En torno a esto, se habla de la “especialización” que se ha producido por la enfermería pediátrica, y el problema que representa de cara a las sustituciones.

Se coincide en que existe una gran heterogeneidad organizativa, más allá de las peculiaridades de cada zona. En parte porque los contenidos de la consulta están mal definidos. Esto lleva a una gran variabilidad de métodos y organizaciones que en la práctica se traducen en ofertas distintas de servicios a los usuarios. Se habla de excesiva “personalización” que nos lleva a una enfermería de personas, no de profesión. Por último en relación con esto se habla de que a los sustitutos no se les apoya desde el centro para clarificarles el trabajo.

La heterogeneidad profesional que subyace a estos problemas organizativos se ha señalado como negativa para la imagen de los servicios. Se habla de la composición de equipos sin formación ni actitud adecuada. Se habla de un momento de ruptura por los traslados de procedencia hospitalaria, generando una actitud negativa en los que llegan y en los que reciben. En algún caso se habla de este mismo fenómeno en relación con los profesionales del sistema “tradicional”.

Se habla también de poca demanda de la población, debido a al desconocimiento de los servicios que se ofertan. Se mencionan carencias en la coordinación con otros niveles asistenciales. A esto se añaden carencias en el presupuesto, los recursos humanos y materiales, y los medios para potenciar la consulta de enfermería desde los centros.

2. UAF general.

Heterogeneidad.

En todos los grupos se coincide en la gran heterogeneidad que existen entre las UAFs, que se relaciona con la organización interna, y la complementariedad - personal, profesional -. Se habla que en muchas UAFs no hay comunicación entre los profesionales - en función de la voluntariedad -, hay desigualdad profesional en algunos equipos y mala información intraequipo.

Coordinación / relaciones.

Se habla de mala coordinación interna debido a malas relaciones personales. En algunos casos se habla de “uso” por parte del médico de la enfermera como barrera - “perro guardián” -, se busca el filtro

del cliente conflictivo, y se menciona como uno de los efectos “perversos” de la UAF. Por último en este aspecto citar la inexistencia o poca coordinación con los hospitales.

Dependencia / captación / reorganización.

En los grupos se ha coincidido en que uno de los mayores problemas es el trabajar con usuarios “filtrados”, con una gran dependencia médica - consulta “pseudomédica” - y poca captación por parte de la enfermera. Esto se traduce en desequilibrio profesional en la UAF, con una “especialización” en servicios al trabajar con población filtrada, sin embargo esto no se traduce en mayor resolución de problemas del usuario. En general se ha comentado que no hay un papel activo de la enfermera en la captación y resolución de problemas. Aquí podemos añadir la falta de estructura / organización del trabajo, en algún grupo se expresa como falta de protocolos claros. Otro problema relacionado con esto es la coexistencia de un doble modelo organizativo.

Se habla de la necesidad de reorientar las consultas, mejorando la accesibilidad del usuario - en algún grupo se ha comentado que aquellos profesionales que han mejorado su accesibilidad tienen una gran sobrecarga -. Un gran problema mencionado en todo los grupos es el manejo de los “tiempos” en consulta. Aunque también se habla de que las consultas médica y de enfermería tienen características distintas, con tiempos distintos.

En muchos grupos se ha hablado de que en la práctica el usuario no tiene libertad para elegir médico, y en los grupos de enfermería se ha mencionado que habría que dar la posibilidad al usuario la posibilidad de elegir enfermera. Este último aspecto al exponerse en todos los grupos ha generado gran controversia, en general se habla de los problemas organizativos que podría generar. En general las enfermeras creen que no tener población asignada es un problema para mejorar el trabajo.

Recursos / ratios / problemas de estructura.

Se han mencionado diversos problemas de recursos que dificultan el desarrollo de la UAF, en concreto se habla de recursos humanos en cuanto a ratios de enfermera / médico y a las sustituciones - en los grupos se habló de favorecer la sustitución en enfermería pediátrica -. También se habla de falta de recursos materiales - por ejemplo se habla de que recursos básicos como cartillas de vacunaciones , o carpetas de historias de salud no llegan a tiempo -.

En algunos casos se han mencionado problemas “estructurales” para prestar servicios. En concreto se ha mencionado la sala de curas, que dificulta la accesibilidad del usuario y la “personalización” de éste.

3. UAF vs. Médico.

Hay una “queja médica” generalizada, los profesionales médicos creen que soportan una alta presión asistencial frente a la “falta de trabajo” de la enfermera. Se menciona aquí el porcentaje de población atendida. Se habla de sobrecarga médica por exceso de demanda y de burocracia. En paralelo a esto, algunos grupos hablan de demanda médica “inducida” que relacionan con una práctica de medicina defensiva. En general los médicos coinciden en la necesidad de personal auxiliar para labores burocráticas.

Por otra parte se habla de la necesidad de traspasar competencias hacia las enfermeras, pero que hay miedo a asumir estas responsabilidades. Aquí se abre una interrogante ¿ cuál es el límite a las competencias de la enfermera ? Hay un concepto “médico” que ve a la enfermera como “ayudante”, y que ve riesgo de descoordinación entre ambos profesionales si se abre la posibilidad de elegir enfermera por parte del usuario, y preguntan ¿ la introducción del pago capitativo médico ligado a la libre elección por el usuario mejoró la calidad de la oferta ?

4. Heterogeneidad / método.

Antes se mencionó la heterogeneidad de organización de la UAF, también se ha hablado de heterogeneidad entre los profesionales de enfermería. Hay una indefinición del perfil de la enfermera, entre otras razones por falta de formación - en concreto en contenidos de consulta -, falta de método de

trabajo - se ha mencionado en muchos grupos la falta del uso del método diagnóstico en enfermería -, y la heterogeneidad de modelos y conceptos en enfermería.

Esto se traduce en poca resolución de problemas del usuario, en la falta de consulta a demanda, y en la falta de autonomía profesional.

5. Sustituciones.

Se ha mencionado también como problema organizativo las sustituciones de personal. Estas sustituciones tienen repercusión de dos maneras, por una parte según la actitud del profesional que sustituye se realizan o no actividades de programas en concreto de prevención, por otra parte cuando no se sustituye la suficiente se produce una parálisis de los programas, en particular en verano. Sobre esto se abren varias preguntas ¿ cuál es la actitud de directivos y enfermeras ? ¿ podemos pensar en un trabajo “prescindible” ? ¿ cómo responde el usuario a este “parón” de los programas ?

6. “Ajuste” de servicios comunitarios.

Uno de los problemas en los que se coincide es en la falta de asistencia domiciliaria y en la actividad comunitaria. Este problema a nivel organizativo se traduce en la dificultad para compatibilizar la actividad asistencial en consulta con la actividad comunitaria. Incluso hay quien habla de incompatibilidad entre ambos servicios por su organización temporal. Cuando se habla de los domicilios se habla de los “tiempos” que se necesitan para potenciar este servicio.

En general se habla de problemas organizativos para ampliar los servicios que se prestan fuera del centro. Problemas organizativos que se unen a los problemas de recursos, en concreto los recursos sociales, se abre aquí una interrogante ¿ supone algún peligro la especialización en este tipo de servicios ?

E. Servicios.

1. Método / investigación.

Hay acuerdo en que falta método de trabajo en enfermería, y de investigación relativa a él. En algún grupo se habla de la necesidad de protocolizar este método. Se habla de indefinición del “problema”. En otros grupos se enuncia como necesidad de aplicar el método científico y de desarrollar el método diagnóstico. De ahí que sea difícil definir donde empieza y donde termina nuestra área de trabajo. En algún grupo se ha expresado esto como necesidad de que confluyan la nueva y la vieja enfermería para mejorar el método de trabajo.

Derivado de lo anterior se habla del problema de la heterogeneidad en cuanto a método y resultados, en parte esta heterogeneidad que se observa en las consultas algún grupo opina que es por “compensación” médica. Es decir, la ausencia de un método común para la enfermera hace que la dependencia médica sea mayor. Esto lleva a un problema que es ofertar distintos servicios a la población según los profesionales que los atienden. En general se coincide en que no hay líneas generales de trabajo. También se puntualiza en algún grupo que hay una heterogeneidad derivada de las diferencias entre los usuarios.

Con este aspecto se relaciona la actitud profesional, se habla de que hay determinadas actividades, como las preventivas, que no son asumidas por los profesionales. Aquí también se habla de que al no tener claro qué ofertar, los profesionales se centran en aquello que les gusta. En este sentido se menciona la falta de líneas de trabajo claro, en concreto de indefinición directiva, que además no apoyan las iniciativas innovadoras. A esto podemos añadir que la cartera de servicios no incluye programas de prevención y no especifica los servicios de la enfermería. También a esto se añade que los registros son considerados “engorrosos”, y que se considera que los profesionales no manejan bien los programas de salud.

Otro problema de método es la mala distribución de tiempos de atención, que en muchos casos se coincide en que hay que reorganizarlos. A esto se le añade la inflexibilidad horaria que practican las enfermeras. Este problema se lleva hasta la práctica de autogenerar la consulta, y aquí se abre una pregunta ¿ es por falta de resolución profesional o sólo por una mala planificación de tiempos ? Hay profesionales que piensan que las enfermeras no son resolutivas, y otros que piensan que sí lo son pero que no se comunican esos problemas, que falta claridad expositiva en los problemas.

Otro aspecto a contemplar es que los profesionales piensan que la falta de cobertura legal hace más difícil el desarrollo de los servicios. Se habla además de carencias en cuanto a material, apoyo

técnico, trabajo en equipo, y continuidad derivada del género femenino. En paralelo se dice que eso no justifica la diferencia en cuanto a población atendida.

2. Consulta.

Siguiendo con el punto anterior, se habla de que los contenidos de consulta, en especial de adultos, están mal definidos. Se habla de que copia a la consulta médica. La atención a adultos está centrada en programas de enfermedades crónicas, con falta de consenso entre médicos y enfermeras. En el caso de la enfermería que atiende niños, se habla de mejores resultados pero de modelo biomédico, arropadas por técnicas sanitarias, de una población sesgada, y de falta de actividades en domicilio y en comunidad. Se habla de programas medicalizados y sin visión psicosocial.

Todo lo visto antes lleva a los profesionales a insistir en que se está trabajando con población “filtrada”, en algunos con la filosofía de no tener en cuenta el programa sino actividades mínimas a evaluar posteriormente. Por otra parte se habla de la necesidad de captar población desatendida, por ejemplo jóvenes sanos, pero de la dificultad de tener apoyo administrativo. En este punto es interesante citar la opinión de que se están perdiendo usuarios / historias de salud cuando llegan a los 14 años y pasan del programa del niño sano a la consulta de adultos. En algunos casos se habla de “exhaustividad” en la apertura de las historias clínicas.

Por otra parte se habla de cargas burocráticas médicas que no se comparten dentro de la UAF. Se habla de transferir tareas pero no responsabilidad.

Hay que añadir que la mayor parte de los servicios no se cubren en vacaciones, en estos períodos sólo se ofertan servicios técnicos y de urgencias.

Otro problema es que no se estudian los resultados de la atención en la consulta.

El “picoteo” de distintos servicios produce frustración en los profesionales.

3. Usuario / orientación.

Se habla de impacto de población muy distinto entre la atención que presta el médico y la que presta la enfermera. Aquí muchos profesionales habla de que el trabajo se orienta más al sistema que al usuario. Se habla de que la imagen de los servicios está apegada a la técnica.

No se está funcionando como puerta de entrada para los usuarios, y en los casos en que se consigue es sólo para un grupo restringido de usuarios. Se está funcionando más como segundo nivel del médico.

Se habla de la necesidad de un comité de ética asistencial que ayude a centrarse en las necesidades de la población.

4. Situación fuera de consulta.

Los servicios de atención fuera de la consulta son difíciles de ejercer de forma continua. El principal problema para poner en marcha: educación grupal, visita domiciliaria a adultos y niños, trabajo con familias y trabajo con grupos comunitarios, es la falta de tiempo y la dificultad organizativa que conllevan. En general se habla de ellas como asignaturas pendientes.

A esto hay que añadir la falta de recursos sociales - con falta de respuesta de determinados profesionales como las matronas y trabajadores sociales -, y la difícil coordinación con servicios especializados.

Un aspecto que se deja en interrogante son los riesgos medioambientales.

F. Directivos.

Hay varias ideas sobre problemas de la enfermería que tiene que ver con la dirección / gestión. Hay coincidencia en los grupos sobre la disminución de la presencia de la enfermería en las Gerencias y en las Direcciones de los centros. Faltan directrices claras para el trabajo enfermero desde las direcciones. En concreto se habla de “ falta saber qué logros espera mi empresa de mi...”. Con respecto a los subdirectores de los centros que son enfermeros se tiene la impresión de que no cuentan en la gestión “real”, aunque también se les acusa de no asumir su responsabilidad frente a los equipos médicos, tanto por su actitud personal como por la de los equipos.

En general se piensa que ha habido una “pérdida” por el papel del subdirector de zona, además se cree que en algunos casos se “pierde” una enfermera para el trabajo diario por la sobrecarga que sufren. En general se coincide en un gran fallo de comunicación con los equipos directivos.

A otro nivel se habla de la falta de “liderazgo” directivo, que conlleva una falta de dirección, orientación. Esto puede ser debido entre otras razones a la dispersión de los centros de trabajo, tanto en profesionales como en servicios. En concreto cuando se habla de tutelaje y seguimiento de iniciativas se habla de que no aparece ningún directivo que haga esa labor. En cuanto a los directores de zona, se habla de que premian la pasividad, de que no incentivan, y se abren interrogantes como ¿ falta potestad ? ¿ apoyos directivos ? En algún grupo se llegó a plantear esta situación como “más jefes, menos resolución de problemas “.

En relación con lo anterior muchos grupos han expresado la limitación de recursos que también afecta a los directivos y que no hace que su labor mejore. En concreto se habla de la necesidad de formación que tienen los subdirectores de zona, que es un paso previo a ganar espacio en su rol.

G. Otros.

Hay una serie de problemas que están relacionados con todos los vistos anteriormente pero que no se pueden clasificar específicamente en ninguno. En primer lugar los problemas relacionados con la falta de incentivos, el tipo de contrato laboral, la posibilidad de cambiar cada cierto tiempo de entorno laboral y la falta de una carrera profesional. Hay que reseñar que en algún grupo se ha hablado de falta de “competitividad” frente al “intrusismo” en determinados campos desde la Atención Especializada.

Un problema en relación con lo anterior es la ausencia de respuestas como colectivo, no sólo a nivel laboral sino a nivel científico. Hay muchas interrogantes sobre esto, quizás se puedan resumir en la ¿ falta desarrollar una cultura participativa de cara a profesionales y usuarios ?

Otra idea que se ha generado en muchos grupos es la necesidad de vender imagen, el inexistente marketing de los servicios enfermeros. El usuario aún no discrimina las “demandas” que se pueden dirigir a la enfermera, y esta es la principal carencia en este terreno.

Otra idea es que falta un comité de ética asistencial, que sirva para resolver por ejemplo conflictos de rol dentro de la UAF.

Por último un aspecto mencionado en algunos grupos es la “medicalización” de los órganos de decisión política, que en algunos casos va en detrimento del gasto en actividades preventivas.

LINEAS DE TRABAJO.

A. Foros de debate / grupos de trabajo.

Hay dos grandes ideas alrededor del concepto grupos de trabajo o foros de debate. Por una parte en distintos grupos se discutió sobre la necesidad de trabajar específicamente algunos aspectos, los mencionados fueron:

- grupos de análisis de para qué estamos.
- grupos de trabajo de subdirectores, para diseñar planes de trabajo específicos.
- reuniones periódicas con atención especializada / hospitalaria, especificando que en estas reuniones deben estar los Directores de Zona. Estas reuniones serían previas a posibles pilotajes de derivaciones desde la enfermera hacia especialistas o petición de pruebas complementarias de pacientes incluidos en programas.
- grupos de trabajo para crear material didáctico.

Algunos de estos grupos enlazan con dos ideas clave: por una parte hay que definir la Misión de la empresa, y por otra hay que definir claramente los objetivos que perseguimos y priorizarlos.

B. Formación / Investigación.

Todos los grupos de una manera u otra han tratado la Formación y la Investigación como aspectos importantes a contemplar en las estrategias futuras. Las ideas en torno a ello se pueden diferenciar a grandes rasgos entre aquellas que reflejan condiciones previas o características concretas de este tema, y aquellas que hablan de temas a abordar en la formación.

En cuanto a condiciones previas se ha hablado de las características que debería tener la formación:

- Abarcar aptitud y actitud.
- Adaptada a las necesidades de la población.
- Investigar con apoyo de directivos y con recursos económicos y humanos.
- Buscar un “ perfil “ mediante la formación, enfocado después en los recursos humanos que se incorporen a la A.P.
- Propiciar un cambio de cultura profesional, en algún caso se ha propuesto que el sentido de este cambio debe ser hacia la Enfermería Interpersonal. En este sentido se ha comentado la necesidad de fortalecer y / o desarrollar el marco conceptual de la profesión. Unido a esto se ha resaltado la importancia de “humanizar” la asistencia.
- Contemplar como objetivo el asumir responsabilidad en el trabajo, mediante el aumento de la formación y el acceso / distribución de documentación.
- Fortalecer mediante la formación la carrera profesional diferenciando de la enfermería hospitalaria. Señalando la visión global, de todos los campos de la profesión, que se debería mantener en la enfermería comunitaria.

A lo anterior podríamos añadir algunas ideas referentes a las condiciones organizativas de la formación:

- Formación continuada desde dentro, personalizada en el centro de salud. Adaptada a las necesidades de cada equipo. Con el apoyo de los especialistas de referencia.
- Horario laborales, asequibles. Exigir asistencia y aplicación de lo adquirido.
- Evaluación de docentes.
- Formación básica para todos y después añadir formación específica, por ejemplo para atender niños o adultos, que podría servir de base para una posible acreditación profesional. Especializar en algunos conocimientos pero sin perder la visión integral del individuo.

Los temas a contemplar en la formación, según los profesionales que intervinieron en los grupos son:

- Metodología enfermera.
- Metodología científica.
- Tecnologías.
- Gestión de tiempos, organización.
- Comunicación, pedagogía.
- Técnicas de entrevista.

- Trabajo comunitario.
- Antropología.
- Manejo de consultas individuales a niños.
- Resolución de problemas.
- “Filosófica” sobre A.P.
- Motivos de consulta, problemas atendidos.
- Puericultura.
- Epidemiología, salud pública.

- Educación sanitaria..
- Psicosocial.
- Modificación de hábitos.
- Básicos de A.P.

Como propuestas más concretas de organización se mencionaron:

- Taller de formación permanente.
- Protocolizar la formación de los alumnos.
- Asesores / consultores para temas específicos.
- Establecer un reciclaje periódico básico, que sirva para establecer una selección de personal.
- Reciclar / formar a enfermeros que atienden adultos en la atención al niño, y viceversa.
- Protocolizar la acogida de profesionales y alumnos.
- Establecer la documentación mínima a recibir por los profesionales.

C. Indicadores / registros.

En todos los grupos se habló de la importancia de desarrollar y revisar los registros y los indicadores usados. De forma más concreta, hemos clasificado las ideas en tipos de indicadores a trabajar, objetivos y cómo llegar a ellos.

En cuanto a tipos de indicadores: específicos de cada trabajo, relacionados con el desarrollo de nuevos métodos de trabajo, de atención domiciliaria, de resultado, que evalúen el impacto del trabajo sobre la salud de los individuos, y que evalúen el impacto de la educación individual / grupal sobre la salud.

Los objetivos de este desarrollo serían: incentivar según logro individual, redimensionar las plantillas - se ha mencionado como un aspecto específico a investigar - y evaluar el trabajo individual.

Sobre el cómo llegar a ellos se han expuesto distintas vías: informatizar la consulta para facilitar el acceso, fomentar la investigación en este campo, revisar los indicadores de plantilla según problemas atendidos, trabajar el registro diario a partir de la historia clínica, y potenciar el uso de la historia de salud como registro base del paciente, en concreto el uso de la hoja de problemas fundamentales.

D. Incentivos.

Relacionado con el punto anterior aparece el tema de los incentivos, de la necesidad de incentivar al personal de enfermería. Hemos separado por una parte algunas de las condiciones que deberían cumplir los incentivos, y por otra parte algunas ideas susceptibles de ser transformadas en iniciativas concretas.

En cuanto a las condiciones previas, los distintos grupos han discutido sobre la necesidad de incentivos económicos exclusivamente. No hay un acuerdo claro sobre esto, es un aspecto con interrogante. En lo que hay acuerdo es en que existen otros incentivos como podrían ser el aumento de recursos humanos allí donde se necesite para continuar la atención. Los incentivos deberían ser personalizados según el logro de objetivos, deberían ser apoyados por la investigación, y en el caso de la atención domiciliaria deberían ser “reales” - frente al sistema existente -.

En varios grupos se propuso que se efectuaran auditorías externas para establecer los incentivos.

En cuanto a propuestas concretas las recogidas son:

- Aplicar el pago capitolativo a la enfermera según el cupo de la UAF.
- Pago por acto, pactados más allá de unos mínimos.
- Incentivar según la captación oportunista.
- Incentivar según la mejora de la accesibilidad.
- Incentivar según el desarrollo de métodos de trabajo concretos.
- Incentivar según resultados de programas.

- Incentivar según satisfacción del usuario.
- Pago capitativo según libre elección de enfermera por el usuario. Aunque no hay acuerdo total en esto.
- Incentivar a los profesionales que sufren mayor sobrecarga.
- Incentivar proyectos o propuestas poniendo a su disposición recursos, a fin de no depender de voluntarismos.
- Recertificación / acreditación profesional según el logro de objetivos.
- Evaluación continua de una cartera de servicios individual.

E. Organizativas:

Se ha hablado mucho y desde distintas perspectivas, de los aspectos organizativos a contemplar en las estrategias futuras. Diferenciaremos también aquí entre los aspectos cualitativos, los “adjetivos” de la organización, y las propuestas más o menos concretas de organización con vistas a ofertar o desarrollar servicios.

1. - Ideas preliminares.

Vamos a distinguir cuatro grandes ideas, en primer lugar las características que debería tener cualquier aspecto organizativo, lo referido a proyectos concretos, los aspectos relacionados con los usuarios y las necesidades de recursos humanos y materiales.

Dentro de las características del trabajo relacionadas con aspectos organizativos podemos hablar del tipo de trabajo a desarrollar, de la UAF, de la autonomía organizativa de los centros, de la selección de personal y de la ayuda administrativa al médico.

En cuanto a las características del trabajo que condicionan la organización de éste podemos citar: la diversidad y pluralidad del trabajo a realizar, la especialización en determinados campos, la necesidad de desarrollar normas claras para funcionar en el trabajo, la reorganización de la distribución de tiempos, un posible trabajo mixto en el centro de la salud y en la comunidad, y la necesidad de un método en consulta focalizado en resolver problemas.

Se han hecho muchas referencias a la organización / reorganización de la UAF, de manera concreta: potenciar en la UAF un enfermería más participativa, buscar una estructura de complemento profesional dentro de la UAF que no dependa de la voluntariedad - para ello hay que disponer de mecanismos directivos -, reorganización de tiempos y trabajos de la UAF, racionalizar los cupos - en especial equilibrando las UAF de pediatría - para facilitar la accesibilidad y el contacto con la familia, y por último potenciar UAF con el apoyo de asesores “expertos” en determinados temas.

En lo relacionado con la autonomía organizativa de los centros se ha apuntado la necesidad de mayor autonomía de los centros, y de los sistemas de provisión de los servicios. En cuanto a la autonomía las ideas se refieren a la posibilidad de reorganizarse entre los profesionales del centro, en función de las necesidades de cada zona básica de salud, trasladando la responsabilidad de los servicios al centro de salud. En relación con esto último se ha mencionado en los equipos la necesidad de cambiar los sistemas de provisión de los servicios, que hagan a los centros encontrar soluciones “apegadas” al equipo.

Los profesionales piensan que en el futuro es necesario potenciar sistemas de selección de personal. Para ello puede ser necesario cambiar la baremación en oposiciones y concursos de traslados. La selección del personal debería llevar a un sistema de reacreditación profesional, que valore la aptitud y la actitud. Habría que llegar a un sistema de evaluación profesional objetiva, otro aspecto a considerar aquí y relacionado con aspectos formativos es el desarrollar un reciclaje periódico básico, basado en las necesidades de la población y evaluando a los docentes. Un “miedo” esbozado aquí es el riesgo de “burocratizar” la inspección.

En los grupos con participación de profesionales médicos, se ha enunciado la necesidad de contar con ayuda administrativa en la consulta, prestada o no por la enfermera. Se han contemplado dos grandes ideas, bien contar con un auxiliar en la consulta, o bien crear o desarrollar una unidad administrativa para recetas médicas; la otra idea es hablar de las tareas administrativas no como tareas médicas sino como tareas administrativas de la UAF.

En cuanto a las características organizativas de proyectos concretos, podemos hablar de premisas o condiciones previas y algunos temas que conllevan reorganizar la atención del equipo de enfermeras de un centro de salud.

Algunos grupos han comentado la necesidad de contar con un coordinador de todo el proceso, que tenga capacidad para moderar la demanda médica, o de resolver aquellos horarios de atención que no puedan ser compartidos con el médico. En esta línea se ha hablado de recuperar la figura del “Responsable de Enfermería” como dinamizador del equipo de enfermería. En algunos de los proyectos a iniciar será importante coordinarse en la atención con el nivel especializado. Para algunos proyectos es importante conocer los recursos comunitarios disponibles, mencionando la posibilidad de elaborar un catálogo de recursos, y la importancia de conocer la posibilidad de comunicarse y derivar casos hacia estos recursos. En particular se ha repetido en los grupos la comunicación con las ONGs y los servicios sociales. Dentro de este último aspecto se ha mencionado la necesidad de potenciar el trabajo conjunto con los Trabajadores Sociales de los centros, la interrogante sobre la responsabilidad de la enfermera a la hora de coordinar estos recursos, y la posibilidad de incentivar el trabajo en este campo.

Se han especificado algunos servicios que necesitarán reorganizar al equipo. Por ejemplo, será necesario reorganizarse dentro del equipo de enfermería y del equipo del centro de salud, para potenciar la educación sanitaria en los colegios, en especial para mejorar la formación, diseñar el temario y el material, y de nuevo la interrogante sobre si este aspecto debe ser incentivado y cómo. Otro aspecto que implica a todo el equipo es la instauración de cita previa para la enfermera, en especial para la asistencia en técnicas específicas. Otro aspecto a contemplar es la coordinación del desarrollo de actividades preventivas en el marco de la salud laboral. Por último mencionar una de las posibles organizaciones futuras, una organización mixta, UAF - algunos servicios dispensarizados.

En cuanto a los aspectos relacionados con el usuario, podemos distinguir entre las condiciones a cumplir y la necesidad en algunos servicios de estrategias de captación activa. En cuanto a la condición básica se ha hablado de potenciar un modelo organizativo centrado en el usuario, de forma concreta se

habla de adaptar la organización (turnos) hacia las necesidades de la población sana - flexibilidad horaria -. En este sentido se ha mencionado de forma repetida la necesidad de detectar las necesidades de salud de nuestra población, “estudios de mercado”, y de retomar las grandes líneas del Plan de Salud de Canarias.

Más en concreto se habla de especificar los grupos de usuarios para los que la enfermera es puerta de entrada, para qué grupos de riesgo. Se ha mencionado en este sentido a los grupos de ancianos, jóvenes / adolescentes, cuidadores informales / principales, según las necesidades de cada población concreta. En lo referente a los grupos prioritarios de búsqueda activa y captación activa se incide de nuevo en los adolescentes / jóvenes - saliendo a los institutos -, se habla de ir a las empresas, y de potenciar la captación oportunista de población “sana”. Aquí se menciona la necesidad de apoyo administrativo, de uso de la historia de salud, de “usar” la demanda médica y la demanda enfermera.

La captación activa y la mejora de la accesibilidad se debe orientar hacia la prevención, la promoción y la búsqueda de factores de riesgo. Hay un enfoque sobre la puerta de entrada de los usuarios que se menciona como puerta de entrada a la UAF. Sin embargo se plantean interrogantes sobre la cobertura legal y la demanda del usuario, que puede interpretar esto más como “filtro” que como “aporte” de atención.

Por último en el aspecto “ cualitativo” de la organización se habla de necesidades de recursos humanos y materiales. Se habla de investigar para redimensionar las plantillas y poder ampliar los servicios. Para ello todos los profesionales coinciden en la necesidad de reorganizarse dotando de recursos humanos y materiales. En el caso de los recursos humanos para poder “especializar” a alguien del equipo. En el caso de los recursos materiales se habla de materiales y en algunos casos de adecuar la estructura de los Centros de Salud. Una interrogante, sobre la respuesta no hay consenso, en los distintos grupos es si es necesario aumentar la plantilla de enfermería para ofertar servicios de atención comunitaria.

Como ideas más generales en este campo se especifica la necesidad de aumentar los recursos / presupuesto en AP y de la posibilidad de que los equipos participen en este proceso.

2. Propuestas de cambios organizativos.

En relación con la propuestas organizativas, podemos distinguir entre las propuestas relacionadas con la consulta, con programas o servicios concretos y con la gestión.

En relación con la consulta se han “tocado” diversos aspectos: horarios, programas, población de referencia, informática y burocracia.

Se ha enunciado la necesidad de “abrir” los horarios de consulta, uniéndolo a el desarrollo de la consulta a demanda en enfermería.

En cuanto los programas, se ha hablado de replantear los programas de atención, de crear protocolos de atención en consulta que homogeneicen la atención - después de adaptarlos a las características individuales -, y establecer un protocolo de acogida a los alumnos de las EUE.

Sobre la UAF, se ha hablado de seleccionar dentro de los equipos a los componentes. En algunos grupos se ha hablado de dejar libertad de elección de enfermera a los usuarios - incluyendo el nombre de ésta en la TSI -, no ha habido un acuerdo claro sobre este aspecto, hay profesionales que opinan que sería deseable y otros que opinan lo contrario. Una propuesta intermedia es dar al usuario la posibilidad de elegir UAF. Similar a esto es la propuesta de asignar una población de referencia clara a cada enfermera.

Un aspecto que subyace a cualquier medida es la propuesta de informatizar las consultas con vista a poder elaborar indicadores específicos.

Sobre la burocracia, se han dejado abiertas varias interrogantes, ¿ la descarga burocrática es descarga médica o descarga de la UAF ?, ¿ se resolvería prestando apoyo administrativo al médico? Hay una propuesta recogida en varios grupos que consistiría en establecer el cauce - al existir soporte legal suficiente - para que la enfermera solicite pruebas complementarias y derivaciones rutinarias a especialistas especificadas en los programas, disminuyendo así la presión burocrática médica.

Las propuestas de especialización de las enfermas en programas o servicios han sido comunes a todos los grupos. Si embargo no hay consenso claro sobre las áreas susceptibles de especialización. Las propuestas van desde lo genérico: cada enfermera debe atender su consulta y después especializarse en aspectos como la atención comunitaria o la prevención, o lo más específico: separar las enfermeras que prestan la asistencia en el centro de las que presten atención comunitaria.

En relación con la atención comunitaria se ha discutido sobre la posibilidad de “sectorizar” la UAF, a fin de operativizar la atención comunitaria, aunque existan frenos legales para ello.

De forma concreta en este área se ha propuesto crear equipos sin “cupos” adscritos y dedicados a actividades concretas, en especial en la atención domiciliaria y en la atención comunitaria.

Las propuestas relacionadas con la gestión de los equipos van en dos direcciones. Por un lado descentralizar la gestión, en cuanto a selección de personal y prestación de servicios. Y por otro lado se

ha hablado de la necesidad de liberar de la asistencia a los subdirectores como responsables del equipo de enfermería, debido a la gran heterogeneidad de servicios que presta la enfermera y la dificultad organizativa que genera.

F. Servicios.

1. Ideas preliminares.

A juicio de los profesionales que asistieron a los grupos, hay varios aspectos a considerar a la hora de replantear la oferta de servicios que se hace por la enfermera. Veamos estos aspectos generales, los referidos a los usuarios y los referidos específicamente a los servicios.

Cuando se contempla la posibilidad de ofertar servicios inexistente o poco desarrollados, siempre se habla de comenzar por revisar el trabajo que se hace en la UAF. En particular definiendo los contenidos comunes de trabajo, partiendo de que cada enfermero debe asumir todos los problemas derivados de la población adscrita, se debe potenciar la coordinación / colaboración con otras enfermeras. Otro aspecto a valorar dentro de la UAF, es la necesidad de reequilibrar la responsabilidad, y diferenciar tareas a asumir por enfermería aunque la responsabilidad sea asumida por el médico (o no), y se apunta la necesidad de potenciar una consulta común médico - enfermera para hacer más transparente las prácticas de ambos profesionales.

Otro aspecto preliminar es la necesidad de homogeneizar la atención y potenciar la elaboración de programas y protocolos marco para la atención. Los profesionales creen que los programas están medicalizados en exceso y deben enriquecerse con la “visión” enfermera.

Ya se ha apuntado en otro apartado la necesidad de definir la misión de la empresa, valorando la cartera de servicios y la compraventa de estos servicios a otros niveles.

Otro aspecto general en cuanto a los servicios a ofertar es la necesidad de que la enfermera tome la iniciativa en la detección de problemas, potenciando líneas de derivación tras la detección, más allá de las internas del centro de salud, como ejemplo se citaron los casos de maltrato, en los cuales es necesario

contactar con los servicios sociales de los ayuntamientos. Hay que destacar aquí el importante papel a jugar por la enfermera como detectora de problemas sociales.

Los profesionales creen que hay que disminuir la “presión” en la evaluación de los servicios, potenciando la búsqueda de resultados en salud, y atenuando los efectos perversos de la evaluación de NTM. Esto se relaciona con la necesidad de potenciar los sistemas de registro de la actividad.

A la hora de priorizar los servicios a ofertar, los profesionales creen que hay que solucionar la atención en consulta y después “salir” a la atención domiciliaria y comunitaria. En este sentido los profesionales han apuntado que la mayor parte de los servicios pueden ser ofertados desde la zona de actuación del centro de salud. En algunos grupos se ha mencionado la importancia de la labor de la enfermera para evitar listas de espera en los centros de salud.

En cuanto a la gestión de los recursos implicados en estos servicios, se ha mencionado la importancia de investigar en los posibles ahorros para el sistema - por ejemplo al evitar días de hospitalización -, y de esa manera poder invertir en adecuación del hogar. En este sentido se habla de definir el “producto” enfermero.

En cuanto a las ideas que se relacionan con los usuarios, se habló de ampliar la oferta de consultas fuera del centro, buscando el compromiso con la comunidad. Para potenciar esto tal vez sea necesario “liberar” personas para estos servicios.

Todos los profesionales coinciden en que es importante para el usuario conservar el trabajo interdisciplinar.

También en relación con el usuario los profesionales creen que es importante definir las actividades que se les oferta, elaborar más programas y protocolos, hacer un desarrollo legal que favorezca lo anterior y potenciar estrategias de captación activa de usuarios.

En cuanto a grupos específicos de usuarios con los que hay que potenciar el trabajo, se ha mencionado “abrir” la consulta a adolescentes y mujeres, y “salir” a los domicilios de ancianos. Los profesionales creen que hay que potenciar la colaboración con profesores, padres, y asociaciones de la comunidad - actuando como promotores / animadores de grupos sociales -.

Como aspectos generales en la oferta de servicios, podemos citar: ofertar un catálogo de servicios enfermeros, sobre los que se establezca un mínimo, adaptado a las necesidades de la población, mejorando los indicadores de los servicios y con la idea general de potenciar la educación sanitaria. A partir de esta cartera de servicios se podría definir un producto.

Específicamente se ha hablado de potenciar la educación sanitaria, la intervención comunitaria, la salud mental, la salud laboral, la atención domiciliaria y la salud escolar.

El potenciar la educación sanitaria se concreta en los temas de alimentación, ejercicio, y específica de patologías. Esta educación debe potenciarse en las escuelas - con niños y profesores - y

con colectivos de usuarios y asociaciones comunitarias - escuelas, vecinos, ONGs - . Esto último enlaza con la idea de potenciar la intervención comunitaria, concretando el papel a jugar - se ha apuntado la importancia de “buscar” las prevalencias -. Una idea importante en la intervención comunitaria es que la enfermera coordine los recursos sociosanitarios de cada zona. El ampliar la servicios a la salud mental se ha relacionado con el papel detector a potenciar en la enfermera. Participar en labores de salud laboral ofrece oportunidades para las actividades preventivas y de educación según las patologías del usuario. En cuanto a la atención domiciliaria, los profesionales creen que debe ser protocolizada, y ampliar la atención a los cuidadores principales, suplementando incluso con equipos de apoyo.

Algunos de estos servicios conllevan una metodología específica, como puede ser la atención domiciliaria. En algunos grupos se ha expresado la importancia de potenciar el uso de la metodología diagnóstica específica de la enfermería. A partir de esta discusión metodológica se ha comentado la posibilidad de detectar los indicadores principales según contenidos de la consulta, de la atención a grupos de la comunidad, y los domicilios. A partir de ellos se podría contemplar el establecer un sistema de incentivos.

Se ha comentado la importancia de la atención intersectorial a jóvenes. Unido a esto la posibilidad de aumentar la edad pediátrica hasta los 18 años.

Los servicios de salud pública / comunitaria son lo que más dudas plantean los profesionales, y se ha esbozado una pregunta sin respuesta sobre si se deben desarrollar o especializar. Se vuelve a

mencionar la importancia de la coordinación / corresponsabilidad en la organización del cupo de cada UAF, para poder dar respuesta a las demandas de los usuarios.

2. Propuestas de servicios.

Hemos agrupado las propuestas e ideas relacionadas con el desarrollo o la consolidación de servicios, en cinco grandes apartados, técnicas sanitarias, atención en consulta, atención domiciliaria, atención grupal y un grupo de ideas que se relacionan con todos los aspectos.

Técnicas.

Entre las actividades a potenciar aquí, se ha mencionado la cirugía menor y la podología. Se ha mencionado la necesidad de reciclaje en estas actividades y del registro específico de esta actividad. Esta “área de servicio” aparece como susceptible de dispensarización, en forma de sala de curas de atención rotatoria, por ejemplo, con un responsable concreto del servicio.

Consulta.

La consulta de enfermería aparece como un área en la que se deben reorganizar la distribución de los tiempos, reorientando su método para solucionar más problemas. Se deben potenciar mecanismos que mejoren la accesibilidad, la captación / recaptación y que potencien la actividades de prevención y promoción. En concreto hay grupos de población en los que priorizar la atención: crónicos, mujeres - anticoncepción, perimenopausia -, adolescentes, niños, salud laboral.

Las estrategias de captación activa van desde “asumir la entrega en mano” de la H³C^a para dar continuidad de enfermero a enfermero - en cambios de cupo niño / adulto o cupos adulto / adulto -, aprovechar registros previos - como la fichas de vacunación -, aprovechar bajas laborales, aprovechar la demanda médica - realizando búsqueda activa de pacientes sin historia, por ejemplo - y no centrarnos en aperturas de historia “exhaustivas”.

Se ha hablado mucho de desarrollar la consulta a demanda en enfermería. En concreto se han mencionado diversas posibilidades que den peso a este aspecto de la consulta: derivación médica para exploración del paciente, generalizar la demanda médica, “filtro” de la demanda médica / demandas fuera de hora, consejo sanitario sobre problemas de salud secundario, potenciar actividades preventivas - vacunaciones por ejemplo - y consulta telefónica. Se ha incidido en la oportunidad que representa la demanda para potenciar por una parte la resolución de problemas y por otra las actividades de prevención y promoción. Sin embargo quedan abiertas interrogantes sobre la idoneidad de programar toda la actividad frente a la potenciación de la consulta a demanda, sobre la posibilidad de actuar como “filtro” en la población infantil o de la población de la UAF, y sobre la base legal existente para ello.

Se ha expresado la importancia de continuar con los controles programados de niño sano y prolongarlos durante la preadolescencia y adolescencia, para ello se podría adoptar el formato PAPPS, aunque la consulta debería ampliarse a todo tipo de problemas. Puede ser una medida importante el recaptar o mantener las historias pediátricas al pasar al cupo de adultos, hasta los 18 - 20 años. En este grupo de población puede ser importante ampliar la consulta a los institutos algunos días de la semana, y a los padres y profesores. La consulta al joven o al adulto joven se podría estructurar sobre un programa como el PAPPS.

En la consulta al niño se habló de potenciar los controles de DM en niños, y un programa de control de problemas respiratorios crónicos en niños - con especial atención al Asma - y adultos.

Se abrió una interrogante sobre el seguimiento de las IT y los TLD desde las consultas de enfermería.

En cuanto a la Salud Mental aspectos a potenciar en consulta son el cribaje de la población mediante tests específicos y el asumir métodos de trabajo específicos.

Una propuesta concreta a pilotar en éste área es pilotar las peticiones de pruebas complementarias y derivaciones a especialistas según los programas de salud. Esta es una medida que debería disminuir la presión médica y facilitar las derivaciones a los usuarios.

Otra propuesta concreta es potenciar los programas de actividades preventivas - se ha mencionado el PAPPS - extendiéndolo al 100% de la población, aunque focalizando en la población sana. Para ello otro objetivo en paralelo debería ser historiar a toda la población.

Domicilio.

La atención domiciliaria ha aparecido en todos los grupos como un área a potenciar y desarrollar por la enfermería. La prioridad sería protocolizar la atención, en relación con la edad, los procesos limitantes y la necesidad de cuidados paliativos. En este sentido la atención debe ampliarse desde las personas con problemas de salud hasta cuidadores informales o familiares, atención a familias, coordinación con redes de voluntarios, ayuntamientos y trabajadores sociales. Es un área donde es importante potenciar un método específico de trabajo y el registro de la historia clínica. Se contempla en todos los grupos la necesidad de reorganizar los tiempos de atención para potenciar este servicio.

Ampliando los grupos de población “receptores” de atención domiciliaria se habló de potenciar la visita puntual al recién nacido para detectar factores de riesgo psicosocial - en colaboración con la matrona, el trabajador social y el médico -.

Se ha abierto una interrogante sobre un programa de alta precoz hospitalaria en colaboración con el nivel especializado.

La atención domiciliaria aparece como un área susceptible de dispensarizar, o incluso de crear unidades específicas de atención, aunque este último aspecto fue discutido. Lo común es la necesidad de crear espacios “libres” para atender estos servicios.

Grupos.

La atención a grupos de usuarios puede ir desde los grupos de educación específica hasta la intervención comunitaria. Esta es otra área a potenciar por la enfermera.

Algunos de los temas a contemplar en la educación grupal son: alimentación, hábitos saludables, prevención de accidentes, salud bucodental, ejercicio, tabaco, alcohol, salud mental, y problemas respiratorios crónicos. En general se habla de potenciar los servicios de promoción / prevención, buscando la autonomía y la autorresponsabilidad de los usuarios - se mencionó el uso correcto de los servicios. Esta educación debe ser centrada en las necesidades de la comunidad y usando los recursos disponibles.

La educación en los colegios es un aspecto a contemplar aquí, partiendo de la coordinación con los profesores - en algún grupo de habló de intervención mixta, hacia profesores, padres y hacia alumnos -, y del consenso en los equipos para “rentabilizar” los perfiles profesionales. Esta es un área en la que los profesionales creen que es importante revisar la formación e incentivar la atención.

Otras iniciativas grupales mencionadas son: grupos de apoyo a mujeres perimenopáusicas, jóvenes - talleres formativos / ocupacionales en colaboración con ayuntamientos y servicios sociales -, adolescentes - en institutos, drogadictos, y enfermos de SIDA. Hay que mencionar aquí la idea de elaborar un catálogo de recursos sociosanitarios disponibles en la zona que facilite la coordinación con otros sectores. Otros grupos a potenciar son los relacionados con la salud mental, en particular los de relajación y terapias ocupacionales.

La coordinación con servicios sociales ha sido un aspecto discutido, en particular el profesional sobre el que debe recaer la responsabilidad de ello. Todos los grupos coinciden en la importancia de ésta coordinación, sin embargo discrepan entre apoyar a los trabajadores sociales o potenciar la actividad de la enfermera en este campo.

En este campo se ha hecho hincapié en la importancia de establecer sistemas de evaluación de resultados. Y otra necesidad esbozada es desarrollar material específico educativo, desde el punto de vista del desarrollo de los temas, y material específico.

Otros.

Se ha mencionado en distintos grupos la posibilidad de una oferta “privada” de servicios, posibilitando la selección de personal según objetivos y tiempos. Se ha hablado de separar la provisión de servicios en el centro de salud y en los domicilios.

Un aspecto a potenciar desde la atención de la enfermera son las terapias naturales, blandas o complementarios, con especial mención a las terapias de ejercicios.

Otro aspecto a potenciar es dar información correcta al usuario sobre sus derechos / deberes, con especial atención al buen uso de los servicios y la limitación de los recursos.

En este punto concreto de los servicios enfermeros, se abre una interrogante sobre los servicios a ofertar en salud comunitaria.

Hay acuerdo sobre que los pilares de la atención deben ser las tareas asistenciales en consulta o en unidades de atención general, y la atención domiciliaria.

Se deberían pactar los objetivos en cartera de servicios para actividades preventivas. Asumiendo el fomento de autocuidados como objetivo de trabajo. Las actividades preventivas deben coordinarse con salud laboral. Hay que iniciar actividades de rehabilitación, sin concretarse en qué áreas concretas se debe integrar.

G. Marketing de los servicios enfermeros.

Se han revisado distintos puntos de vista sobre esta idea, en concreto se ha mencionado que debe ir dirigido tanto al cliente externo como al interno, y que se deberían realizar estudios de “mercado” / de necesidades de la población. Se debería difundir la oferta de servicios o el catálogo de servicios de la enfermería comunitaria.

Sobre las maneras e llevar a la práctica esto se ha hablado de una campaña informativa sobre los servicios de enfermería en atención primaria y potenciar el consejo médico en consulta sobre los servicios de enfermería.

H. Liderazgo directivo.

En todos los grupos se ha hablado de mejorar la comunicación desde los directivos. En concreto se ha señalado la responsabilidad de los directivos de enfermería en la puesta de marcha de iniciativas, mencionando la importancia del apoyo “directivo” a la investigación.

En general se espera que los directivos se acerquen a los servicios y “palpen” la realidad, que sigan a los centros y que se impliquen en la “gestión de la UAF”. Los profesionales creen que es necesario liberar de la asistencia a los directores de los equipos - pero no para varios centros - y subdirectores, ya que tienen un papel fundamental en dirigir cualquier cambio.

De forma genérica se ha mencionado que hay que orientar el trabajo de los directivos hacia el desarrollo y gestión de productos.



**Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de A.P.
Septiembre 1998.**

Resultados de las Encuestas de opinión.

Resultados de las Encuestas de opinión.

Con esta encuesta se pretendía recoger opiniones sobre cómo ven las enfermeras su labor de cara al usuario, identificar las áreas de trabajo y formativas a desarrollar, y la satisfacción de las enfermeras con lo que hacen.

Las encuestas se realizaron durante los meses de julio a septiembre de 1998. Se enviaron por correo a todos las enfermeras de atención primaria de las islas del Hierro (5 enfermeras) y La Palma (35 enfermeras). Se enviaron 40 encuestas, y se recibieron 20.

Edad media: 32.05 años (2 no contestaron)

Sexo: (11) 55% mujeres; (8) 40% hombres; (1) 5% No contestaron.

Media de años como profesional: 7.87 años (2 no contestaron)

Media de años de experiencia en atención primaria: 4.99 años (2 no contestaron)

1. - ¿ Cuáles crees que son los aspectos más positivos de tu trabajo para el usuario ?

El aspecto que mencionan más de la mitad de los profesionales (11 de 20) es la relación personal que se establece con el usuario. Esto se relaciona con otra idea que aparece con frecuencia (7 de 20), la mejora de accesibilidad a los servicios sanitarios al contar con un profesional de referencia.

Otras cuestiones que se mencionan son: la educación sanitaria (4 de 20), la formación continuada (2 de 20), el “disfrutar” del trabajo (2), y los aspectos de promoción / prevención (1).

2. - ¿ Qué aspectos crees que deben mejorar en tu trabajo diario con los usuarios ?

En cuanto a los aspectos a mejorar, no hay una idea compartida por la mayoría, las recibidas son: la educación sanitaria (6), el tiempo (5), la formación (3), la capacidad de escucha (2), la organización dentro del equipo (2), los registros y protocolos (2), el trato que se dispensa (2), las actividades comunitarias (1), los derechos y deberes de los usuarios (1), el personal disponible (1), la calidad del servicio (1), la accesibilidad (1), y “todos” (1).

3. - ¿ Qué necesitarías para ello ?.

Aquí tampoco hay una cuestión que sea expresada por la mayoría, las más mencionadas son: el tiempo (8), la formación / reciclaje (6), y la motivación individual (5).

Otras necesidades expresadas son: personal (3), equipos para sesiones clínicas de formación (2), estabilidad laboral (2), mejoras organizativas (2), material (2), colaboración del usuario (1), paciencia (1), espacio físico (1), reconocimiento (1) y transporte específico (1).

4. - ¿Cuál es tu nivel de satisfacción en tu puesto de trabajo en una escala del 1 al 5 ?, donde el 1 sea lo mínimo y el 5 lo máximo.

La puntuación media es de 3.7

5. - ¿ Qué aspectos te satisfacen más de tu trabajo ?

Aquí hay un aspecto que destaca sobre los demás, el contacto personal, mencionado por 16 de los 20 profesionales.

Además se mencionan otras cuestiones como el seguimiento directo de los problemas (2), el reconocimiento de los usuarios (1), los resultados (1), el horario (1), la prevención (1) y “todos” (1).

6. - ¿ Qué aspectos te satisfacen menos de tu trabajo ?

No aparece una idea mayoritaria, las ideas más repetidas, los malos resultados y la mala organización, son mencionados por 4 personas. Además aparecen: “el no llegar” (2), el no saber responder (2), la rutina (2), la desmotivación desde la administración (2), el cambio de pacientes (1), la falta de programas que integren más a los pacientes (1), el no reconocimiento desde el paciente (1), la falta de comunicación en el equipo (1), el trabajar después de una guardia (1) y la dependencia en el trabajo (1).

7. - ¿ Qué funciones, actividades o tareas crees que debería realizar o potenciar la enfermería ?

Tampoco aparece aquí una cuestión compartida por más de la mitad de los profesionales que contestaron. Los aspectos más mencionados podrían asimilarse, por una parte la prevención / promoción de la salud (8), y la educación sanitaria (8).

Además se mencionan, los programas de salud (3), los aspectos psicológicos (2), la educación grupal (2), la formación continuada (1), la cirugía menor (1), el aumento de la consulta diaria (1), la sexualidad (1), una ley de funciones (1), ampliar estudios universitarios o especialidades (1), la relación profesional / paciente (1), la investigación (1), y “todas” (1).

8. - ¿ Qué temas crees de interés preferente para tu formación ?

No aparece un tema común, se habla de los temas de manejo de grupos, comunicación y relación interpersonal (6), de urgencias (6), de HTA (5), de Diabetes (5), de cirugía (3), de Dislipemia (2), de programas de salud en general (2), de curas (1), del paciente encamado (1), de nutrición (1), de trastornos psiquiátricos (1), de educación (1), y de salud pública (1).

Dos personas apuntan que el reciclaje debe ser continuo.

9. - ¿ Cómo organizarías las actividades formativas ?

La respuesta más frecuente (9 de 20), es que no sea una actividad incompatible con el horario laboral. Otras ideas sobre cómo organizar la formación son: en forma de cursos (7), sesiones clínicas semanales (3), rotación hospitalaria (2), y seminarios (1).

En cuanto a lo que podríamos calificar de “características” están: cualificación de los docentes (1), pocas horas (1), grupos reducidos (1), cerca del puesto de trabajo (1), fácil acceso (1), metodologías dinámicas (1), bien organizadas (1) e interdisciplinarias (1).

10. - ¿ Algún aspecto que quieras comentar ?

Los aspectos comentados no se repiten, son: formación sin desplazamiento (1), formación desde el hospital (1), actualización en heridas y úlceras (1), desarrollemos la enfermería (1), falta implicación profesional (1), medios informáticos (1), disminución de burocracia (1), apoyo y ayuda al profesional (1), y “en muchos casos la palabra es más importante que el fármaco” (1).



Jornadas de trabajo. Las Palmas de Gran Canaria, febrero 1999.

Estructura del resumen de las Jornadas.

- Introducción.
- Objetivos.
- Programa.
- Ponencias.
- Grupos de trabajo.
 - Documento para trabajo en grupos.
 - Documento para moderadores.
 - Conclusiones resumen.
- Encuestas de valoración.
- Asistentes.
- Participantes en grupos.

Introducción.

Las jornadas de trabajo cerraron de manera formal todo el ciclo de análisis iniciado en Junio de 1998 con los profesionales, y debían servir para iniciar las siguientes etapas de desarrollo de los servicios de enfermería en Atención Primaria y de incorporación al proceso de los usuarios del sistema.

La estructura de las Jornadas incluía varias horas de trabajo en grupos. Se elaboró un guión para ello y se les dio a los profesionales la posibilidad de participar en algunos de los temas que fueran de su preferencia. El listado de estos temas se hizo a partir de los objetivos del Plan de Salud de Canarias y de los servicios a desarrollar identificados en la fase de discusión y consenso previa. Asimismo se elaboró un guión para aquellos profesionales que actuaron como moderadores o secretarios de grupo. Estos profesionales fueron voluntarios a los que se propuso ejercer esta función, eran participantes en las fases previas de discusión y consenso en grupos.

Los documentos de los trabajos en grupos se ofrecen tal y como los redactaron los propios participantes, sólo se han realizado pequeñas correcciones de expresión para facilitar la comprensión. Estos trabajos deben servir de base para el desarrollo posterior de iniciativas. De forma previa se ofrecen las conclusiones elaboradas por varios moderadores cuando acabaron los trabajos de todos los grupos, recogen aquellos puntos que eran comunes en todos y fue la base de la exposición de conclusiones.

Las ponencias se ofrecen de forma completa en algunos casos y de forma esquemática en otros. La ponencia de la Profesora S. Bach se ha traducido con su permiso.

En la carpeta de trabajo que se entregó al inicio de las Jornadas, se incluyó una hoja de evaluación de las Jornadas. Se ofrecen los resultados de las contestaciones recibidas tanto para las preguntas abiertas como para las preguntas cerradas.

Por último se ofrecen los listados de los asistentes y de los participantes en los grupos.

Objetivos.

1. Difundir los resultados de los grupos de discusión y consenso entre profesionales.
2. Consensuar propuestas concretas sobre servicios a los usuarios de Atención Primaria.
3. Ampliar los temas de innovaciones en servicios de A.P., el papel de la investigación científica, fundamentos socioeconómicos de la atención de enfermería, experiencias internacionales y liderazgo, con expertos.
4. Identificar profesionales dispuestos a desarrollar proyectos de evaluación de servicios.



Ponencias. Innovación en Atención Primaria. Adolfo Guirao Goris. Enfermero.

Innovaciones en Atención Primaria. Adolfo Guirao Goris. Enfermero.

Las innovaciones en Enfermería Comunitaria es un tema apasionante porque me permite darles una visión de hacia donde deberíamos caminar como enfermeros comunitarios.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, innovación significa: “*Acción o efecto de innovar. Creación o modificación de un producto y su introducción en un mercado*¹”. Como sinónimos de innovación, Casares² apunta: “*Revolución, salto, novedad, modificación, reforma, transformación, evolución*”. Es con estas acepciones con las que pretendo abordar mi parlamento.

Algo que deseo dejar claro es que las innovaciones que se proponen en esta ponencia son un mínimo catálogo, que en ocasiones lo que les voy a proponer algunas veces serán novedades y otras ocasiones serán experiencias conocidas que se realizan en otros lugares, en otros sistemas y que en si serían innovaciones si su puesta en práctica fuese generalizada. Seguramente ustedes podrían aportar muchas innovaciones cercanas a su realidad.

Si aplicamos la definición que he leído de la Real Academia de la Lengua, en nuestro caso la innovación es una modificación o creación de nuevos productos profesionales.

Cuando decimos que tenemos que innovar es porque conocemos aspectos de nuestros servicios profesionales que son mejorables o que en algunos casos no se están ofertando.

Mediante el trabajo de consenso en el que ustedes están inmersos ya han apuntado bastantes de los aspectos que es necesario modificar.

Sin embargo, me van a permitir que yo les resalte algunos aspectos que como enfermero creo que necesitamos modificar:

- En primer lugar, la orientación de la atención enfermera hacia la enfermedad (especialmente en los adultos), que quizás está condicionada por la forma en que los usuarios acceden al profesional enfermero: mediante derivación. Esto, como ya se ha apuntado en los grupos de discusión, provoca que la población atendida en las consultas enfermeras sea una población filtrada desde la consulta médica y con patologías crónicas.

- Otro aspecto, en parte derivado del anterior, es la cronificación de la población en las consultas enfermeras con usuarios dependientes de la enfermera³ y con falta de autonomía para controlar su salud.

- En tercer lugar, destacaría una baja autoestima crónica del colectivo profesional⁴⁻⁵ que se encuentra acentuado más si cabe por el “desconocimiento social de la labor profesional de la enfermera”. Es evidente el lamento crónico de muchas enfermeras sobre falta de reconocimiento social⁶. (Les aseguro que cuando alguien quiere creer algo siempre encuentra una excusa que lo fundamente).

- Y finalmente, debemos abordar la “asignatura pendiente” de la atención grupal⁷ y la atención comunitaria.

No voy a ahondar en más de estos aspectos porque no es el objetivo de mi intervención y creo que la conclusiones de los grupos de discusión que ustedes ya conocen son exhaustivas y han delineado perfectamente el estado de la cuestión.

Mi tarea es proponerles innovaciones en Enfermería Comunitaria y para ello articularé mi intervención en tres grandes capítulos:

- 1.- **Innovaciones de tipo general** que tienen que ver con la cultura y orientación profesional, la organización de los servicios y la formación.

- 2.- **Innovaciones en servicios**

Servicios técnicos.

Servicios en la consulta de enfermería

Atención domiciliaria

Atención comunitaria y atención grupal.

- 3.- **Innovaciones de tipo empresarial**

¹ Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima primera edición. Ed Espasa Calpe. Madrid, 1997.

² Casares, J. Diccionario ideológico de la lengua española. De la idea a la palabra; de la palabra a la idea. Segunda edición. Ed Gustavo Gili. Barcelona, 1992.

³ Martínez Riera, J.R. Enfermería Comunitaria. Nueva fórmula. Bol de Enferm Comunit 3(3):14. 1997

⁴ La postura del GREC. Bol de Enferm Comunit 3(4):6. 1997

⁵ Razones para un nacimiento. Bol de Enferm Comunit 1(1):4-5. 1995

⁶ II Congreso Nacional de Enfermería Comunitaria. Bol de Enferm Comunit 3(1):4-7. 1997

⁷ Conclusiones II Congreso Nacional de Enfermería Comunitaria. Bol de Enferm Comunit 3(1):4-7. 1997

1.- Innovaciones de tipo general.

En los últimos veinte años, las enfermeras hemos cambiado de nombre y dos o tres veces de plan de estudios. A esto tenemos que sumar que hemos sido consideradas de forma implícita como el elemento “nuevo” del sistema sanitario, con un nuevo rol --en teoría de promoción de la salud-- y con la “responsabilidad”, entre comillas, de ser motor de cambio. Fuimos en determinados momentos los primeros elementos de cambio en la Atención Primaria.

Tantos cambios en tan poco tiempo pueden producir cierta desorientación, incluso trastornos de la autoestima. Pero cuando la situación comienza a asentarse, nos podemos permitir mirar atrás y ver cuáles son los logros y en qué debemos mejorar.

Existen dos formas muy distintas de entender y practicar el cuidado enfermero, dos formas que son la expresión histórica de cómo entendemos la profesión enfermera.

Por una parte, se encuentra un paradigma biomédico que conlleva una serie de premisas y objetivos en la práctica que pasaré a recordar someramente.

El paradigma biomédico⁸ considera a los seres humanos como seres biológicos, compuestos por células que se organizan en tejidos y estos a su vez en órganos y sistemas. Con un fin: conseguir la homeostasis. Así, la salud es considerada como ausencia de enfermedad y mantenimiento de la homeostasis. En los últimos tiempos este paradigma comienza a aceptar que pueden existir factores sociológicos y psicológicos que pueden afectar de alguna en el equilibrio biológico. El objetivo de este paradigma será el logro de la homeostasis biológica, la curación, control de la enfermedad o la reparación del trauma, malformación o la enfermedad.

Con estas premisas, la atención enfermera lleva a la práctica rutinaria, ya que contempla al ciudadano como alguien que debe seguir un patrón y cumplir una mera rutina. Este proceso se suele acompañar con una obsesión por los cuidados físicos o técnicos que están más prestigiados. Los cuidados sicosociales, por contra, se consideran secundarios y se brindan si se puede y si se tiene tiempo, porque su práctica no entra en la obligación profesional.

Este paradigma⁹ tiene como objetivo principal ayudar al médico en la tarea que tiene encomendada, de manera que las actividades que mayoritariamente realizará el enfermero son actividades delegadas por ese profesional. Esta visión no es propia sino de otro grupo profesional: todos la conocemos ampliamente porque hemos sido formados mayoritariamente como colectivo en esta concepción durante nuestra formación pregrado.

Por otra parte, podríamos hablar de un paradigma integral o como algunos autores¹⁰ lo denominan, del cuidado enfermero. Este paradigma definiría la salud mucho más allá de la ausencia de enfermedad, incluyendo los conceptos de bienestar y de desarrollo de los potenciales de la persona. La salud no se considera un estado objetivo definido por los médicos, sino un estado subjetivo que el individuo percibe sobre sí mismo y que está influido en gran manera por lo que la comunidad en la que vive considera que es normal. El paradigma integral de cuidados asume una visión holística de la persona, lo que supone que el individuo siempre responde como un todo unificado y su globalidad es diferente y más que la mera suma de las partes que lo componen.

El paradigma de cuidados aporta una visión humanista del problema, es decir se basa en la individualidad de la persona y en su libertad para elegir, reconoce la autonomía del sujeto y le reconoce el derecho a estar implicado en la toma de decisiones sobre sí mismo, muy lejos del enfoque en el que el profesional es el experto y quien decide qué se le debe hacer.

La adopción de uno u otro paradigma conlleva importantes diferencias respecto a la práctica enfermera. Así, en el paradigma biomédico el eje de los cuidados es el diagnóstico y el tratamiento médico. Los cuidados son planificados en función del diagnóstico médico y llevan a la enfermera a estar al servicio del médico, como su auxiliar. Las actividades de la enfermera se orientan hacia la ayuda al diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. La enfermedad se convierte en el centro del cuidado y, como dice Dasí, ello “genera un sinnúmero de tareas inconexas que cobran entidad por sí mismas y ellas solas fundamentan el cuidado”.

⁸ Luis Rodrigo M. T. Uso de los diagnósticos de enfermería en la enseñanza de la enfermería médico/quirúrgica. Notas de enfermería 1990; I(1):19-26

⁹ Dasí García M.J. De oficio a profesión (I) Bol de Enf Comuni. 1996; II (6):11

¹⁰ Dasí García M.J. De oficio a profesión (I) Bol de Enf Comuni. 1996; II (6):11

El intento de crecimiento en este modelo lleva a investigar en el tratamiento de la enfermedad, de manera que las enfermeras que lo intentan sólo consiguen entrometerse en la parcela de otro profesional, que, no lo dudemos, está más capacitado para la investigación en ese campo que le es propio.

Con este paradigma nos somos dueños del conocimiento, y carecemos de responsabilidad. Se produce un fenómeno de colonización intelectual. Como hemos dicho, al ser mayoritariamente delegadas las actividades que se desarrolla con este modelo, la acción por encargo no induce a la reflexión, lo que ha hecho que la conducta de pensamiento haya sido empírico-pragmática, poco reflexivas y mucho menos teorizadoras.

La utilización del paradigma integral de cuidados supone desplazar el eje de la práctica desde ayudar al médico a ayudar a las personas. La base de la práctica profesional enfermera se orienta a la detección y resolución de problemas relacionados con la dependencia y adaptación a las situaciones que las personas presentan y a la satisfacción de sus necesidades. De esta manera, el proceso de enfermería y el diagnóstico enfermero se sitúan a la cabeza de la práctica profesional. Este paradigma va a generar conocimiento propio, con capacidad independiente para intervenir en las situaciones detectadas. El eje a partir del cual se van a orientar los cuidados es el diagnóstico de enfermería.

La evolución profesional nos ha hecho pasar de ser técnicos auxiliares con una orientación biológica, a comenzar a trabajar en el marco de un equipo de salud con programas de salud y con autonomía profesional.

La atención enfermera mediante programas no siempre supone asumir un paradigma integral. La atención mediante programas de salud supone un avance, pero nos limita porque determina qué aspectos de la salud del usuario deben ser valorados, y qué intervenciones se deben realizar. La atención profesional mediante programas implica asumir actuaciones autónomas, aunque no necesariamente la resolución de problemas.

La asunción del paradigma integral de cuidados enfermeros supone valorar el estado de salud de la persona, identificar problemas y pautar cuidados. Este tercer nivel supone una actuación profesional independiente en la que como profesionales estamos capacitados para resolver/ paliar problemas de salud del usuario.

Evidentemente, para poder desenvolvemos con soltura en este nivel deberemos utilizar y estar formados en metodología de cuidados, en diagnóstico enfermero y en planes de cuidados. Y especialmente en cómo intervenir y cuidar problemas de autoestima, afrontamiento, tolerancia al estrés o el manejo de la salud. Esta formación, independientemente de la que nos debe dar la empresa para la que trabajamos, depende de nosotros como profesionales enfermeros. Y cuando hablo de formación no me refiero sólo a los cursos y seminarios, sino a la lectura crítica de literatura enfermera: es decir, leer de forma periódica y crítica revistas de enfermería.

Una queja que muchas compañeras de primaria suelen formular es que siempre ven a la misma gente, y tienen la impresión de que a pesar del paso del tiempo lo que hacen muchas veces no sirve para mucho. Esta manifestación es en sí una expresión de cómo el proceso de enfermería y el diagnóstico de enfermería, si es que lo usan, no está siendo empleado de forma útil para su práctica. La utilización del proceso de enfermería nos permite evaluar nuestras intervenciones de manera efectiva y nos permite llegar a la conclusión del porqué una situación que hemos detectado no está cambiando. El hecho de que seamos profesionales y utilicemos el método científico en nuestra práctica nos permite saber si nos equivocamos al etiquetar el problema, al determinar el factor que lo originaba o si por contra nos equivocamos o acertamos en las intervenciones que planificamos.

Hace aproximadamente un año enfermeras comunitarias de toda España se reunieron para debatir la situación actual de la consulta de enfermería. En las conclusiones¹¹ de aquella reunión se apuntaba que *“es necesario que la consulta enfermera se implante con un mecanismo de acceso directo de la población y que los servicios de enfermería puedan llegar a toda la población entre otros mecanismos mediante la consulta enfermera a demanda”*. También se advertía que *“es necesario que los servicios enfermeros (...) se difundan entre la población, los propios miembros del equipo y los profesionales de la atención primaria y especializada. Para ello las enfermeras, que conocemos bien los recursos de la comunidad, tenemos que difundir entre los elementos dinámicos de la misma los servicios que ofertamos. Se pide también, para un mejor conocimiento por parte de la población, que el nombre de la enfermera figure en la Tarjeta Sanitaria de cada usuario”*. En esta reunión se reconoció la necesidad de que a las enfermeras se les asignase una población.

¹¹ Conclusiones de la Iª reunión de invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria. La Consulta de enfermería. Situación actual y perspectivas de desarrollo. Arnedo 1998.

Como ya he comentado, uno de nuestros lamentos habituales es que la población no sabe qué hacemos. Nos podríamos preguntar: ¿Se lo hemos explicado? ¿Cuando atendemos a una persona, nos presentamos como enfermeros? ¿Cuando atendemos a un nuevo usuario, le explicamos qué le podemos ofrecer? ¿Se han dado cuenta de lo poco que utilizamos algo tan cercano a nosotros como la sala de espera?. En la sala de espera la gente puede permanecer una media de cinco o diez minutos. ¿Se han dado cuenta de que ustedes, cuando están esperando más de cinco minutos, se ponen a leer la mayoría de los papeles que encuentran adheridos a las paredes? ¿No podría ser este un buen medio para difundir aquellos servicios que ofrecemos?

2.- Innovaciones en servicios.

2.1.- Servicios comunes

Dentro de los servicios comunes se puede innovar tomando como ejemplos otros sistemas de salud. El Servicio Vasco de Salud- Osakidetza¹² consensuó entre médicos y enfermeras, desde la subdirección de atención primaria, aquellos problemas que podían ser atendidos por la enfermera y que no requerían la atención previa de un facultativo. De este modo se consensuaron más de 25 problemas que eran atendidos directamente por las enfermeras.

Como servicios innovadores que se pueden introducir en este apartado se podría hablar de técnicas como los vendajes funcionales que suponen una disminución del tiempo de recuperación de un esguince, la realización generalizada de ECG, de espirometrías, de extracción de tapones de cerumen, la cirugía menor o la instauración de protocolos de curas con un sistema de registro unificado para todos los profesionales y donde las curas de las heridas sean evaluadas periódicamente por un mismo profesional.

2.2.- Consulta de enfermería

En la consulta de enfermería una de las facetas más innovadoras, sin duda, es la introducción de la metodología de cuidados y el diagnóstico enfermero. La *introducción de la metodología de cuidados*, además de ser un método de resolución de problemas, también puede ayudarnos a cambiar la orientación paramédica que se da en muchas ocasiones a la atención (especialmente en el adulto). Si introducimos la metodología en la consulta nos obligamos a realizar valoraciones integrales de salud y podemos reorientar todo el proceso no centrándonos únicamente en la enfermedad.

Otras de las ventajas de utilizar la metodología de cuidados en la consulta enfermera es que se pueden asignar tiempos de atención a los usuarios en función de los problemas que presentan. Por ejemplo, no se dedicará el mismo tiempo a una persona que presente una respuesta de “rechazo al tratamiento” que a otra con una “falta de conocimientos para el autocuidado”. Esta posibilidad por ejemplo fue utilizada en el centro de salud de Nazaret (en Valencia) para reformar y *descronificar una consulta de enfermería*, introduciendo dos modalidades de atención :

-la consulta de control: en la que el criterio de inclusión era que los usuarios estuviesen diagnosticados de “rechazo al tratamiento” y en la que se realizaban técnicas de control de patologías crónicas con menor asignación de tiempos que una consulta de enfermería tradicional.

-la consulta programada: con una mayor asignación de tiempo y en la que el usuario era instruido en conocimientos y habilidades para el autocuidado.

Seguramente, ustedes conocen el programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. En estos momentos me viene a la mente un dicho popular sobre cómo piensa un hombre y cómo piensa una mujer y el paralelismo que hace Collière¹³ de los cuidados masculinos versus cuidados médicos y los cuidados femeninos versus cuidados enfermeros. El referido dicho popular afirma: “Se dice que en cualquier situación un hombre ve lo que hay, y una mujer lo que falta”¹⁴. Cuando veo como enfermero el PAPPS, veo toda una serie de aspectos que faltan, como son la valoración patrones funcionales de salud como el nutricional-metabólico, la autoimagen, el cuidado de la salud o el afrontamiento y la tolerancia al estrés. Quizás sería interesante que la población que sale del programa del niño sano tuviese continuidad en *revisiones periódicas del adulto sano* como propone Gordon, en las que se realizarían valoraciones integrales de salud.

Existen descritas experiencias como la realizada en un centro de salud de Valencia donde las enfermeras desempeñaron un papel de promotoras de la salud realizando este tipo de revisiones mediante

¹² II Jornadas Andaluzas de Enfermería de Atención Primaria. Bol de Enferm Comunit I(2):7-8. 1995

¹³ Collière, M.F. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. De Interamericana- Mc Graw-Hill.Madrid, 1993.

¹⁴ Contreras Luzón, J.M. Comunicación hombre-mujer. Ed. Doce Calles. Madrid, 1998

acceso directo. La experiencia consistió en promover este servicio mediante carteles, folletos y en las consultas médicas.

Otra innovación interesante puede ser la utilización de forma complementaria de la consulta de enfermería con la atención grupal. De forma que los usuarios que tienen problemas de motivación al recibir atención en grupos pueda apoyarse o encontrar soporte en personas con problemas similares. Esto en si asignaría una puerta de entrada y salida a la consulta de enfermería.

Una experiencia también interesante es la creación de consultas de enfermería en las escuelas.

2.3.-La atención grupal/comunitaria:

La atención grupal es considerada como una de las asignaturas pendientes de la enfermería comunitaria. Quizá por falta de formación, quizá por inseguridad o quizá por ambas razones, la atención grupal no se ha desarrollado de forma mayoritaria. Sin embargo, es uno de los instrumentos que mas ventajas tiene como sistema promotor de salud.

- Atención grupal al adulto

Anteriormente les mencioné un método que utilizamos para descronificar una consulta de enfermería. La experiencia se realizó en una zona de salud urbana de Valencia, deprimida social y económicamente. Y decidimos de forma complementaria realizar un programa de educación grupal para personas con sobrepeso.

En un primer momento, necesitábamos tiempo para poder elaborar el programa. Para ello descronificamos una consulta y dedicamos 4 horas semanales para elaborar el programa de atención grupal. Una de las primeras ideas que tuvimos fue que deseábamos orientarlo hacia el autocuidado, de forma que las personas fuesen autónomas y no se hiciesen dependientes de los profesionales. Otra directriz que seguimos fue intentar no centrar el programa en la pérdida de peso, sino en el desarrollo de hábitos saludables de alimentación, ejercicio y de mejora de la autoestima y autoconfianza. Y otro objetivo implícito que perseguíamos era que a largo plazo se desarrollase un grupo de autoayuda. Finalmente, deseábamos poder evaluar si lo que hacíamos era útil o no y para ello medimos conocimientos, hábitos y autoestima, antes, al finalizar el programa y a largo plazo.

Les puedo decir que después de realizar la experiencia en un grupo piloto, la demanda social que originó ha hecho que se hayan creado ocho grupos sin realizar ningún tipo de promoción de este servicio. La población de la zona ha acudido espontáneamente, pidiendo querer entrar en “el programa para aprender a comer”. Se ha creado un grupo de autoayuda de mujeres de entre 30-40 años que se ha integrado en la asociación de mujeres del barrio y que tiene a una enfermera del centro de salud como asesora, aunque el protagonismo y las actividades son planificadas por las propias mujeres. Recientemente, la enfermera que las asesora se puso enferma, pero sin embargo en las Navidades pasadas el grupo organizó junto al resto de mujeres de la asociación un taller de recetas navideñas saludables.

El impacto que está teniendo dentro de las familias de las personas que acudieron a los grupos es importante, dado que al ser mayoritariamente mujeres han influido en la alimentación de toda la familia.

- Consulta enfermera en el colegio

Otra experiencia interesante es la realización de una consulta de enfermería en el colegio. En estas consultas se ofertaba a los niños la posibilidad de acudir a preguntar a la enfermera sobre cualquier tema de salud o consulta que desease realizar. Inicialmente esta consulta no tuvo mucha demanda pero tras una serie de sesiones y charlas dirigidas a los niños sobre temas de salud comenzó a tener cierta actividad.

Mediante estas charlas se consiguió que adolescentes acudieran a la consulta para perder peso, aunque en realidad se detectaron problemas de imagen personal y autoestima que podían determinar que en el futuro se pudiesen producir problemas de anorexia. Para ello con posterioridad se creo un grupo de autoapoyo y crecimiento personal para estos adolescentes de riesgo.

- Atención al climaterio

Este es un programa de intervención grupal en el que se atiende a mujeres menopáusicas y premenopáusicas, a las que se instruye en aspectos como la prevención de osteoporosis, sexualidad, alimentación, cambios fisiológicos, autoestima e imagen personal. A raíz de la intervención grupal se han creado grupos de autoayuda y en varios casos las integrantes de estos grupos han creado asociaciones de mujeres.

- Servicio de gerontogimnasia

Este programa consiste en la creación de grupos de ancianos que son instruidos y monitorizados por enfermeras que les enseñan ejercicios físicos que estimulan la movilidad y el bienestar físico. El programa supone la implicación de alguna organización (ayuntamiento, AA. VV...) que cede un local para poder realizar la gimnasia. Durante varias sesiones, la enfermera adiestra al grupo y de entre ellos se elige

un líder que es el que al cabo de 4-5 sesiones asume la labor de monitor. Los grupos se monitorizan hasta que son totalmente autónomos.

Otros servicios que están muy ligados a la consulta de enfermería son los talleres de relajación, talleres de control de control del estrés y los talleres de autoestima. Estos talleres nos van a permitir que el abordaje de determinados problemas tengan un enfoque grupal.

2.4 Atención domiciliaria:

En la atención domiciliaria podríamos hablar de servicios innovadores como la atención al niño y la visita al recién nacido, en la que la enfermera ve como es su estado de salud, los conocimientos de la madre tiene para cuidar al niño, y el entorno físico social en que se desenvuelve la familia.

Otro servicio innovador podría ser enlazar la atención domiciliaria con grupos de formación de cuidadores informales. En un estudio hecho en Granada se observó que la autonomía¹⁵ de los ancianos aumento cuando los cuidadores acudían a estos grupos de formación. Y otra de las conclusiones interesantes de este estudio fue que se recondujo la demanda de modo que la enfermera adquirió un importante papel como asesora de cuidados. Si miramos a otros contextos vemos que “las instituciones que ofrecen servicios de atención domiciliaria disponen de enfermeras comunitarias de enlace, que aseguran que desde el hospital se realice una correcta planificación del alta del paciente”¹⁶.

3.- Innovaciones de tipo empresarial:

Cuando anteriormente abordé las innovaciones de tipo general me surgieron varias cuestiones:

¿La administración sanitaria quiere que resolvamos problemas?

¿Quiere que seamos un eslabón de enlace entre los niveles asistenciales?

¿Asume la empresa que las enfermeras tienen que ser las expertas en los cuidados de las necesidades básicas?

Realmente sería innovador que la empresa para la que trabajamos nos comunicase que espera de nosotros como profesionales.

Innovador sería que los directores de enfermería dejasen de ser directores de personal y se convirtiesen en directores de servicios de cuidados¹⁷.

Innovador sería que la formación no fuese un instrumento utilizado para financiar sindicatos o para tapar la boca a los profesionales que reclaman una carrera profesional¹⁸.

Innovador sería que se apoyase la formación como instrumento que nos ayuda a resolver problemas.

Innovador sería si en la empresa los cuidados de enfermería se encontrasen igual de prestigiados que los cuidados técnicos.

Innovador sería que las enfermeras como expertas en cuidados pudiesen controlar e informar sobre los cuidados formales que dispensan las empresas de ayuda a domicilio.

Innovador sería que existiesen residencias de cuidados y que las enfermeras pudiesen prescribir el ingreso temporal de enfermos para que los cuidadores informales pudiesen descansar y se previniese la claudicación de la familia.

En definitiva innovador sería que la empresa escuchase a las enfermeras y aceptase las propuestas que ayuden a mejorar la salud de los ciudadanos.

Muchas gracias

¹⁵ Amezcua, M; Arroyo López, MC; Montes Martínez, N; et al Cuidadores familiares: su influencia sobre la autonomía del anciano incapacitado. *Enfermería Clínica* 6(6):233-41

¹⁶ Contel Segura, J.C; Gonzalez Santamaría, M. Atención so

¹⁷

¹⁸



La política de Investigación del Servicio Canario de Salud. Un instrumento para la equidad y la eficiencia.

Pedro Serrano Aguilar. Médico. Jefe Del Plan de Salud, e Investigación del S.C.S.

La política de Investigación del Servicio Canario de Salud. Un instrumento para la equidad y la eficiencia.

Pedro Serrano Aguilar. Médico. Jefe Del Plan de Salud, e Investigación del S.C.S.

Presentación.

La investigación ha constituido la herramienta que ha permitido la mejora continua de la salud de la población. A través de la investigación el Servicio Canario de Salud pretende dar respuesta a las necesidades de información y conocimiento detectadas durante el proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias; reconociéndose que la investigación en salud, es una de las condiciones necesarias para el cumplimiento y consolidación de los objetivos del propio Plan de Salud.

En el entorno actual, político y económico de Canarias, donde la política sanitaria es canalizada a través de un instrumento de planificación que centra las necesidades y dirige la acción; la investigación sanitaria ha de impregnarse de los mismos principios que rigen para la política sanitaria global. Para ello se hace necesario establecer prioridades y buscar un equilibrio en la financiación de la investigación epidemiológica, de evaluación de servicios sanitarios, básica-experimental y clínica. Concretamente la potenciación de la investigación de carácter epidemiológico y en servicios sanitarios, es un aspecto imprescindible para el desarrollo de las políticas de salud recogidas en el Plan de Salud de Canarias.

El Servicio Canario de Salud entiende que la investigación en el seno de los servicios sanitarios constituye una actividad costo-efectiva cuando se dirige hacia áreas prioritarias en las que se hayan detectado necesidades de información. Satisfacer estas necesidades de información habrá de permitir que la toma de decisiones, sea más adecuada, tanto para el político, para el gestor, así como para el propio profesional sanitario.

La investigación en el Servicio Canario de Salud como instrumento para la eficiencia y la equidad.

La investigación, tanto en medicina como en cualquier otro ejercicio profesional, constituye el instrumento que ha permitido la mejora continua de la calidad de vida de la población. Por ello está asociada, en nuestras mentes, a desarrollo, innovación y progreso. Algunos autores definen a la investigación sanitaria como una herramienta de generación de conocimiento nuevo, a través del método científico, destinado a la identificación y manejo de los problemas de salud. En el Servicio Canario de Salud interpretamos que la investigación puede permitir, además, que los profesionales apliquen, en diferentes circunstancias, soluciones o procedimientos ya existentes, bien para generar conocimiento nuevo o para resolver problemas cuyas soluciones no son conocidas.

La investigación se transforma, bajo esta consideración, en una actividad esencial para desarrollar actuaciones efectivas sobre la salud, e imprescindible para el aprendizaje de los profesionales de la salud, y para la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Sanitario.

Sin embargo, en la práctica resultan escasas las aplicaciones derivadas de los proyectos de investigación realizados en nuestra Comunidad Autónoma. Algunas de las razones que podrían argumentarse, como condicionantes de estos resultados, son el predominio de proyectos de investigación redundantes, los déficits metodológicos que restan utilidad al producto de la investigación, la escasez de financiación para proyectos prioritarios, y la inadecuada difusión de los resultados de estos proyectos.

En España y en Canarias el investigador sanitario se ha caracterizado por ser un profesional con vocación de investigador; que se ve forzado a aprender metodología de investigación, durante la ejecución de su primer proyecto de investigación; debiendo desarrollar la actividad investigadora fuera de sus horas laborales, sin percibir ningún tipo de compensación económica por ello.

Por otro lado desde las organizaciones sanitarias, el respaldo concedido a la investigación ha dependido de la sensibilidad y de la capacidad de entender la investigación, por parte de cada una de las personas que transitoriamente han ejercido responsabilidades política y directivos.

El Servicio Canario de Salud, una vez que ha progresado en la consolidación de sus estructuras centrales y, en consonancia con las directrices establecidas por el Plan de Salud, inicia ahora una política de apoyo decidido a la investigación sanitaria. Se pretende instituir una política de investigación coherente con las necesidades detectadas, potenciando la investigación de calidad en las áreas de la clínica, epidemiología y de servicios sanitarios.

Esta estrategia de identificación y establecimiento de prioridades en investigación ha sido desarrollada conjuntamente con la Dirección General de Universidades e Investigación, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias; con la que necesariamente hemos de continuar trabajando para mejorar tanto los procedimientos administrativos (unificar las convocatorias de subvenciones a la investigación, utilización de los mismos evaluadores externos de los proyectos), como el producto final de la investigación.

El interés por potenciar las actividades de investigación sanitaria en Canarias persigue además, como objetivo estratégico, el promocionar la práctica médica de excelencia en los centros sanitarios de nuestra comunidad; entendiendo que para ello es fundamental incorporar la investigación clínico-epidemiológica, además de la evaluativa y la de la calidad asistencial.

Necesidad de investigar.

Si bien hemos intentado previamente establecer la importancia de la investigación como instrumento de poder, y de desarrollo sanitario y general para la humanidad, nos gustaría introducir aquí cuatro razones que centran la necesidad de la investigación en nuestro entorno:

Investigación y acción: Cuando las actuaciones de la administración sanitaria no están basadas en el conocimiento, estas se transforman en ineficaces, por lo que conducen a un despilfarro de recursos. Por ello la investigación, cuando es pertinente y metodológicamente correcta, puede ser utilizada para acelerar y asegurar la efectividad y la eficiencia de las acciones de la administración sanitaria. La investigación es asimismo necesaria en los estadios previos a la aplicación de la tecnología nueva, independientemente de que esta haya sido previamente comprobada por la empresa tanto en el laboratorio como en el "campo". Además, la investigación de ámbito local es necesaria, porque los modelos de intervención no pueden ser transferidos automáticamente desde un emplazamiento a otro.

Desarrollo de nuevos instrumentos: El papel de la investigación y de su producto sobre la dramática prolongación de la esperanza de vida de la especie humana a lo largo del siglo XIX y XX, está fuera de duda. La investigación ha permitido el desarrollo de un amplio arsenal de instrumentos en la lucha frente a la enfermedad, que incluyen el mejor entendimiento de los procesos causales de la enfermedad, de las conductas saludables, de la gestión sanitaria, y de la economía de la salud.

Investigación y el proceso de desarrollo: El proceso de desarrollo, tanto general como en lo referente a la salud, exige un mejor entendimiento de la investigación y una capacidad creciente para desarrollar actividades de investigación. Sin investigación, la capacidad de la sociedad y de la administración sanitaria para afrontar los problemas de nueva aparición, queda reducida de modo evidente. La investigación es necesaria no sólo para identificar, dimensionar, diseñar intervenciones y resolver los problemas que afectan a la salud de la población; sino que además es imprescindible para prever y anticiparse a los problemas nuevos.

Búsqueda de la eficiencia: Una de las razones fundamentales para promover la investigación sanitaria es la necesidad de establecer las bases para la óptima planificación y la mejor distribución y empleo de los escasos recursos sanitarios disponibles. La investigación en servicios sanitarios y en gestión, ha producido mejoras en la eficiencia de las actuaciones en las organizaciones sanitarias. Este tipo de actividades de investigación consigue poner de manifiesto mejores formas de gestionar algunos problemas de salud de carácter recurrente.

La investigación sanitaria como actividad costo-efectiva.

El objetivo de la investigación en salud es encontrar las mejores formas o procedimientos para la mejora continua de la salud, en un entorno de limitación del tiempo y recursos. Lo que en lenguaje de economista sería expresado como alcanzar resultados más efectivos en salud por unidad de coste invertida. La relación coste-beneficio, coste-efectividad, o coste-utilidad de la investigación sanitaria constituye un área poco estudiada en general y especialmente en Canarias, lo que podría justificar, en algún grado, la escasa inversión en investigación.

El interrogante se sitúa en cuánto invertir en investigación sanitaria, desde el Servicio Canario de Salud, dado que en el estadio de desarrollo actual de la sanidad canaria, las líneas de investigación de mayor necesidad han sido recientemente identificadas durante el proceso de elaboración del Plan de Salud. Para ello hemos analizado cual ha sido la contribución económica del Gobierno de Canarias, a través de las Consejerías de Educación, Cultura y Deportes, y de Sanidad y Consumo, a la investigación médica durante los últimos años. Además hemos clasificado estos proyectos de investigación según el carácter de la misma (investigación clínica, básica - experimental, epidemiológica, tecnológica y de evaluación de servicios sanitarios), en base a su frecuencia, y a la financiación consumida.

Una estrategia promovida desde el Servicio Canario de Salud para potenciar la investigación en salud a corto, medio y largo plazo, habrá de tomar en consideración distintos aspectos. Pero de todos los que a continuación se enumeran, destacamos fundamentalmente dos de ellos: la formación y la financiación.

La financiación de las actividades de investigación, por parte del Servicio Canario de Salud, aumentará progresivamente. En opinión de algunos, la investigación debe esperar hasta que sean satisfechas las prioridades actuales de los servicios sanitarios y/o mejoren las perspectivas económicas gubernamentales. En nuestra opinión, la investigación es esencial desde hoy mismo, para orientar las acciones del modo más eficiente y conseguir el máximo con menos recursos. En nuestro medio la financiación se ha dirigido, fundamentalmente, hacia proyectos de investigación clínicos y experimentales. Sin embargo ha sido escasa la investigación de carácter epidemiológico, y prácticamente ausente la investigación sobre política sanitaria (evaluación de necesidades y distribución de recursos), y gestión de servicios sanitarios.

Se promoverá el desarrollo de actividades de formación en metodología de investigación, al objeto de que cada vez sean más los profesionales que puedan acceder a estas actividades, y para asegurar la validez de los resultados de la investigación. Al investigador debe exigírsele resultados, dado que a la investigación se dedican cada vez mas recursos. Para ello y para que la investigación deje de ser una actividad reservada a una minoría y pueda ser desarrollada, por un número cada vez mayor de profesionales (médicos, enfermeros, etc.), es preciso desarrollar actividades de formación en métodos de investigación.

La investigación se orientará, preferentemente, hacia las áreas temáticas con mayores necesidades de información. El marco de prioridades en investigación se desarrolla habitualmente a partir del juicio de algún comité que por consenso, implícita o explícitamente, establece la importancia de las áreas de investigación, el esfuerzo investigador que ha de destinarse hacia las mismas, y el grado de factibilidad e interés científico. Si bien las dos últimas consideraciones están sometidas más intensamente a valoraciones cualitativas más que cuantitativas; existen, así mismo, dificultades para estimar el primer componente: la importancia del área de investigación. Para afrontar este proceso con las mayores garantías de éxito, el Plan de Salud recoge, entre sus apartados, un epígrafe en el que se destacan las necesidades de información percibidas por diferentes grupos de expertos, sobre cada uno de los problemas de salud prioritarios para Canarias.

Para establecer el grado de prioridad de estos problemas de salud se utilizaron los criterios de importancia, factibilidad y vulnerabilidad de cada uno de ellos. La determinación de la importancia de cada problema de salud se realizó a partir de su impacto sobre la mortalidad, morbilidad e incapacidad. Este proceso utilizó la opinión de los presidentes de las sociedades científico-médicas de Canarias, presidentes de colegios profesionales, economistas de la salud y gestores sanitarios, a través de la técnica delphi.

En Canarias existen aún déficits de información sobre las causas más importantes que amenazan la salud de la población. A este respecto es necesario confirmar si Canarias tiene las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica más altas de España, y en este caso identificar los factores predisponentes y

condicionantes. Este mismo razonamiento es extensible para la diabetes mellitus, las enfermedades transmisibles como el sida, hepatitis vírica, tuberculosis, y enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

Otros aspectos de importancia creciente como los accidentes, enfermedades crónicas, y trastornos mentales, que constituyen causas frecuentes de enfermedad, incapacidad, y muerte, también precisan de investigación.

Nuevas y crecientes amenazas como las conductas adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales y ludopatías), riesgos laborales y medioambientales, no han sido abordados como proyectos de investigación, salvo en casos muy excepcionales. Lo mismo ha ocurrido en relación a otras situaciones que no pueden ser clasificadas como problemas de salud, tales como los sistemas de información sanitaria, costes y financiación, evaluación de la práctica clínica, y evaluación tecnológica.

Dentro de las áreas más necesitadas de información, se promoverá la investigación con mayores posibilidades de utilización o aplicabilidad. La investigación puede estar inicialmente orientada a generar conocimiento especialmente útil en el ámbito local de la comunidad autónoma o, por el contrario, ser generalizable a un escenario más abierto. Esta última situación se produce cuando los resultados de la investigación son aplicables a diferentes entornos geográficos, culturales, y económicos. La investigación de ámbito local produce conocimiento de interés y aplicabilidad específica a las circunstancias particulares de cada comunidad, lo que sirve para documentar decisiones importantes sobre problemas de salud, determinar cuáles son las medidas a aplicar, y cómo obtener el máximo beneficio en salud.

Se promoverá que los investigadores que comparten intereses frente a determinados problemas de investigación, se conozcan e intercambien experiencias y resultados. Con ello se pretende mejorar la comunicación entre investigadores, predisponiendo a los grupos a adoptar actitudes de sinergia, y a reducir la investigación redundante. Esta es una condición obligada para mejorar la eficiencia de la investigación en Canarias; a la vez que constituye un paso previo al establecimiento de estudios de investigación multicéntricos.

Se promoverá la multidisciplinaridad en la composición de los equipos de investigación. Lo que permitirá abordar más ampliamente las preguntas de investigación, concretar más adecuadamente los aspectos de diseño del estudio, asegurar la puesta en marcha y el seguimiento, así como enriquecer el proceso de análisis y discusión de los resultados. Esta estrategia pretende aumentar la capacidad analítica del investigador (efectividad), al incorporar visiones diferentes y complementarias sobre un mismo problema.

Se promoverá la realización de estudios multicéntricos. Al objeto de captar la variabilidad potencialmente existente en el archipiélago, garantizando la homogeneidad de los procedimientos desarrollados para ejecutar la investigación. Esto permite ampliar el marco de aplicabilidad de los resultados.

Se introducirá la figura del evaluador externo, para la valoración previa a la concesión de los proyectos de investigación. Con ello se pretende introducir, con carácter sistemático, un nivel de evaluación adicional que pueda exceder el ámbito de la comunidad autónoma, y que sirva de referencia y contraste a las decisiones que habitualmente se han tomado únicamente dentro de nuestras fronteras. Con esta medida se quiere aumentar el rigor de la evaluación previa de los proyectos de investigación, para reducir o evitar la financiación de la investigación que no haga uso adecuado del método científico.

Se asegurará el apoyo, seguimiento, y evaluación final de cada uno de los proyectos financiados. Para ello el Servicio Canario de Salud se compromete a colaborar con los investigadores para facilitar los contactos institucionales, garantizar el respeto a la normativa sobre el secreto estadístico, respaldar al investigador estableciendo la vinculación del proyecto y del investigador con el Gobierno Autónomo, y llevar a cabo contactos periódicos con los grupos de investigadores para conocer directamente la marcha del proyecto y sus dificultades.

Se garantizará la difusión de los resultados, en base al grado de relevancia científica o de aplicabilidad. Para que el producto de la investigación cumpla los objetivos para los que fue desarrollada, sus resultados han de ser conocidos por otros investigadores y por la comunidad científica en general, al objeto de que estos sean discutidos y contrastados con otras experiencias similares en el mismo ámbito territorial o en otros ámbitos distintos. Para ello el Servicio Canario de Salud potenciará la línea editorial, iniciada hace

aproximadamente un año, al objeto de garantizar la difusión de todos aquellos resultados que bien por su relevancia científica, originalidad, o por su aplicabilidad, sean susceptibles de publicarse.

La Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”: el instrumento para ejecutar la política de investigación del Servicio Canario de Salud.

La Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) es una fundación creada al amparo de la Ley Territorial 1/1990, de 29 de enero, de Fundaciones Canarias, que no persigue fin lucrativo alguno, de duración indefinida, constituida por un patrimonio destinado a los fines que se exponen a continuación y cuyos beneficiarios serán todas aquellas instituciones, asociaciones y personas físicas en las que hayan de revertir las actividades investigadoras que se llevan a cabo en el ámbito de la salud.

Objetivos de la Fundación.

La Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) tiene por objeto el fomento de las actividades de investigación en el ámbito de las ciencias de la salud.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, señala la necesidad de fomentar la investigación en función de las políticas de investigación y de salud. En Canarias esta política de investigación ha sido diseñada recientemente a partir de la creación del Servicio Canario de Salud; tratándose de una política de investigación coherente con las necesidades sanitarias detectadas por el Plan de Salud de Canarias.

El Gobierno de Canarias, a través de la Dirección General de Universidades e Investigación de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, mantiene una convocatoria complementaria a la realizada por la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS), financiando, entre otras, la investigación científica de carácter experimental más próxima al ambiente universitario, científico y docente. Este hecho ha permitido impulsar la investigación experimental y la investigación clínica en el ámbito de las ciencias de la salud en Canarias. Siendo preciso impulsar ahora tanto la investigación epidemiológica como la investigación de carácter evaluativo sobre los servicios sanitarios en general y más concretamente en relación a la evaluación de tecnologías sanitarias. A través del impulso a las actividades de investigación, con el enfoque complementario que se ha expresado anteriormente, FUNCIS pretende dar respuesta a las necesidades de conocimiento detectadas durante el proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias; siendo esta una de las condiciones necesarias para la consolidación del cumplimiento de los objetivos del propio Plan de Salud de Canarias. La investigación se constituye, de esta forma, en un instrumento para la mejora continua de la salud de la población canaria, en la búsqueda de la equidad y la eficiencia.

Además la Fundación participa y contribuye en las actividades de coordinación de las investigaciones que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de Canarias. Para la consecución del objeto descrito en el párrafo anterior, la Fundación desarrollará, entre otras actividades generales, las siguientes:

Fomentar y extender la formación en metodología de la investigación entre todos los profesionales sanitarios de Canarias a través de actividades docentes realizadas tanto en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, como en el resto del Estado o fuera de él.

Subvencionar actividades de investigación en ciencias de la salud con la finalidad de dar respuesta a las necesidades de información de mayor necesidad para la mejora de la salud de la población.

Contribuir a la consolidación de las unidades de investigación en los Hospitales de la Red de Utilización Pública, facilitando indirectamente la mejora de la calidad de las actividades, asistenciales y docentes, que habitualmente se desarrollan en el Hospital.

Promover el intercambio de profesionales sanitarios entre los centros sanitarios de la Comunidad, con los de otros Servicios de Salud del Estado Español o con centros sanitarios radicados en el extranjero, lo que contribuirá, así mismo, a la mejora de las actividades asistenciales y de investigación.





Ponencia: Fundamentos Económico - Sanitarios de la Enfermería en Ap.

Beatriz González López - Valcarcel. Economista. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Fundamentos económico - sanitarios de la enfermería en Atención Primaria

Beatriz González López - Valcárcel

Universidad de las Palmas de GC

Dep. Métodos Cuantitativos en
Economía y Gestión

Las Palmas de GC, 5 febrero 1999

La atención primaria de salud (OMS, Conferencia de Alma-Ata, 1978)

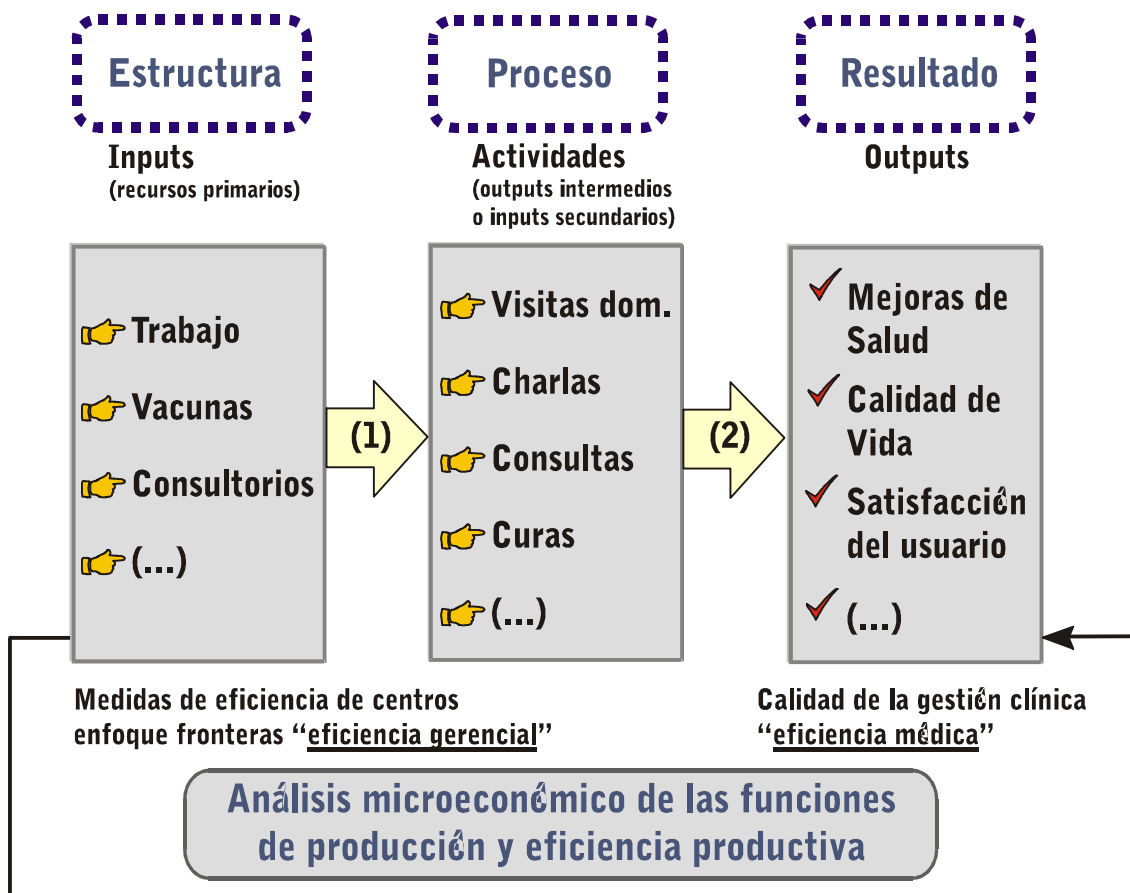
- Asistencia
 - esencial
 - con base científica y práctica
 - al alcance de todos
 - con participación comunitaria
 - a un coste soportable

Perfil diferencial de la atención primaria vs. especializada

- Más próxima al entorno comunitario
- Combina atención sanitaria, prevención y promoción de la salud
- Continuidad
- Longitudinalidad (bien de experiencia, bien de confianza) elección usuario
- Filtro de la atención especializada

Objetivos del sistema sanitario

- 1. Eficiencia (calidad)
- 2. Equidad (horizontal, vertical)



Medir la eficiencia o productividad requiere:

- Medir el producto:
 - Más avances en hospital que en AP
 - Muy poco desarrolladas las medidas del producto de enfermería comunitaria
 - Como resultado final “health outcomes” más que como medidas de proceso
 - Controlar la calidad
- Sistemas de información adecuados:
 - ¿ Para qué ?
 - ¿ Cómo ?

El producto de la enfermería comunitaria

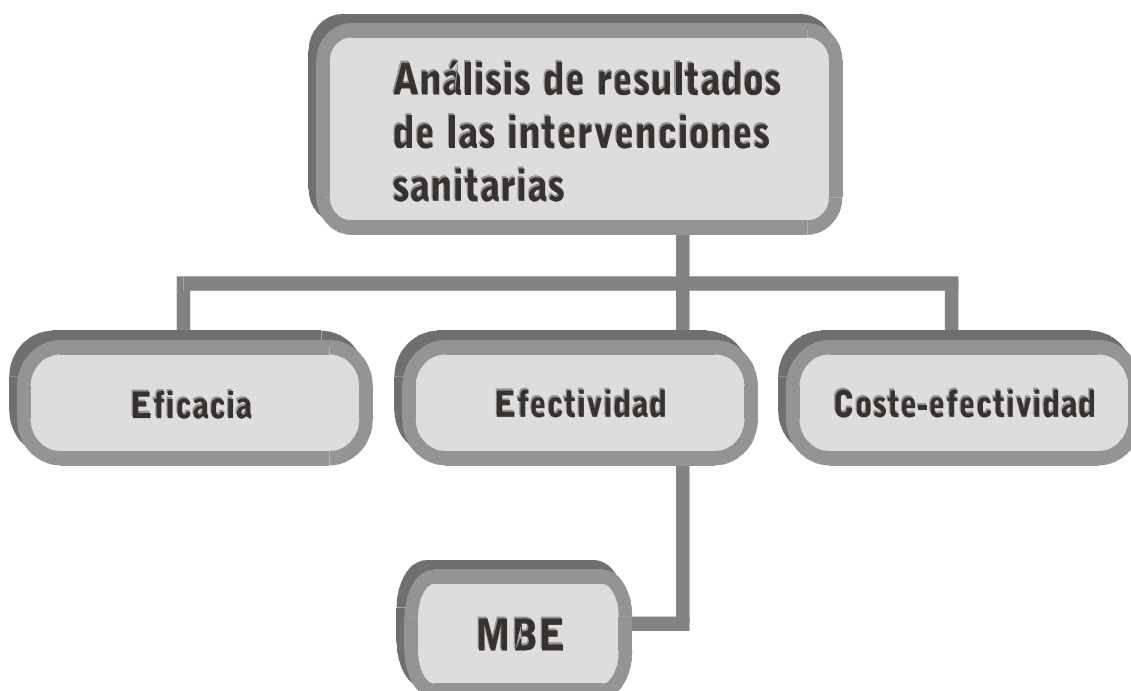
- Proveer y detectar necesidades de cuidado
- Las consultas de enfermería y la prevención secundaria (control de crónicos, ancianos, terminales,...)
- La proyección comunitaria y la educación para la salud
- **¿ Papel y perfil profesional de la enfermería en Salud Comunitaria ? (vinculada a la especialidad)**

Eficiencia: ventaja comparativa de AP (Ortún y Gervás)

- Mayor margen de ganancias de eficiencia y mejoras organizativas
- Países con más desarrollo de Ap, sistema sanitario más eficiente

Evaluación de la eficiencia: ¿ bajo qué perspectiva ?

- Perspectiva de la evaluación:
 - individual
 - del Centro de Gestión
 - social
- Necesidad de adoptar la perspectiva adecuada para cada problema



Mejoras organizativas

- Modelo burocrático vs. autoorganización y responsabilidad
- Perfil de la elección del usuario
- El difícil papel de los incentivos
- Revisión de experiencias exteriores
- (Cataluña, UK, Holanda)



Ponencia. **El caso británico: la Enfermería Comunitaria.**
Shirley Bach. Enfermera. Universidad de Brighthon. UK.

Ponencia. **El caso británico: la Enfermería Comunitaria.** Shirley Bach. Enfermera. Universidad de Brighthon. UK.

Buenos días, en primer lugar me gustaría agradecer a los organizadores de esta conferencia la oportunidad que me han brindado al invitarme a estar presente aquí hoy. Es para mí un privilegio y me complace poder compartir con mis colegas europeos las experiencias que hemos vivido en el Reino Unido en las áreas de atención primaria y enfermería comunitaria.

Voy a presentarme haciendo un recorrido por mi trayectoria profesional y contándoles cómo llegué a tomar parte en el área de la enfermería comunitaria. Luego les hablaré a cerca de las principales tendencias políticas que han propiciado el desarrollo de nuestros servicios de enfermería comunitaria. Ilustraré mi exposición con algunos ejemplos sobre la manera en la que las políticas influyen en este sector en el Reino Unido; y concluiré mi intervención aportando ejemplos detallados sobre el modo en el que el personal de enfermería comunitaria ejerce hoy en día ante las variables necesidades en materia de salud en Gran Bretaña.

Por tanto, les hablaré ahora de mí. Yo soy una de esas enfermeras que comenzó a trabajar en este sector casi de forma directa, tras finalizar mis estudios iniciales. A lo largo de mi formación, intervine en ámbitos laborales relacionados con las patologías respiratorias, la psiquiatría y la obstetricia. La enfermería comunitaria me pareció el campo más interesante y reconfortante: me atraía la autonomía y la capacidad de entender al núcleo familiar al completo en el contexto exacto de su entorno. Trabajé además en cuidados intensivos en el Reino Unido, Oriente Medio y los Estados Unidos. Sin embargo, regresé al Reino Unido para ejercer como enfermera de atención comunitaria, especializándome en visitas de salud y en el fomento de la salud en la familia. Posteriormente continué dentro del campo de formación continuada laboral en enfermería comunitaria. En la actualidad, ejerzo como jefa de departamento de en la Universidad de Brighton, responsable de nuestros programas perfeccionamiento de enfermería comunitaria, cursos de posgrado y *masters* en este campo. El proyecto más reciente que he dirigido consiste en un *master* (MSc) en Salud Pública Comunitaria (un programa innovador dirigido a funcionarios de la sanidad pública, personal de enfermería, matronas, visitadoras de salud, funcionarios de salud medioambiental, trabajadores comunitarios y asistentes sociales). A lo largo de mi carrera he desarrollado, paralelamente, un especial interés por la psicología y soy responsable de la dirección de esta materia dentro de del área Psicología Aplicada.

Hoy estoy aquí para hablarles de la enfermería comunitaria en la atención primaria en el Reino Unido. Me gustaría comenzar haciendo mención a la razón principal que hace que la atención primaria se haya convertido en un tema de gran interés. Estoy segura de que recordarán que la OMS redactó en 1978 la famosa Carta Magna propugnando la salud para todos en el año 2000. En tal declaración, la atención primaria no se consideraba únicamente un paso previo a la atención especializada, ni sólo como primera toma de contacto dentro del sistema sanitario (artículos V, VI y VII). La asistencia primaria se entendió como un concepto más amplio dentro de la atención sanitaria y de la aportación individual, salvaguardando los derechos humanos básicos, así como los elementos esenciales que sustentan la salud (alimentación, transporte, educación y vivienda). En 1993, la OMS seguía postulando un concepto de atención primaria que potenciara la labor de la enfermería en favor de las necesidades de las personas, más de que las del propio sistema. Esto se llevaría a cabo a través de la valoración de las necesidades comunitarias, sin circunscribirse únicamente el punto de vista de las patologías y las actuaciones. Quizás quieran reflexionar hasta qué punto se ha conseguido llevar la teoría a la práctica.

Es interesante destacar que Verheij y Kerstra (1992) llevaron a cabo un estudio comparativo sobre enfermería comunitaria en Europa. Lamentablemente, España o estaba incluida en él. Estos autores observaron que el cometido del personal de asistencia comunitaria era muy similar entre los distintos países; y que las principales diferencias se encontraban en los sistemas de financiación, organización y formación. Además, destacaron que las estadísticas demográficas de pronóstico entre países, en particular en la población mayor de 65 años, constituirían la fuerza motriz para una reforma sanitaria. Afortunadamente, también nos aportaron algunas soluciones. Primero, el estudio de los *diversos mecanismos de financiación de los servicios* y el análisis de las ventajas relativas en cada sistema. Por ejemplo, las tasas por pago de servicios basadas en grupos según diagnóstico, en comparación con los presupuestos fijos, que constituye el modelo principal empleado en el actual sistema británico; o el

modelo de co-financiación en vigor, parcialmente, en el Reino Unido en lo referente a la prescripción de fármacos y a los servicios sociales. Hacen hincapié más adelante en la necesidad de *cooperar* y en el *equilibrio de la división de las tareas* de los miembros de los equipos de atención primaria. Su recomendación final hace referencia al *atractivo de la profesión* y a la necesidad de dignificar la singularidad de la profesión, desterrando esa idea negativa de dependencia con respecto a los colegas médicos, así como ese concepto de estatus secundario con respecto a la enfermería de carácter intensivo. En el Reino Unido, la enfermería comunitaria siempre se ha considerado por la población general como una labor profesional de prestigio; en menor medida por el personal de medicina intensiva o de urgencia, que ha tendido a considerar la enfermería comunitaria como menos dinámica, menos técnica o menos apasionante.

¿Cuál es entonces el marco de actuación de la enfermería comunitaria? Se basa predominantemente en el concepto de los Equipos de Atención Primaria, establecidos por pueblos y grandes y pequeñas ciudades, en proporción con la población per cápita, que oscila entre un volumen medio de 5.000 y 9.000 habitantes (según un estudio de Usherwood y otros autores, 1995). Estos equipos están formados por:

- Médicos de Atención Primaria (Medicina General)
- Personal administrativo
- Enfermeras de área o zonas (enfermeras de atención domiciliaria en grupos menores y con auxiliares de enfermería)
- Visitadoras de salud/enfermeras de salud pública. Visitas domiciliarias principalmente a familias jóvenes y pacientes mayores.
- Enfermeras Generalistas. Radicadas en clínicas. Seguimiento de patologías y gestión. Exámenes de atención secundaria y lesiones de menor grado.
- Estos equipos pueden estar coordinados por centros de salud, consultas de atención primaria y centros de la comunidad. Otras funciones de la enfermería comunitaria están interrelacionadas con los equipos de atención primaria para áreas específicas de atención sanitaria como por ejemplo:
 - Enfermeras en centros escolares (patologías de menor importancia, promoción de la salud y valoración de menores en edad escolar).
 - Enfermeras comunitarias de salud mental.
 - Enfermeras comunitarias para educación especial.
 - Enfermeras comunitarias para pediatría (seguimiento de la atención especializada en la comunidad).

Algunas matronas también trabajan dentro de la comunidad en lo referente a atención especializada, otras en la atención comunitaria propiamente dicha. Un último grupo de enfermeras comunitarias lo constituyen las Enfermeras de Salud Laboral, centradas principalmente en el entorno laboral y en las zonas industrializadas. Todas estas funciones requieren una titulación oficial previa y en la actualidad precisan de una formación académica específica de grado universitario.

No en todas las zonas se puede encontrar esta relación de personal, lo cual puede llevar a confusión. Según el estudio de Usherwood (1995) un prototipo de equipo en un ámbito amplio de actuación (5.000) estaría formado por tres médicos de atención primaria, un supervisor, cinco recepcionistas, una secretaria, dos enfermeras generalistas, dos enfermeras de área, un visitador de salud y una matrona. Los servicios complementarios se facilitan en relación con la complejidad de las necesidades de la comunidad. Esto se calcula sobre la base de una determinada cifra, producto de las estadísticas demográficas y del índice de Jarman (1983) que calcula la marginalidad social de la comunidad y las estadísticas epidemiológicas de la zona.

El Informe Harding (SNMC 1981) apoyaba el trabajo en grupo dentro de la atención primaria, destacando que esta medida revertiría en mejores resultados para los pacientes. Sin embargo, en 1995,

Soothill registró ciertos problemas de celo profesional y proteccionismo dentro del trabajo en grupo. Esto puede estar propiciado por las diferentes estructuras de dirección, las desigualdades retributivas y el estatus, así como por la falta de objetivos comunes. La premisa subyacente está en que los Equipos de Atención Primaria constituyen una buena idea a pesar de que exista una evaluación escasa y poco rigurosa sobre ellos, o sobre sus resultados reales.

Las estructuras departamentales que sustentan la organización y actuación de los Equipos de Atención Primaria son también complejas. Con el fin de posibilitar una transferencia más efectiva de la financiación, directamente a la atención primaria, las autoridades sanitarias británicas crearon, en 1994, un sistema de asignación de presupuestos directos para la medicina general o de atención primaria, que pasó a contar con autonomía financiera. Esto reflejó el dogma político predominante del momento, tendente a establecer un mercado interno dentro de la sanidad, conocido como el binomio “comprador/proveedor”. Los médicos de atención primaria podían contratar servicios hospitalarios directamente desde estos centros, así como servicios de enfermería comunitaria. Una alternativa a este sistema fueron los Grupos de Contratación Local, que establecerían las prioridades en las adquisiciones o contrataciones, y que servirían de unidades de asesoramiento a las autoridades sanitarias. Con este modelo de financiación los doctores podían decidir sobre los servicios necesarios para la asistencia comunitaria.

Al mismo tiempo, otras reformas de la Sanidad Pública (ley sobre sanidad Pública y Atención Comunitaria) empezaron a inclinarse hacia un modelo de mercado interno en lo referente a Atención Social. Esto introdujo la figura de los gerentes o directores de atención, quienes contaban con presupuestos para atención de determinados grupos, y para profesionales como trabajadores sociales o enfermeras. Se dio además una fuerte dependencia de la labor del voluntariado y de los servicios del sector privado en la atención comunitaria.

El resultado de estas dos reformas (atención comunitaria y financiación) fue la contratación conjunta de los servicios y de los organismos sociales. Esto trajo consigo intensos debates sobre las diferencias entre la atención sanitaria y social. Los mecanismos de financiación propios de la división comprador/proveedor complicaron aún más las cosas al no existir una clara distinción en torno a ciertas interrogantes, a veces fundamentales, sobre cuestiones como “quién debería bañar a los pacientes mayores” Los presupuestos se guardaban celosamente, los pacientes se encontraron en circunstancias de desconcierto dentro del sistema, el personal de enfermería y sus colegas del área social sufrieron niveles altísimos de frustración.

Hemos comenzado en 1998 un nuevo sistema de financiación, creado durante los noventa y con una mayor implicación profesional de los grupos de atención primaria, con el objeto de determinar la dispensación de servicios con carácter local, sobre lo que incidiremos más adelante. Antes de analizar la situación actual habría que considerar otros tres aspectos: la transición de la atención secundaria a la primaria, el modelo de salud pública y el ejercicio profesional basado en la experiencia. En primer lugar, el cambio progresivo de la atención secundaria a la primaria. El resurgimiento de las funciones de la atención primaria se ha convertido en una tendencia importante durante los últimos quince años en el Reino Unido. El Servicio Nacional de Salud, institucionalizado en 1948, creó hospitales centralizados. Sin embargo, en las décadas de los setenta y los ochenta, el papel de la atención primaria se categorizó dada la necesidad de controlar los altos costes de la atención especializada. Esto realza el papel receptor de los médicos de cabecera, en contraposición a la OMS (1978), y ha llevado a cuestionar la falta de capacidad para controlar los gastos en función de la demanda dentro de la medicina general (dando como resultado la introducción de ejercicio basado en la autofinanciación). No obstante, de manera general, la estrategia de cambio de la atención secundaria a la atención primaria propició una bajada de los costes.

En los últimos años se ha suscitado incluso mayor interés por el traslado de los cuidados intermedios al sector de la atención primaria. Esto se debe a un replanteamiento del uso de las instalaciones hospitalarias, en especial, en lo referente a la duración de los ingresos y la ocupación de camas. Lo que, a su vez, ha hecho que las enfermeras comunitarias hayan puesto en práctica algunos programas novedosos de “atención ambulatoria a domicilio” en cuidados ortopédicos, cuidados paliativos, alimentación y nutrición, así como atención postoperatoria. El resultado ha revertido en la oportunidad de disponer de una mayor cobertura y niveles de atención. Por ejemplo, en lo que respecta a la noción de la familia como marco para este ejercicio o en la combinación entre la atención primaria y la atención social. La atención secundaria consume el doble de recursos que la atención primaria, y trata la décima parte de los casos que se atienden en el sector primario. Dado que la atención hospitalaria cada

vez es más costosa y más tecnificada en los casos de pacientes de hospitalización breve, la tendencia parece continuar en la línea de la descentralización.

Junto al aumento de los cuidados intermedios dentro de la atención primaria, se está haciendo mayor hincapié en el fomento de las iniciativas de promoción sanitaria. En 1991, el gobierno británico redactó un proyecto para establecer los objetivos de promoción sanitaria en las patologías coronarias, cáncer, suicidio, educación sexual y accidentes; que se pretendía llevar a cabo a través de la valoración de las necesidades y parámetros del nivel de salud de la comunidad, con la información recopilada por los Grupos de Atención Primaria sobre los siguientes aspectos:

- Demografía
 - Distribución por edad y sexo, grupos étnicos, tipos de hogares/familias
- Patrones patológicos
 - Índices de mortalidad, totales y por edad, estadísticas globales, proporción de mortalidad por niveles
 - Esperanza de vida
 - Morbilidad
- Indicadores de salud (modificadores)
 - Factores socioeconómicos (empleo, vivienda, etc.)
 - Factores medioambientales (contaminación atmosférica)
 - Factores étnicos (efectos raciales sobre la prevalencia de enfermedad por anemia por células falciformes en personas de origen afro-caribeño)
 - Factores culturales (creencias religiosas en una comunidad)

Las valoraciones y las prioridades para la racionalización de la atención sanitaria se llevaban a cabo sobre la base de la información obtenida. En 1998, el actual gobierno británico elaboró un borrador (Nuestro País, más Saludable) con el propósito de mejorar la salud del país en su totalidad, minimizando el margen existente entre los más y menos favorecidos. Este último documento se basaba en la noción de salud pública atribuida a Lalonde (1974), conocida como “La Nueva Salud Pública”. Él mantenía que todas las causas de muerte eran atribuibles a cuatro elementos diferenciados:

- Desigualdades en la actual dispensación de atención sanitaria
- Factores comportamentales y de estilo de vida
- Cuestiones medioambientales
- Características biofísicas

Para abordar estos elementos la nueva modalidad de salud pública se centró en el cambio medioambiental, las medidas preventivas individuales y las actuaciones terapéuticas.

Las enfermeras comunitarias, y en particular las visitadoras de salud, habían comenzado a trabajar de manera muy activa en pro de compromisos para promoción sanitaria. Por ejemplo, apoyando campañas de fomento de la iluminación en las calles, dotaciones recreativas para los menores y mejoras en el transporte público. Otras iniciativas se habían centrado en el trabajo en escuelas de padres, centros clínicos improvisados para jóvenes, centros de asesoramiento en áreas comerciales, proyectos para indigentes, planes de carácter ambulatorio para educación sexual y campañas de “ciudades sanas”. El concepto de atención sanitaria, por tanto, se contempla desde una perspectiva de búsqueda de las aspiraciones de la comunidad con el propósito de averiguar qué les impide adoptar acciones que las hagan más saludables; así como la puesta en práctica de estrategias que respondan a las necesidades de los colectivos. El reto de estos proyectos innovadores se encuentra en la dificultad para cuantificarlos y evaluarlos; y para algunos críticos, es un concepto político peligroso. Estas actividades, sin embargo, transmiten el espíritu de la OMS (1978).

El tema central de la última cuestión que quiero presentar se basa en la recopilación de evidencias de eficacia, es decir de la práctica basada en la experiencia. La creciente demanda y las expectativas de poder prestar atención dentro de las limitaciones de recursos, además de las variaciones en la calidad de la asistencia, han llevado cada vez más al convencimiento de la necesidad de garantizar la efectividad clínica a través de:

- Protocolos y directrices
- Auditorías clínicas
- Sistemas permanentes de perfeccionamiento

El origen de la práctica basada en la experiencia se le atribuye a la labor del Doctor Archie Cochran como prisionero de guerra en la segunda guerra mundial. Él había llevado a cabo diversos tratamientos, de los que algunos tuvieron éxito, otros no, y algunos pacientes mejoraron de todas maneras. El papel de los controles aleatorios se convirtió, de esta manera, en una regla de oro para la atención clínica basada en la experiencia. Se han suscitado, sin embargo, opiniones contrapuestas sobre la conveniencia de aplicar este método de manera generalizada a todos los procesos de atención sanitaria, así como a sus resultados. Sackett (1997) había considerado que la práctica basada en la experiencia consta de cinco fases:

- 1? La necesidad de información se convierte en una pregunta de la que se espera respuesta.
- 2? La evidencia que responde a las preguntas se contrasta con la teoría al respecto.
- 3? El resultado se revalida y se generaliza con rigor crítico.
- 4? La evidencia se aplica a la práctica clínica.
- 5? El trabajo se evalúa a través de auditorías y auto-análisis.

Su opinión consiste en que la evidencia debe combinarse con la experiencia clínica, y no debe sustituirla. En 1998, nuestras autoridades sanitarias elaboraron un proyecto (Servicio de Primera Clase) que describía una estrategia gubernamental para garantizar que los médicos cumplieran con sus responsabilidades a través de un método estructurado para el establecimiento y la gestión de las siguientes normas de asistencia:

- Directrices clínicas (desarrolladas por grupos especializados)
- Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (para fijar niveles nacionales basados en “Nuestro País Sano” y que sirvieran de base para los servicios comunitarios en el futuro.
- Gerencia Clínica (responsable de la prestación de asistencia sanitaria y del cumplimiento de la normativa)
- Comisión para la Mejora Sanitaria (para garantizar que los niveles se sustenten en un marco de valoración y análisis, esto llevará a la publicación de indicadores clínicos sobre rendimiento)

Como podrán observar, los últimos diez años han redundado en una gran actividad en torno a la atención primaria en Gran Bretaña, y las enfermeras de atención comunitaria han respondido con una ampliación del ejercicio de su profesión, asumiendo nuevas responsabilidades y nuevas funciones, en colaboración con sus colegas. Es precisamente la flexibilidad de estos profesionales la que ha permitido que sigan proporcionando un servicio de gran calidad. Sin embargo, no siempre ha resultado fácil adaptarse a estos cambios. La formación ha ido aparejada a ello, y en algunos casos ha sido el motor de estos cambios, a través de formación universitaria en todas las áreas específicas de asistencia comunitaria desde 1994. Para finalizar, aportaré un ejemplo de la adaptabilidad de los profesionales de este sector que se ha denominado Atención Comunitaria Integrada.

La Atención Comunitaria Integrada se ha definido como un equipo interdisciplinar que trabaja en este ámbito de actuación, y que aúna su experiencia, sus conocimientos y su capacidad para proporcionar la mejor atención al paciente, dentro de un centro sanitario o dentro de la comunidad a la que está adscrito. En este caso, los asistentes de área, los generalistas y los visitantes de salud buscan el

asesoramiento mutuo para dar solución a problemas específicos, de naturaleza comunitaria u organizativa. Los problemas se identifican en la valoración en consenso de las carencias sanitarias, y reciben la asistencia de la persona más cualificada dentro del grupo. El proceso implica que cada individuo reflexione sobre su propia competencia técnica, y su aplicación a cada caso. Esto conlleva dejar a un lado algunas prácticas tradicionales y reducir las trivialidades a las que hace referencia Soohill (1995). Ello revalida el compromiso de trabajar en equipo apuntado por Verheij y Kerstra (1993) y, a juzgar por los informes de los que se dispone por el momento, es también extensible al interés por el atractivo de la profesión.

El problema citado en el siguiente ejemplo parte de un aumento demográfico importante en la población mayor de una comunidad. Las funciones de las tres enfermeras se replantean y redistribuyen en consonancia con la necesidad de dar solución a los problemas, a través de un servicio menos restrictivo según se muestra a continuación:

La visitadora de salud administrará vacunas a los menores, disminuyendo así el volumen de trabajo de la enfermera generalista, que podrá ocuparse de los controles clínicos de hipertensión.

La visitadora asumirá la evaluación de promoción sanitaria de los mayores de 75, lo que permitirá que la generalista se ocupe de los controles clínicos de peso y adelgazamiento.

La enfermera generalista asistirá a los centros de asesoramiento de la comunidad para llevar a cabo el reconocimiento (hipertensión y cervicales, la visitadora de salud podrá así dedicar más tiempo a las familias con mayores problemas. Además, asesorará a los familiares de enfermos de Alzheimer en lo que respecta a la modificación de su conducta.

La enfermera de zona dispondrá de más tiempo para visitar a las personas que han perdido a algún familiar.

La enfermera de zona asume algunas de las tareas de la generalista durante su permiso anual.

La enfermera generalista y la de zona se coordinan para el asesoramiento y el seguimiento de la asistencia a domicilio de los diabéticos que no precisan administración de insulina.

La enfermera de zona asesora en las curas y en la recuperación de los pacientes con ulceraciones en los pies a cargo de la enfermera generalista.

La enfermera generalista coordina el trabajo en la clínica.

Todo esto puede parecer muy práctico y sencillo. Sin embargo, en el pasado, puede que estas tres enfermeras no hubieran podido trabajar juntas debido a los distintos mecanismos de financiación y gestión. Hace algunos años, la duplicidad de tareas y la falta de coordinación entre la atención clínica y la domiciliaria ha llevado a una pérdida de tiempo y eficacia en todos los profesionales. Por tanto, el enfoque del grupo integrado ayuda a trazar una línea continua en la prestación del servicio, así como a una mayor motivación que asegura la consecución de objetivos comunes para las comunidades locales. Ello requiere flexibilidad: una redistribución del volumen de trabajo para solventar las necesidades más imperiosas de la población; potenciando la autonomía del personal a la hora de tomar decisiones en consenso con respecto a sus tareas, y aplicando así experiencia profesional a los nuevos problemas desde una perspectiva aperturista. Esta modalidad conforma un modelo de salud pública que aborda las necesidades particulares de la población con eficacia. Por último, cabe señalar que es preciso manejar protocolos comunes que puedan tanto aportar como beneficiarse de la práctica basada en la experiencia.

Anteriormente, he mencionado que en la actualidad contamos con un modelo de asistencia primaria cuyo sistema de financiación ha sido revisado, sobre la base de los métodos de la década de los noventa. El concepto de control de asignación directa de presupuestos a la comunidad se ha visto fortalecido, pasando de la práctica de autofinanciación y de los grupos de contratación local a los grupos de atención primaria. Éstos serán responsables de la contratación de los servicios sanitarios en el futuro, haciendo un seguimiento del rendimiento profesional según las pautas establecidas para promocionar los servicios de salud primaria. Estos grupos están constituidos por equipos de profesionales especializados en este sector que incluyen a: médicos de atención primaria, personal de enfermería y miembros de

comunidad. Cada una de estas unidades recibirá un presupuesto, acorde al volumen de población que atiende, para la cobertura de los costes de los servicios comunitarios y hospitalarios, de organización y de prescripción. El equipo será capaz de determinar la asignación precisa de dichos presupuestos entre los usuarios, combinando los criterios clínicos y económicos a la hora de tomar decisiones. El concepto de equipo de atención primaria es cada vez más evidente en la dispensación de los servicios, con una mayor participación del personal de enfermería en este proceso de gestión. Este método de financiación propiciará más oportunidades para poder aplicar una atención comunitaria integrada. El futuro se perfila esperanzador e interesante, a medida que nos acercamos al nuevo milenio, con un grado de participación sin precedentes dentro de los planes estratégicos para el perfeccionamiento sanitario.

Espero que el hecho de haber conocido nuestra experiencia en el sector sanitario británico les ayude a determinar cuáles son las prioridades presentes y futuras. Éstas son: el empleo de la experiencia y la técnica de nuestros profesionales del sector primario, de manera que se propicien comunidades sanas; la participación en el proceso de toma de decisiones, y la prestación de un servicio de calidad a las familias y a los pacientes de nuestra comunidad.



Ponencia: El liderazgo en enfermería.

Marta Durán Escribano. Profesora Titular de Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

El Liderazgo en Enfermería. Marta Durán Escribano.

Antes de comenzar les diré que la imagen que he escogido como fondo la reconocerán muchos de ustedes. Son las dunas de la playa de Tirajana, de esta isla maravillosa que tiene tanto de magia como de inspiración para artistas y creadores. En este entorno, quisiera agradecer al Comité Científico de éstas Jornadas de Trabajo sobre Enfermería Comunitaria, el permitirme compartir hoy mi reflexión y debate acerca de un campo para mi tan querido como es la atención primaria de salud. De manera especial dedicarle a Loly Izquierdo, mi afecto porque al menos desde hace más de quince años, hemos compartido nuestro trabajo para hacer realidad este sueño y este empeño por la atención primaria. Desde sus inicios, en el principio de la década de los años ochenta he participado muy directamente en la configuración de lo que debería ser la enfermería comunitaria y el diseño de la atención enfermera en el campo del cuidado para la salud. Analizar la situación actual de la enfermería, con perspectiva de futuro y sin perder la memoria histórica de este proceso, es para mi no sólo un reto a compartir con todos ustedes, sino una necesidad permanente para construir un proceso sólido que de respuesta a los requerimientos sociales respecto de la atención enfermera, partiendo de las necesidades de cuidados de las personas y su entorno comunitario. Por ello, me propongo abordar este trabajo desde cuatro enfoques:

- Qué entendemos por liderazgo.
- El campo de liderazgo de la enfermería. La naturaleza de los cuidados.
- Los instrumentos de liderazgo en los cuidados enfermeros.
- El liderazgo de los cuidados. Mito o realidad.

1.- Qué entendemos por liderazgo.

Se atribuye de alguna manera el liderazgo al manejo de una cota de poder. En términos generales, podemos decir que es líder el jefe de un partido político o grupo, al que se le confiere una serie de atributos y caracteres en función del fin que persigue el grupo que lidera. Esto es, es la persona o personas, que tienen la capacidad o poder para hacer cierta cosa. El diccionario ideológico de Casares, define el poder como “Facultad de hacer alguna cosa. Dominio, mando, jurisdicción. Autorización que uno da a otro para que actúe por delegación. Reconocimiento por otros de una facultad”.

Desde esta definición y aplicándolo al campo de los cuidados enfermeros podemos decir que el liderazgo, entendido como uso del poder, parte de unas premisas;

- El contenido de lo que se lidera, el cuidado enfermero, es el campo de poder específico.
- La persona o grupo que lidera, el gestor de cuidados, es aquel al que se le confiere la capacidad para hacerlo.
- El reconocimiento por el entorno del sistema de salud, es la respuesta a una necesidad satisfecha respecto de los requerimientos de cuidados enfermeros y expresada desde el sistema social.

Así cuando hablamos de liderazgo, estamos integrando la administración del poder que se le asigna al líder de los cuidados en su campo específico. Por ello partiendo de una clásica definición de administración, y con el fin de establecer la relación entre liderazgo y poder y la capacidad de administrar el campo de poder, definimos el concepto de administración, en los siguientes términos:

- La administración investiga las formas generales de la organización.
- La administración puede ser considerada como un sistema donde cada función es parte del sistema, el cual funciona como un ciclo continuo.
- Es una disciplina que se ocupa de los métodos que permiten actuar conscientemente sobre la sociedad para alcanzar determinados resultados.

- La administración sanitaria consiste en guiar, organizar, dirigir y controlar los esfuerzos de la colectividad para proteger, fomentar y restaurar la salud de la población.

Diferentes autores consideran la administración como arte y técnica aplicadas, con base en otras ciencias y que aplica el método científico para sus investigaciones. Las modernas teorías de la administración la consideran una ciencia social que tiene como objeto el estudio del ser humano y su desarrollo social. De alguna manera, pudiéramos decir que la administración se justifica a partir del fin social para el que se aplica, la administración aporta la estructura, los recursos y los métodos, para conseguir un fin, esto es unos objetivos que son específicos de un campo determinado de la vida social que se pretende administrar. Así, podemos considerar, la administración financiera, la administración jurídica, la administración comercial, por poner ejemplos, y en nuestro caso la administración de servicios de salud o en un terreno más específico, la administración de cuidados enfermeros, tema éste que es objeto de nuestro trabajo y en el que profundizaremos a lo largo del mismo.

Hasta aquí hemos visto dos conceptos que definen el liderazgo y que son, el concepto de “poder” y el concepto de “administrar”. Ambos conceptos requieren de la necesidad de tener definido el contenido, la naturaleza, la esencia o la razón que justifica el poder y por ende la administración de ese poder ya que por si mismos no tienen un fin específico. Se tiene poder de o para, e igualmente se administra algo predeterminado. No hay poder ni administración, si no hay un contenido o razón social que lo justifique.

En el terreno de la enfermería, siguiendo el razonamiento expuesto diremos que **la administración de los cuidados enfermeros y la razón del liderazgo en enfermería, solamente se justifica desde la esencia de la naturaleza de los cuidados enfermeros**. Esta razón deberá tener una explicación disciplinar desde el conocimiento teórico para dar respuesta a necesidades humanas desde una justificación social. El Profesor Diego Gracia, experto en temas de humanidades médicas, en un profundo debate sobre “Ciencia y Poder”, cuando habla del poder social de la medicina expone, “el criterio básico para definir a un grupo ocupacional como profesión no puede situarse en la educación, ni en la licencia, ni tampoco en la existencia o no de códigos éticos, sino en la autonomía para fijar las propias normas y controlar el trabajo”. Personalmente, comparto con el Profesor Gracia esta reflexión, ya que considero que es aquí donde radica la esencia del liderazgo, cuando aquello que se lidera por un grupo, no puede ser liderado por otros, ya que la sociedad confiere esa cota de poder a ese grupo determinado como experto social en el campo que lidera. Es el reconocimiento social el que atribuye la autonomía al grupo profesional. Si no existe el reconocimiento social del líder, no hay liderazgo.

Cuando un grupo emerge o se inicia en un determinado campo, siempre contará con el reconocimiento por el entorno más inmediato. A mayor reconocimiento social, mayor capacidad de liderazgo. El liderazgo de los cuidados enfermeros, deberá venir en primer término del reconocimiento de sí mismo por el propio grupo profesional. De la credibilidad interna del grupo vendrá el reconocimiento del entorno sanitario y de ello, el reconocimiento de la sociedad en su conjunto. Este hecho, entonces, será la consecuencia de la respuesta social al reconocimiento de la autonomía del propio grupo para resolver la cota de poder que se le asigna, los cuidados enfermeros como disciplina de las ciencias de la salud.

A medida que se acerca el siglo XXI, marcado por la era del conocimiento y la información, la distribución del poder real y del poder formal está cambiando. El poder real se asienta, en la capacidad de respuesta a los problemas sentidos por la sociedad, y explicados desde el conocimiento y el saber específico que determina el propio campo de poder. Todo ello nos está llevando a un cambio de paradigma en el liderazgo, donde ya no es tanto la necesidad de tener asignada una responsabilidad para ejercer tal o cual campo de poder, como el hecho en sí de tener la capacidad para dar respuesta a necesidades concretas de la sociedad en todo el marco que supone los cambios de la nueva era de la información. El reto para las enfermeras está pues en el desarrollo del conocimiento enfermero como respuesta a las necesidades de cuidados de la sociedad. Este cambio de paradigma en el concepto de liderazgo está suponiendo una grave crisis en el contexto de las profesiones a la que enfermería no es ajena. Si bien, la medicina o la abogacía como profesiones tradicionales de reconocido poder social, tienen la crisis establecida al pasar de un poder individualizado y absoluto del médico o del abogado, a un poder compartido al representar en cada acto profesional a la profesión médica o la abogacía en su conjunto, la enfermería como profesión emergente no tiene el temor de perder poder social en ésta situación crítica, porque tradicionalmente su poder estaba ligado a la dependencia médica, la enfermería hoy tiene que ganar su propio espacio de poder y deberá hacerlo desde las estrategias que vienen

marcadas mirando al próximo siglo, asentada en el conocimiento y la capacidad de autonomía en la respuesta a una necesidad social ligada al cuidado de la salud, en ningún caso anquilosada en estructuras o situaciones determinadas por un pasado.

Es evidente que ello conlleva una situación incierta. Citando a Marilyn Ferguson (ob city, J. L. Cebrian, en La Red, 1998), escribió que “un cambio de paradigma implica trastorno, conflicto, confusión, incertidumbre. Los nuevos paradigmas son casi siempre recibidos con frialdad, incluso con burla u hostilidad. Aquellos que tienen intereses creados se oponen al cambio. El cambio exige un punto de vista tan diferente sobre las cosas que los líderes establecidos a menudo son los últimos en acabar por convencerse, si es que se convencen”. Esta perspectiva de Ferguson, nos pone en alerta para comprender la situación de presión permanente a la que enfermería se ve sometida en el cuestionamiento de su liderazgo en los servicios de salud. El liderazgo de los cuidados de enfermería tiene muchos condicionantes en el sistema social actual, por una parte es un campo en creciente demanda social, por tanto van a ser varios grupos quienes propongan su liderazgo para competir en un nuevo mercado, de otra manera es un campo proveniente del conocimiento empírico y en creciente desarrollo hacia el conocimiento estructurado desde la incipiente investigación enfermera, surge en un momento crítico de ordenación de las competencias en materia de salud emerge desde la sociedad de bienestar incorporando instrumentos cualitativos en un medio donde impera el positivismo lógico en el campo de la ciencia, y así pudiéramos profundizar en múltiples variables que pronostican incierto el liderazgo de la enfermería. Caven por tanto diferentes alternativas para abordar la estrategia del liderazgo enfermero, por una parte que la sociedad demande la resolución de una necesidad de cuidados cotidianos condicionada por el modo de vida en el cuidado de los ancianos, de los niños, de los incapacitados, por señalar algunos ejemplos de la necesidad social, y que esto sea resuelto por cuidadores técnicos cualificados, no profesionales, quedando el cuidado profesional ligado al desarrollo tecnológico, o de otra manera, que se desarrolle conocimiento científico acerca del cuidado de la salud, con el nacimiento de una ciencia propia que abarque la conceptualización de la naturaleza del cuidado tanto en su dimensión de cuidado cotidiano como en el cuidado terapéutico, dentro de una disciplina cuyo liderazgo recae en la enfermería, situación que de otra manera viene consolidándose desde la mitad de éste siglo en los países de nuestro entorno cultural y cada vez son más los grupos de estudiosos de la enfermería en nuestro país, quienes defendemos estas posiciones. El liderazgo de los cuidados estará en manos de los denominados expertos, en quienes la sociedad deposite su reconocimiento, entendiendo por experto a aquel que resuelve la demanda social en términos de calidad total. Los expertos por tanto, en éste caso no serían quienes llevan el nombre del poder formal, sino quienes ejercen el liderazgo por el reconocimiento social, que hemos llamado poder real. En este campo, podemos dejar que sean otros quienes cubran esta necesidad social (pedagogos, trabajadores sociales, auxiliares técnicos, médicos, terapeutas, etc.), si no somos capaces de formalizar el liderazgo desde el conocimiento disciplinar. La crisis de la enfermería en el liderazgo de los cuidados es un hecho, pero está surgiendo en un medio donde la crisis de liderazgo está instalada en toda la sociedad. El asentamiento de ésta crisis recogerá sus frutos en función de las capacidades de las distintas cotas de poder que la sociedad demanda y de la capacidad de autonomía de cada grupo para responder desde el conocimiento y el saber profesional, en los diferentes campos demandados por el entorno social.

Las Direcciones de Enfermería entendidas como el poder formal, se deberán justificar si ello lleva de manera implícita el poder real, pero lo que ya es incuestionable es, que hoy no existe ningún otro profesional que pueda suplantar a la enfermería en el liderazgo del cuidado para la salud, explicado en los términos que recogen las nuevas corrientes del pensamiento enfermero. Otro hecho que parte del análisis de la realidad es la vinculación entre el uso del poder enfermero y el contenido disciplinar, en una profesión joven y carente de una estructura de información que hoy es la base para el ejercicio del poder social.

2.- El campo de liderazgo o la naturaleza de los cuidados.

La evolución reciente de la disciplina enfermera establece las bases conceptuales y teóricas y los instrumentos metodológicos, de aplicación en el incipiente campo de la ciencia enfermera. Desde esta perspectiva se desprende que la orientación del servicio enfermero, deberá girar y estar orientado desde aquellos conceptos que la definen en su propia razón de ser.

La enfermería se entiende hoy en nuestro entorno cultural y social, como el campo disciplinar de la profesión enfermera, cuyo eje fundamental es la atención de cuidados para la salud, cuando la persona no tiene conocimientos, motivación o capacidad para resolver sus necesidades de cuidados por sí misma,

requiriendo el cuidado profesional que se oferta en forma de servicio de salud a través de la enseñanza, suplencia o ayuda a la persona que requiere cuidados, cuando la demanda supera las capacidades individuales de la persona y su entorno para llevar acciones del propio cuidado.

La organización sanitaria integra los servicios enfermeros como un recurso del sistema, con capacidad para dar respuesta a las necesidades de las personas y de la comunidad en el campo del cuidado enfermero.

La profesión enfermera hoy y tras un proceso de evolución histórico, comprende un marco específico de conocimiento propio, define una clasificación de problemas susceptibles de ser resueltos desde el campo disciplinar y establece una metodología de aplicación, que permite responder y evaluar la atención de cuidados que dan las enfermeras.

El desarrollo de la disciplina enfermera es una necesidad tanto para la profesión, como para la sociedad en su conjunto, y es a través de la investigación como debemos garantizar un mejor y mayor nivel de cuidados para la salud de las personas desde una perspectiva científica, ética y legal, económica y cultural.

Para definir la naturaleza de la enfermería vamos a considerar aquellos elementos que tanto por su aportación conceptual y teórica como por su contenido en valores que identifican a la enfermería son elementos claves para la definición de la disciplina. De la misma manera, la propia definición de enfermería nos va a determinar los métodos para construir nuevo conocimiento e investigar sobre la forma de hacer enfermería y de producir servicios de salud.

Partiendo de la definición de enfermería desde de una conceptualización propia de la disciplina enfermera, podremos orientar tanto la enseñanza de la enfermería como la planificación y organización de los cuidados enfermeros en los servicios de salud, aportando lo específico del campo de los cuidados al saber general de la administración de la salud e incorporando el aprendizaje de otras disciplinas en la administración de los cuidados enfermeros.

Para ello es necesaria en la estrategia profesional, definir el perfil del gestor de cuidados, entendiendo que lleva de manera implícita la formación en investigación para poder dar una explicación desde el análisis crítico, a la razón de la oferta de servicios enfermeros y de otra manera, es imprescindible el diseño y desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación de prestaciones de cuidados.

De alguna manera estamos diciendo que, *“administrar cuidados enfermeros sin partir de un marco teórico propio y sin integrar la estructura del pensamiento de la ciencia en la gestión de servicios de salud, hoy no es factible”*. Si así fuera, y actualmente en muchas direcciones enfermeras se está dando, no sería necesario un director de cuidados, cualquier técnico experto en gestión de servicios, estaría preparado para asumir éste campo. Es decir, pudiera existir formalmente el director enfermero, pero no existiría el liderazgo de los cuidados en la gestión de los servicios de salud.

3.- Los instrumentos de liderazgo en el cuidado enfermero.

El líder utiliza como instrumentos sus cualidades personales y profesionales y los métodos generales de la administración y gestión en su campo de autonomía propia. En principio las cualidades del líder de los cuidados, no tienen porque estar predeterminadas, en términos generales, son cualidades del líder todas aquellas que le asigna su entorno cuando le confiere el reconocimiento social. Pudiéramos no obstante, definir unas características que identifican al líder profesional.

- Tiene un marco de referencia asentado en el conocimiento científico que delimita el campo que lidera y adapta los cambios derivados del nuevo conocimiento en su área determinada.
- Aporta el conocimiento propio en favor del saber universalizado e integra en el campo de la enfermería el conocimiento de otras disciplinas de las ciencias humanas y de la salud.
- Dirige el grupo que lidera, con talante humano y capacidad crítica y reflexiva adecuando los perfiles profesionales a la provisión del servicio que cada caso requiere.

- Orienta el servicio con criterios de eficiencia y aceptabilidad social a las demandas y necesidades humanas en el campo de los cuidados enfermeros
- Potencia la investigación en el campo de los cuidados para garantizar la oferta de prestaciones de calidad científico-técnica y humana, en el marco general del sistema de salud.
- Establece comunicación y diálogo en el entorno socio-sanitario potenciando la acción interdisciplinar y la cooperación de las distintas fuerzas y medios sociales.

No obstante, los instrumentos de la administración, si bien, son universales para cualquier campo social, cuando los aplicamos al campo de la salud y de la enfermería en particular, en la organización actual del sistema de salud en nuestro país, pudiéramos agruparlos de la siguiente manera, en función de los diferentes aspectos que abarca:

- Respecto de las estructuras administrativas.
 - La Dirección Enfermera como parte de la Gerencia del Área de Salud.
 - Las asignación de responsabilidades enfermeras en el equipo de salud, en Programas de Salud o en Grupos Específicos.
 - Los Departamentos de Enfermería para fines específicos
 - Las Comisiones Funcionales donde participa la enfermera en la organización de salud (Formación Continuada e Investigación, Comisión de Bioética y de la Ética del Cuidado, etc)
- La especificidad enfermera como proveedor de servicios.
 - La determinación disciplinar en el cuidar de la salud.
 - Perfil de la enfermera generalista (formación de pregrado).
 - Perfil de las maestrías y especialidades de enfermería (formación de postgrado).
 - Los contenidos y medios de la formación continuada enfermera y de las ciencias de la salud.
 - El alto número de profesionales enfermeras (más del 50% del total de personal contratado) en el sistema de salud, que incide directamente el coste de los servicios.
 - La accesibilidad y el tiempo dedicado a la atención directa y a la continuidad de los cuidados, que repercute directamente en las cargas de trabajo.
- Los recursos materiales del servicio enfermero.
 - La infraestructura sanitaria para la atención de cuidados, como son las Unidades de Cuidados Hospitalarios, o de atención en Centro de Salud.
 - La utilización de recursos sociales, como son la atención domiciliaria y comunitaria.
 - La tecnología del cuidado, como son todos los instrumentos de aplicación directa, para la ayuda o suplencia del cuidado de las personas y su entorno.
 - Los recursos destinados a la organización y seguimiento para la continuidad de los cuidados, como son los registros o el apoyo de los procedimientos informáticos.
- Referente a los métodos y procedimientos del cuidar.
 - La determinación de necesidades de cuidados en el Servicio de Salud, a partir de los Planes Autonómicos de Salud y El Plan General Directorio de las Instituciones que orientan cada vez más las prestaciones para la prevención de enfermedades y promoción y cuidados para la salud.

- El Contrato Programa en la dirección por objetivos y la Cartera de Servicios Enfermeros, como requerimiento necesario para la oferta enfermera y para la financiación y provisión de servicios.
- La organización y procedimientos de cuidados enfermeros para hacer posible la infraestructura de evaluación de prestaciones a través de Sistemas de Registro e Información.
- La dirección de los procesos de cuidados enfermeros partiendo de un marco que determine la gestión del servicio enfermero.
- La evaluación de resultados en términos de salud (efectividad) y en términos de coste (eficiencia).
- El control de la administración de servicios.
 - La Evaluación del Coste por Procesos y la Contabilidad Analítica se aplicará a los procesos de atención enfermera.
 - Los Case-Mix, aplicados a los casos de prestaciones de cuidados se incorporarán en la evaluación de la producción de servicios.
 - Los Indicadores de Salud y los Indicadores de Gestión deberán incorporar los cuidados enfermeros.
 - El Programa de Garantía de la Calidad comprenderá el cuidar de la salud como prestaciones del servicio enfermero.

Si bien he tratado de hacer referencia a las estructuras en las cuales hoy participa la enfermera profesional en el sistema de salud, nos encontramos que en todo lo referente a las estructuras administrativas, la administración sanitaria hoy cuenta con la Dirección Enfermera incorporada en la Gerencia del Área de Salud y con una división de responsabilidades que se asignan a la enfermería que pudiéramos considerar apropiadas para llevar a cabo una buena gestión de los cuidados enfermeros en los servicios de salud. Igualmente, los perfiles profesionales de enfermera generalista que hoy se forman en el ámbito universitario, establece una curricula disciplinar que es realista con las necesidades de cuidados enfermeros que requiere el sistema de salud y el desarrollo incipiente de las nuevas especialidades que vienen a cubrir las expectativas en el campo de la atención de los cuidados enfermeros. Respecto de los métodos y procedimientos de la administración, hay que reconocer el enorme esfuerzo realizado por el desarrollo de Planes de Cuidados, Manuales de Procedimientos Enfermeros y Sistemas de Registro, que hoy figuran como documentación incorporada al funcionamiento de los servicios de salud. Si bien, tanto las estructuras, como los medios materiales y humanos y los métodos y procedimientos de enfermería, parece que se van haciendo realidad en el propio proceso de la administración de salud, el gran reto a mi manera de ver, está en el último apartado no menos importante, y que hace referencia a los aspectos del Control de la Administración Sanitaria.

Por Control de la Administración hemos contemplado todo lo relativo a la evaluación de la eficiencia por su relación con el coste de los servicios y la calidad, por ello, siguiendo las nuevas orientaciones de los planificadores del sistema de salud vemos como la evaluación de la administración, que en definitiva ha de marcar la orientación de la planificación futura de los servicios, tiene una tendencia cada vez mayor a una orientación de prestaciones de curación de las enfermedades frente a los requerimientos del cuidar de la salud. En las propuestas de evaluación por los Case-Mix (o el estudio de la diversidad de pacientes), no aparecen procesos iniciados desde un marco de cuidados enfermeros. Así, vemos como se incorporan sistemas como los G.R.D. (Grupos Relacionados Diagnósticos), los P.M.C. (Manejo de Pacientes por Categorías), que permiten sobre un mismo diagnóstico de enfermedad, clasificar el tipo de actuaciones médicas que se requiere en cada intervención, los P.S.I. (Índice de Severidad de Pacientes), que elabora una clasificación de los diagnósticos médicos en función de la gravedad en cada caso partiendo de un mismo diagnóstico.

La cuestión por tanto radica sobre qué es lo que entendemos por servicio enfermero. Son prestaciones de atención de cuidados para la salud que oferta el sistema de forma independiente a la atención de

enfermedad o por el contrario no existe servicio enfermero específico. El sistema no contempla la atención de salud, desde los cuidados enfermeros a través del catálogo de prestaciones.

Quisiera en éste sentido hacer algo de memoria ya que en éste país, desde el comienzo de la década de los años ochenta, muy anterior a la aplicación de estos conceptos de evaluación en los servicios médicos, estábamos utilizando las enfermeras, por dar un ejemplo, las “Parrillas de Montesinos” como una de las primeras que manejábamos, en donde se establecían niveles de dependencia de las personas respecto de los cuidados enfermeros y a partir de ello, se calculaban las necesidades de enfermeras en las plantillas de personal, en función de las cargas de trabajo. Si bien en aquél caso la finalidad estaba en el cálculo de recursos y ahora hacemos referencia al coste de los procesos cabe preguntarse también, ¿no es el mismo principio, el que actualmente se está utilizando, relacionando el análisis de los niveles de dependencia con ciertas prestaciones de cuidados y el coste de los procesos de cuidados?. Tenemos experiencias ya contrastadas de Canadá donde utilizan el Case-Mix, P.R.N. (Problemas Relacionados Enfermeros), con resultados. Se han desarrollado posteriormente diferentes experiencias de clasificación de procesos de cuidados en función de la dependencia o de la severidad en la necesidad de cuidados enfermeros, ¿porque no lo estamos aplicando y no estamos validando las experiencias de otros países e investigando nuestras propias necesidades de evaluación de servicios enfermeros?.

Creo que son dos fuertes razones las que nos están llevando a esta situación;

- De una manera, la falta de aplicación del conocimiento enfermero a la administración de los servicios de salud que incorpore el lenguaje de los cuidados en la planificación y evaluación de servicios.
- Por otra parte, la falta de liderazgo enfermero en la gestión de los cuidados, dentro del marco de la administración sanitaria lo que está relegando la planificación de los cuidados en responsables ajenos a la enfermería.

Para profundizar en éste análisis y tratando primero de enunciar los problemas y posteriormente de ofertar alternativas, doy paso a la última parte de este trabajo que he llamado,

4.- El liderazgo de los cuidados. Mito o realidad.

El hecho en sí mismo de que existen las Direcciones Enfermeras, no nos dice nada sino es que, existe la estructura para poder desarrollar el liderazgo formal. Pero ya hemos expresado que éste tipo de liderazgo está en profunda crisis social, por tanto cuestionarse las direcciones enfermeras hoy, no debería significar nada en especial, si no es que la estructura formal nos da la garantía para poder incorporar las demandas profesionales que surgen de la evolución disciplinar y de los propios requerimientos sociales respecto de una atención de cuidados para la salud y el bienestar de las personas. La cuestión radica por tanto, en la necesidad razonada de si existe una justificación o no, de la estructura de gestión de los cuidados enfermeros en el sistema de salud, desde la perspectiva de las necesidades sociales de cuidados y desde la voluntad política de abordarlo desde el sistema sanitario de manera ajena a luchas corporativas de los distintos grupos de presión, para analizarlo en función de la respuesta más adecuada con recursos cualificados en la administración de los cuidados. Obviar este debate de manera rigurosa, supone mantener por inercia un sistema de salud tradicional orientado principalmente para dar prestaciones a la enfermedad. Esta última opción, orientada en la atención a la enfermedad, es sin duda la más factible en la actualidad para obtener resultados a corto plazo, objetivo del sistema actual, condicionado por el alto coste de los servicios de salud y la implantación progresiva de sistemas de gestión económica en donde prima un sistema competitivo que desarrolla programas de autofinanciación y de compra de servicios. No obstante, ha resultado de baja eficacia en los países de nuestro entorno y por citar algún ejemplo haré referencia a la experiencia del Reino Unido donde actualmente está este modelo en profunda crisis.

Las perspectivas de los servicios de salud hoy, están en un profundo proceso de cambio en todos los países de nuestro entorno cultural y hay coincidencia y se ha constatado a través de los estudios elaborados por los gobiernos de diferentes países (Suecia, Reino Unido, Estados Unidos y otros) y de las encuestas sobre la salud de la población, cuyo fin persigue la proyección de los Planes Nacionales de Salud en la mayoría de los países desarrollados, que las prestaciones de salud de manera progresiva, deberán estar orientadas a dar prioridad a las prestaciones del cuidado y mantenimiento de salud como una estrategia de promoción de salud, no sólo para responder a necesidades reales desde una política de bienestar social, sino como instrumento de control y reducción del coste de los servicios de salud.

Resulta paradójico en éste sentido, que nuestra Ley General de Sanidad (1986), así como el Informe Abril (1991) o las Recomendaciones de la Comisión Parlamentaria de Sanidad (1998), describan con su letra la necesaria reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como las propuestas sobre financiación y provisión de servicios y prestaciones, poniendo el mayor énfasis en el eje central del sistema a partir de las necesidades de los usuarios, cuando la realidad cotidiana parece estar dando más credibilidad a posiciones corporativas de grupos de gestores, de profesionales o de proveedores de servicios, dejando al margen el análisis cuantitativo y cualitativo de la realidad social en cuanto a las demandas en prestaciones de los servicios de salud para el próximo siglo. Las perspectivas demográficas y los problemas de salud derivados del modo de vida, exigen un cambio en los perfiles profesionales, dejando para un reducido nivel de atención la salud dependiente de la alta tecnología sanitaria y la alta especialización, orientando los servicios principalmente hacia una atención generalista, cualificada, comunitaria y participativa. En ello, los profesionales de la salud, enfermeras, médicos, terapeutas, trabajadores sociales y otros especialistas, deberemos adaptarnos a los cambios. En éste sentido tenemos que reseñar que de los países de la Unión Europea, es España junto con Grecia quien tiene un porcentaje más bajo de enfermeras por habitantes, mientras que es igualmente España junto con Italia, los países que tienen un mayor número de médicos por habitantes. Queriendo interpretar que la distribución de los recursos en el sistema es un indicador de la orientación del servicio, y que en los próximos años se hace evidente un nuevo planteamiento hacia políticas de bienestar social en el campo de la salud, la planificación de recursos humanos en nuestro país debería estar dirigida a reducir el número de médicos, hecho ya ha comenzado a percibirse en estrategias en éste sentido, y por otro lado, en aumentar el número de enfermeras por habitante, situación ésta de la cual el sistema aún no se ha hecho eco, ni tan siquiera. Tal vez, una vez más, será el contexto de la Unión Europea quien ponga en evidencia esta realidad, en la falta de enfermeras en nuestro país.

Si bien es evidente que la evolución de los cuidados para la salud en la sociedad de bienestar, es un hecho incontestable por el crecimiento demográfico de la población mayor, las incapacidades y minusvalías y las demandas de calidad de vida y salud, como un reto para los países industrializados, el grado de desarrollo de estos cuidados en el medio comunitario va a depender de la orientación de las políticas de salud y de la capacidad de respuesta profesional de cada uno de los colectivos responsables de ello. Así, si el objetivo de la enfermería como profesión es meramente el de justificar la existencia de estructuras administrativas que garanticen la presencia enfermera en las Direcciones de Gestión, estaremos hablando únicamente del liderazgo formal de los cuidados, carente de una orientación disciplinar y de servicio, haciendo de ello un mito, porque en sí mismo no conllevaría la justificación de la oferta de cuidados enfermeros desde una explicación fundamentada. Se puede ser gestor enfermero y restringir la gestión a los recursos humanos de enfermeras o a la evaluación de costes de los recursos que genera la enfermería, pero en ello no hay una delimitación de las prestaciones en términos de salud y que son de respuesta enfermera, por tanto el análisis de resultados no refleja en ningún caso un servicio prestado a la sociedad en la mejora de sus demandas y necesidades de cuidados para la salud. Se podrían dar datos sobre los procedimientos que realizan las enfermeras, pero esta cuestión no responde a indicadores de salud alcanzada en términos de calidad y coste, esto es, en términos de eficiencia. Por tanto, si no existe definición de un marco que delimita los problemas susceptibles de ser atendidos por las enfermeras, no puede haber un sistema de evaluación de resultados en términos de cuidados enfermeros como respuesta a una demanda social. El fin entonces del gestor enfermero es la administración de recursos, no la planificación y evaluación de los servicios de cuidados para la salud que tienen las personas y las poblaciones.

Si por el contrario estamos hablando de partir de un marco de referencia para la administración de servicios de cuidados desde una conceptualización teórica, en la que los instrumentos y métodos del cuidado tienen una explicación demostrada y demostrable en la oferta de servicios, estamos hablando de un liderazgo realista, que parte del análisis de necesidades sociales que tienen respuesta en un marco disciplinar enfermero, que establece una sistematización y procedimientos metodológicos que garantizan la evaluación de los resultados en referencia a la calidad y el coste de las prestaciones y, que informan al sistema sanitario y social de la respuesta profesional y el servicio enfermero en el marco de la atención de salud. Esta manera de gestionar los cuidados no se asienta meramente en justificar lo que hacemos, sino en dar la razón de lo que hacemos, porqué lo hacemos y la medida de la salud alcanzada en relación con la calidad y el coste de las prestaciones de cuidados que dan las enfermeras.

En la últimas décadas, hemos confundido de alguna manera la administración como un fin del sistema de salud, cuando en realidad no es más que un medio para conseguir un fin. Las enfermeras se forman en programas de gestión para alcanzar el lugar de reconocimiento social al liderazgo, pero no se están formando en el propio objetivo de su gestión, la naturaleza de los cuidados enfermeros que es la esencia del liderazgo enfermero. Se aprenden instrumentos y métodos de administración sanitaria como en otros tiempos se aprendieron técnicas de aplicación clínica, muchas de ellas hoy obsoletas. Tratamos de manifestar que la enfermería hoy no es técnica, pero no incorporamos el aprendizaje deductivo en nuestra forma de actualizar el conocimiento, por tanto estamos girando alrededor de un problema cuya respuesta está en la formación de docentes y gestores. Hoy no es posible responder a las expectativas del sistema social en el liderazgo enfermero sin una formación en investigación en el campo específico de la enfermería. Estamos justificando de alguna manera la licenciatura y el doctorado en enfermería para hacer efectivo el liderazgo de los cuidados. No es ésta una utopía, los países de nuestro entorno, Reino Unido Italia, Dinamarca, Portugal y Grecia, Holanda, por no hablar de Canadá o Estados Unidos o los países de América Latina, están con proyectos de licenciatura y doctorado en enfermería como respuesta a una necesidad evidente de justificación social. En España actualmente, se está desarrollando una estrategia de Estudio Propio de Enfermería de Segundo Ciclo, que equivale a los programas de licenciatura y que ya se está llevando a cabo en la Universidad de Alicante, con perspectivas de hacerse extensible en otras universidades. Pero la razón una vez más no es tener un título de grado superior, que no haría más que embaucarnos en el constante estudio al que ya estamos sometidos, sino que deberá responder a las necesidades de formación que hoy requiere el sistema social para la enfermería y en el caso que hoy tratamos, el liderazgo de los cuidados, pasa por la formación y el desarrollo de la investigación enfermera.

La situación actual nos aboca de alguna manera a una crisis permanente en la cual gestores formados técnicamente de forma competitiva, cuando cesan en sus cargos y vuelven a su servicio asistencial de origen se sienten fracasados, por que dejaron una asistencia técnica e hicieron igualmente técnico su paso por la gestión, no aprovecharon su nuevo periodo de formación para profundizar en su profesión, cuando paradójicamente un buen gestor de cuidados antes que un buen técnico de administración, debería ser un excelente profesional enfermero. Los aspectos técnicos de una disciplina son evidentemente necesarios como instrumentos para su desarrollo, pero la técnica carente de un marco de referencia que de sentido y orientación al servicio, es tan sólo eso, una buena técnica. Son otros quienes justificarán en función de sí mismos el servicio, aunque se haya impartido por otro grupo de ocupación o profesión.

Para finalizar, propongo imaginar una situación ideal en un futuro próximo, donde deberá existir una correlación entre los niveles del sistema de salud y un marco enfermero en los servicios;

- **En las Políticas de Salud**, deberá incorporarse el análisis de las necesidades percibidas y sentidas por las personas respecto de su cuidado para la salud y el bienestar. Se hace necesario entonces definir desde una estrategia profesional enfermera, los criterios que permitan al sistema de salud conocer e integrar los conceptos que definen **la naturaleza de los cuidados enfermeros** con el fin de que políticos y gestores reconozcan en la enfermería un recurso del servicio de salud con capacidad de respuesta a requerimientos sociales que se establecen desde las necesidades de cuidados que tienen las personas para el mantenimiento de la vida y la promoción de hábitos saludables, la recuperación de los problemas por alteración de la salud y el bienestar y el cuidado para una muerte digna.
- **En el Sistema Nacional de Salud**, se precisa de un marco que oriente la atención de cuidados definiendo una organización y un procedimiento para el desarrollo de las prestaciones enfermeras en el servicio de salud. Se establece un sistema de evaluación que oriente la planificación de las prestaciones de cuidados para garantizar la calidad y el coste de los servicios que dan las enfermeras. Deberá recaer en el **gestor de cuidados enfermeros**, la aportación específica de los cuidados enfermeros a las personas y su entorno así como las necesidades de la comunidad, pudiendo liderar la oferta del sistema de salud en los servicios enfermeros, incorporando en el lenguaje de la planificación sanitaria (indicadores de salud) y de la evaluación de las prestaciones y procesos (efectividad, eficiencia, aceptabilidad), los problemas de salud que tienen identidad desde la disciplina enfermera y que dan respuesta desde la actuación profesional y fundamentada que dan las enfermeras.
- **La administración y gestión de servicios de salud** deberá ser un proceso que implique la incorporación de un lenguaje común en los profesionales enfermeros respecto de las prestaciones de cuidados en los servicios de salud, y que partiendo de un marco de referencia conceptual permita

definir la delimitación de **las prestaciones de cuidados enfermeros**, ofertando el servicio a partir de instrumentos de sistematización de los cuidados, que garanticen la evaluación de la calidad de las prestaciones. El entorno de los servicios de cuidados enfermeros deberá ser objeto de la gestión de los cuidados, potenciando un medio favorecedor que potencie el desarrollo de la autonomía de las personas respecto de sus cuidados para la salud y el bienestar, siendo el gestor de cuidados enfermeros el responsable de ello.

Para terminar, compartir con ustedes la conciencia de estar sometidos de manera permanente a un nivel de exigencia que nos podemos sentir superados en algún momento. Pero estoy convencida de que la enfermería está hoy donde está porque hemos existido y vivido la profesión como lo estamos haciendo, con talante de rigor y estudio permanente, con respeto ante la incomprensión de muchos por nuestro crecimiento y con una constante dedicación a nuestra profesión que nos permite el reconocimiento del sistema de salud hoy. Es necesario hoy mas que nunca hacer un bloque de unión en la profesión aunque tengamos miradas diferentes y el punto de encuentro deberá ser el discurso por la identidad disciplinar desde la explicación del conocimiento enfermero a nosotros mismos, al sistema de salud y a la sociedad en su conjunto.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA.

- Errasti, F. “Principios de Gestión Sanitaria”. Editorial Diaz de Santos, Madrid, 1997.
- Gracia D. “Ciencia y Poder”. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Cuarta Ponencia, El Poder Médico. Madrid, 1987.
- Cebrián J.L. “La Red. Cómo cambiarán nuestras vidas los medios de comunicación”. Editorial Círculo de Lectores, Madrid 1998.
- Durán M. “La Década de la reforma Sanitaria”, (Ortega, F. y Lamata E.) Capítulo 24, “El Cambio en la Enfermería”. Editorial Exlibris Salud Pública. Madrid 1998.



Guía para los grupos de trabajo. Jornadas Gran Canaria, 4, 5 y 6 de febrero 1999.

Guión para los Grupos de trabajo.

- El proceso.

El Servicio Canario de Salud en el desarrollo de sus líneas estratégicas de futuro ha considerado prioritario el análisis y definición del papel de la enfermera comunitaria como gestora de cuidados. De forma global, el reto clave para la atención primaria es que sus servicios pueden ofrecer paquetes integrales de prevención, tratamientos y cuidados que sean capaces de resolver con calidad la mayoría de los procesos de enfermedad y las necesidades de cuidados de la población. Por ello la atención primaria, y la enfermería en particular, no es ajena al proceso de revisión del papel de los distintos servicios y sus proveedores. La atención primaria constituye la teórica puerta de entrada del sistema, y dentro de ella la labor de la enfermería es básica.

Por ello uno de los proyectos iniciados por el Servicio de Atención Primaria, planificación y evaluación, del Servicio Canario de Salud durante 1998 es el de "Análisis de la situación de la enfermería comunitaria y líneas de desarrollo". Este proyecto comenzó en el mes de junio con los objetivos de revisar el perfil de la enfermería de A.P. y desarrollar líneas de trabajo futuro. Se plantea revisar las tendencias actuales de la enfermería, generar un consenso profesional en torno a las principales líneas de trabajo a desarrollar y pilotar iniciativas concretas de evaluación de servicios.

- Conclusiones: Areas.

Para ello empleamos la siguiente metodología. Se elaboró un documento previo de revisión bibliográfica y de revisión de la evolución de indicadores en nuestra Comunidad. Este documento sirvió de base para grupos de discusión con profesionales de A.P. en Canarias. Se realizaron catorce grupos de discusión homogéneos, con directivos, y profesionales asistenciales médicos y enfermeras. En cada uno de ellos se les solicitó que identificaran los logros, las dificultades y las líneas de trabajo a desarrollar por la enfermería de A.P. Con las ideas consensuadas se elaboró un documento de conclusiones.

Ambos documentos, la revisión bibliográfica y el consenso en los grupos han sido enviados a los equipos, y están sirviendo para identificar profesionales con iniciativas de servicios a consolidar o iniciar.

- Puesta en marcha de proyectos de evaluación.

De forma concreta, a partir del proceso anterior se identificaron varias áreas de interés para desarrollar, potenciar y evaluar servicios para la población. Entre estos:

- a. Actividades técnicas: ekg, espirometría, vendajes funcionales, cirugía menor.
- b. Atención al niño.
- c. Atención al adolescente / joven.
- d. Atención al adulto sano.
- e. Atención al anciano.
- f. Cribaje salud mental: niños / madres, adultos, ancianos, cuidadores.
- g. Atención Domicilio Adultos: ancianos, altas precoces, grupos específicos.
- h. Atención Domicilio Niños.
- i. Grupos: cuidadores, mujeres /niños, crónicos, salud mental.

En estas Jornadas se pretenden revisar estas áreas a evaluar mediante la aportación de expertos, y las discusiones en grupo entre profesionales, de forma que se identifiquen aspectos relevantes para el proceso y profesionales a colaborar.

Tras las Jornadas de trabajo se implementarán y evaluarán los distintos servicios, contemplando en la evaluación aspectos de organización, método, satisfacción y resultados de salud. Esta etapa se plantea durante los años 1999 y 2000.

Estos trabajos deben llevar al desarrollo y consolidación de la cartera de servicios que se oferta desde la atención primaria en general y de la enfermería en particular. Las áreas prioritarias en las que se deben encuadrar los proyectos innovadores son las que marca el Plan de Salud de Canarias, y las necesidades específicas de grupos de población.

- Dinámica.

Cada grupo estará formado por diez - quince profesionales, contando cada uno con un moderador y un secretario.

El objetivo de estos grupos será debatir las cuestiones planteadas favoreciendo la comunicación y participación activa de los miembros, esta participación debe ser crítica y constructiva teniendo en cuenta que existen muchos caminos para llegar a la meta, que se deberá aceptar siempre la discusión y cuando sea necesario la negociación, que todas las aportaciones sin excepción son importantes ya que cada uno aporta una visión complementaria a cada cuestión, debiendo realizarse las propuestas en base a los intereses de la población a la que se dirige.

Una vez debatidas las cuestiones planteadas en cada mesa, se elaboraran las conclusiones y posteriormente se realizará un pleno con todos los participantes, donde cada moderador o secretario expondrá con brevedad las conclusiones de cada grupo, estableciéndose posteriormente un debate general de las mismas.

Las conclusiones de estas jornadas serán remitidas posteriormente a cada uno de los participantes con objeto de que se realicen las aportaciones necesarias para establecer el documento definitivo.

- Guión para la discusión de los grupos.

- ¿ Qué prestaciones concretas se incluirían en este servicio ?
- ¿ Cómo puede repercutir en el usuario y en la Atención Primaria prestar / potenciar este servicio en los Centros de Salud ?
- ¿ Qué medidas organizativas (tiempos, agendas, material...) deben contemplarse para poner en marcha estos servicios ?
- ¿ Qué tipo de formación sería necesaria y cómo la organizaría ?
- ¿ Qué aspectos contemplaría para evaluar este servicio ?

Guión para los moderadores / secretarios de los Grupos de Trabajo.

- Estructura de las sesiones.

Le sugerimos el siguiente esquema a seguir al inicio de la primera sesión de trabajo:

a. Presentación moderador / secretario.

Explicación de los objetivos, la dinámica a seguir y el tiempo disponible.

b. Presentación participantes:

Nombre

Centro.

¿ Porqué eligieron este grupo de trabajo ?

c. Preguntas.

Para discutir en grupo cada una de las preguntas en el tiempo disponible, les sugerimos la siguiente distribución: la mañana del viernes, al menos las dos primeras preguntas, y la tarde del viernes, el resto.

- Sobre las preguntas.

1. Prestaciones:

piensen cómo explicarlo al usuario.

2. Repercusiones:

para el usuario: satisfacción / mejoras percibidas / ganancias

para la atención primaria: cargas de trabajo / factibilidad / competitividad

para la enfermería: satisfacción / cargas de trabajo

3. Medidas:

necesidad de cambios organizativos.

concretar aspectos como: tiempos, métodos, ...

por ejemplo, ¿ qué cambios en la distribución de tiempos se necesitan para poner en marcha cirugía menor ? ¿ cómo afecta esto al compañero de la UAF ? ¿ cómo afecta a otros/as enfermeras ? ¿ cómo afectaría a su actual prestación ?

4. Formación:

qué contenidos se deben contemplar de forma específica

qué sistema le parece mejor: cursos, talleres, seminarios, conferencias, tutorías...

dentro del centro o fuera del centro

la autoformación a partir de bibliografía, grupos de trabajo específicos, ¿ qué papel debe jugar ?

¿ cómo organizarían el seguimiento ? ¿ quién ?

¿ cómo evaluarían el nivel alcanzado ?

¿ la formación previa debe ser un requisito necesario ?

5. Evaluación:

¿ qué aspectos deben ser evaluados de los servicios tratados ?

¿ cree que se debe contemplar la satisfacción del usuario / y del profesional ?

¿ cada cuanto tiempo ?

¿ quién debe evaluar ?

- Algunos aspectos Claves.

Con la discusión en grupos se buscan ideas concretas que puedan guiar / aportar la evaluación de los servicios.

En cada idea hay que valorar su viabilidad / factibilidad.

La participación en el grupo debe ser homogénea.

Es importante centrarse en el tema.

Al término de cada sesión hay que intentar concretar lo visto, una manera puede ser dar una pequeña lectura a las notas tomadas.

En la tarde del viernes, es importante hacer un esfuerzo por concretar los aspectos claves de la discusión de cada grupo de cara a las conclusiones.

¡ Ojo! Dos opciones para las conclusiones del sábado, un informe de cinco minutos de cada grupo, o conclusiones globales, para ello necesitamos un grupo de personas (4 - 5) de los moderadores que trabajen viernes tarde o sábado mañana en un informe pregunta a pregunta. Se prefiere la segunda opción.



Conclusiones comunes de los grupos de trabajo. Jornadas, Gran Canaria, 4, 5, y 6 febrero 1999.

Conclusiones comunes de todos los grupos.

1. *¿ Qué prestaciones concretas se incluirían en este servicio ?*

a. Técnicas:

En ninguno de los dos grupos se amplió la oferta de técnicas ya explicitadas como son ECG, espirometría, vendaje funcional y cirugía menor. En los grupos se comentó la necesidad de difundir las prestaciones que se ofrecían al equipo y a los usuarios mediante los profesionales, carteles y trípticos.

b. Adolescente / joven:

En los dos grupos se comentó la necesidad de creación de una consulta específica al joven, abierta tanto en el despacho del centro o en el instituto, incluyendo medidas de captación activa. Charlas de educación para la salud a los adolescentes, a los padres y a los educadores.

c. Atención al adulto sano:

El grupo del adulto sano ha elaborado un programa de educación para la salud sobre hábitos saludables en materia de alimentación y nutrición.

d. Atención al anciano:

El grupo propuso la consulta específica con condiciones adecuadas al anciano. El trabajo con los cuidadores informales. Coordinación de las prestaciones de recursos sociosanitarios. Atención domiciliaria. Todo ello con un enfoque de educación para la salud.

e. Cribaje de salud mental:

El grupo propuso grupos de relajación, terapias de grupo, asesoramiento, consultas de descarga., consultas especiales con métodos específicos como por ejemplo la escucha.

f. Atención domiciliaria al anciano:

Mejorar la calidad de vida. Evitar desarraigo. Favorecer el apoyo y adiestramiento desde la familia, asesores sobre servicios disponibles y acceso a ellos. Valorar al anciano y a su familia.

g. Alta precoz:

Un grupo enfocó las prestaciones hacia los cuidados de enfermería generales, control al dolor, educación sanitaria y el trabajo del cuidador. El otro grupo abordó cuatro áreas de prestación: a usuarios postquirúrgicos, enfermos terminales, enfermos traumatológicos y postparto.

h. Atención domiciliaria:

Uno de los grupos priorizó en su discusión la continuidad de cuidados del programa de la mujer, visita precoz al domicilio cuando está próximo el parto y visita de asesoramiento sobre los cuidados del recién nacido. El otro grupo se centró en la visita a la población de riesgo.

i. Atención grupal:

Tres grupos de discusión. Desarrollo de hábitos de vida saludable, con tres grandes objetivos: promoción de vida saludable, prevención de enfermedades cardiovasculares y atención a pacientes con patologías crónicas. Atención al grupo orientada al desarrollo de la autoestima y el crecimiento personal del usuario, o formación de grupos concretos (mujeres, cuidadores, jóvenes, técnicas de relajación, tabaquismo...).

2.- *¿ Cómo puede repercutir en el usuario y en la Atención Primaria prestar / potenciar este servicio en los Centros de Salud ?*

Para el usuario:

Mayor accesibilidad, disminución del tiempo de espera, detección precoz de patologías, mayor confianza, mayor conocimiento del personal sanitario, continuidad de los cuidados, ahorro económico, educación sanitaria - prevención y promoción de la salud -.

Mayor satisfacción del usuario y la familia, autonomía y seguridad, aumento de la calidad de vida y detección de factores de riesgo.

En cuanto a lo específico en atención domiciliaria al anciano supone una disminución de la institucionalización y hospitalización y disminución de los problemas potenciales del mayor y la claudicación familiar.

En salud mental supone una disminución del consumo de fármacos.

En el servicio de alta precoz se planteó que este servicio repercutiría en una disminución de la estancia hospitalaria, prevención de riesgos: úlcera, infecciones nosocomiales, y las desorientaciones temporoespaciales en el anciano. Evitar desplazamientos al hospital a la familia, participación de la familia en el proceso de cuidados y aumento de la integración social.

En la atención domiciliaria al niño una gran repercusión en cuanto a disminución de la angustias y temores de la puérpara.

En la atención grupal se piensa que el usuario puede reaccionar con incertidumbre seguido de un cierto grado de interés ante la posibilidad de ampliar conocimientos para mejorar la calidad de vida.

Para la atención primaria y la enfermería.

Se nombraron como repercusiones:

- Ser un filtro par la atención especializada.
- Aumento de la presión asistencial.
- Aumento de la imagen de los servicios de Atención Primaria.
- Aumento o disminución del gasto dependiendo según el servicio prestado.
- Aumento de las cargas de trabajo
- Aumento de la motivación de los profesionales / autoestima profesional y disminución del estrés profesional.
- Adaptación a los nuevos sistemas de registros.
- Aumento de la cartera de servicios a una población a la que no se llega.
- Aumento de la autonomía de los profesionales / competencia.
- Favorece el intercambio de experiencias entre distintos centros.
- Aumento del gasto de formación.
- Disminución del gasto farmacéutico.
- Disminución de los frequentadores.
- Favorece la interacción entre los profesionales del centro de salud.

En el caso específico de la atención domiciliaria al anciano

- El marco de la atención primaria es el marco ideal para la atención domiciliaria del anciano, que es competencia específica de la enfermera.

En el servicio de alta precoz:

- Agiliza la lista de espera hospitalaria
- Aumenta la imagen de enfermera con la asistencia a domicilio.

En el servicio de atención grupal:

- Apertura de nuevos campos como la investigación sobre educación grupal

En la atención domiciliaria al niño:

- Mejora la captación precoz del niño y de la madre a otros programas así como de la captación de niños susceptibles a perderse.

3.- ¿ Qué medidas organizativas (tiempos, agendas, material...) deben contemplarse para poner en marcha estos servicios ?

- Estructurar agendas y redistribuir tiempos.
- Dotar de material didáctico.
- Pilotar con los recursos humanos que se disponen para luego valorar las necesidades a cubrir.
- No voluntarismo.
- Dependiendo de los servicios se plantean distintas organizaciones.
- Mejoras de accesibilidad.
- Adaptarnos a las características de la población juvenil.
- Dar continuidad al servicio.
- Partir de la valoración previa de las necesidades según los servicios.

- Apoyo administrativo.
- Modificar el modelo retributivo con incentivos.
- Implantación de la libre elección de la enfermera.
- Atención domiciliaria en atención continuada.
- ¿Sectorización de domicilios frente a la libre elección de enfermera?
- Enfermeras responsables de un grupo de población.
- Descronificar las consultas.
- Medir cargas de trabajo para distribuir los recursos.
- Recurso de transporte para atención domiciliaria.
- Revisión / creación de protocolos.
- Historia de salud como sistema de registros.
- Efecto dominó.
- Establecer unidades de cirugía menor.
- En uno de los grupo de altas precoces no se llegó a un consenso para el seguimiento de las mismas. En el otro grupo se sugirió la implicación de la gerencia en la interrelación de los distintos niveles así como la creación de la enfermera de enlace. Se insistió en la importancia de la existencia del informe de alta de enfermería. Así como dotar de recurso materiales no disponibles en atención primaria.

- En el servicio de atención grupal se propone :
 - Utilizar la educación grupal como medida para ganar tiempo y ahorrar recursos. Adecuar las estructuras del centro de salud (aulas de salud).
 - Utilizar recursos comunitarios.
 - Establecer grupos de educadores que haga la labor de formador de formadores. Analizar necesidades y elaborar un programa de educación grupal.
 - Mejorar la comunicación gestión - asistencia.
 - Mayor estabilidad en las plantillas de los EAP.
 - Establecer la figura del responsable de programa de educación.

4. ¿ Qué tipo de formación sería necesaria y cómo la organizaría ?

En todos los grupos se vio que era necesario realizar una formación previa y específica. Uno de los sistemas más mencionados fue el de cursos de reciclaje en servicios o centros a elegir.

El tipo de formación depende de cada temática y dependería de una unidad técnica. Esta formación se realizará según todos los grupos dentro de la jornada laboral a excepción de uno que opinaba lo contrario.

La autoformación y predisposición a la formación serían premisas con las que se debe contar .

La formación también se podría realizar en los centros de salud mediante sesiones periódicas de enfermería y casos clínicos.

Introducción de la metodología de trabajo grupal en la formación pregrado.

Intercambio de profesionales entre atención primaria y especializada.

Realización de talleres, tutorías, lectura de bibliografía, asistencia a congresos e intercambios con otros centros de salud.

Algunos grupos de trabajo han hecho una propuesta de contenidos amplia que son específicas de sus áreas:

- Screening de salud mental.
- Atención domiciliaria al anciano y al niño.
- Educación grupal.
 - Juventud y adolescencia.

Los gestores deben promocionar y dar a conocer la formación que tienen los profesionales para favorecer el intercambio entre ellos. Una posibilidad es realizar seminarios estables de profesionales que revisen los servicios apoyados desde la gestión.

Aspectos a evaluar de la formación:

La estructura, el proceso, los resultados y la evaluación.

La evaluación debe hacerse desde la práctica diaria de forma habitual y valorando los resultados obtenidos en cada servicio.

La evaluación de la formación debe ser considerada como un criterio de acreditación del profesional.

La evaluación de los intercambios de profesionales se deben de hacer a través de un informe que se tiene que presentar al equipo.

Se deberían utilizar pruebas previas y posteriores a la formación.

5. *¿ Qué aspectos contemplaría para evaluar este servicio ?*

Se han de incluir aspectos de evaluación de los usuarios: calidad de la atención, satisfacción del usuario y de la familia, logros del aprendizaje, sentimientos de mejoría....

Como requisito para la evaluación se plantea la necesidad de mejorar los registros y que la evaluación sea un proceso continuo.

Evaluar la satisfacción de los profesionales con la prestación de los servicios.

Evaluación externa e interna (del equipo), de la estructura, los procesos y los resultados.

Otros aspectos a evaluar:

- Usuarios incluidos en los servicios.
- Nivel de implantación y cumplimiento de los programas.
- Adherencia a los servicios.
- Consecución de los objetivos de resultados del plan de cuidados.
- Impacto sobre las listas de espera.
- Modificación costes/procesos.
- Impacto en las estancias medias.
- Reingresos de pacientes...

Se han de incluir aspectos cualitativos y cuantitativos en la evaluación. Evaluación del grado de utilización de los recursos de la zona.

Se menciona la importancia de trabajar con el método enfermero como elemento facilitador de la evaluación.

La periodicidad de las evaluaciones dependerán de cada uno de los servicios.



Valoración de las Jornadas.

Valoración de los asistentes a las jornadas.

1. ¿Cómo valora usted el método de trabajo empleado?.

Poco útil

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy útil

Valor	Frec.	%	% Acum.
1	3	2,9	2,9
2	3	2,9	5,8
3	0	0,0	5,8
4	9	8,7	14,6
5	31	30,1	44,7
6	41	39,8	84,5
7	16	15,5	100,0
NS/NC	0	0,0	
TOTAL	103	100,0	100,0

2. ¿Cuál es el nivel de debate que se ha mantenido en su grupo?.

Poco intenso

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy intenso

Valor	Frec.	%	% Acum.
1	0	0,0	0,0
2	5	4,9	4,9
3	3	2,9	7,8
4	8	7,8	15,5
5	20	19,4	35,0
6	41	39,8	74,8
7	26	25,2	100,0
NS/NC	0	0,0	
TOTAL	103	100,0	100,0

3. ¿En qué medida las conclusiones elaboradas representan los modos de pensar de todos los componentes del grupo en el que ha participado?.

Poco intenso

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy intenso

Valor	Frec.	%	% Acum.
1	2	1,9	1,9
2	5	4,9	6,8
3	3	2,9	9,7
4	14	13,6	23,3
5	20	19,4	42,7
6	36	35,0	77,7
7	21	20,4	98,1
NS/NC	2	1,9	100,0
TOTAL	103	100,0	100,0

4. Tal y como ha quedado el tema planteado en su grupo, ¿considera que nuevos encuentros de profesionales organizados en grupos de trabajo podrían ser de utilidad?.

Poca

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Mucha

Valor	Frec.	%	% Acum.
1	1	1,0	1,0
2	1	1,0	1,9
3	2	1,9	3,9
4	5	4,9	8,7
5	6	5,8	14,6
6	15	14,6	29,1
7	73	70,9	100,0
NS/NC	0	0,0	
TOTAL	103	100,0	100,0

5. ¿Podría decir que exposición o intervención le resultó MÁS interesante?

EXPOSICIÓN	Frec.	%
N		
1. <i>Fundamentos socio-económicos de la atención de enfermería en A.P.S.</i>	36	35,0
2. <i>Servicios enfermeros innovadores en A.P.S.</i>	22	21,4
3. <i>El papel de la investigación</i>	16	15,5
4. <i>Situación internacional de la enfermería: el caso británico.</i>	10	9,7
5. <i>Liderazgo en enfermería</i>	4	3,9
6. <i>Proceso de consenso en el análisis de la enfermería desde el S.C.S.</i>	2	1,9
Todas fueron interesantes	5	4,9
Ninguna fue interesante	1	1,0
NS/NC	7	6,8
TOTAL	103	100,0

¿Porqué?

EXPOSICIÓN: *Fundamentos socio-económicos de la atención de enfermería en A.F.S.*

Clara, amena, interesante	16
Útil, práctica	6
Realista, motivador	5
Innovadora	4
Enfoque técnico	1
NS/NC	4
TOTAL	36

EXPOSICIÓN: *Servicios enfermeros innovadores en A.P.S.*

Innovadora y estimulante	11
Útil, aplicable	10
NS/NC	1
TOTAL	22

EXPOSICIÓN: El papel de la investigación.

Novedoso, motivador	8
Aportó información	7
Claridad	1

TOTAL 16

EXPOSICIÓN: Situación internacional de la enfermería: el caso británico.

Novedoso, otra forma de organización	8
Aporta ideas	2

TOTAL 10

EXPOSICIÓN: Liderazgo en enfermería.

Claro y realista	4
------------------	---

EXPOSICIÓN: Proceso de consenso en el análisis de la enfermería desde el S.C.S.

Ajustado y motivador	2
----------------------	---

6. En general, ¿cómo calificaría LA ORGANIZACIÓN de estas Jornadas?

Muy Mal

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Muy Bien

Valor	Frec.	%	% Acum.
1	0	0,0	0,0
2	0	0,0	0,0
3	0	0,0	0,0
4	8	7,8	7,8
5	12	11,7	19,4
6	39	37,9	57,3
7	44	42,7	100,0
NS/NC	0	0,0	
TOTAL	103	100,0	100,0

7. Desde su punto de vista, ¿qué ha sido LO MÁS POSITIVO en cuanto a la organización de las jornadas?.

LO MÁS POSITIVO	Frec.	%
1. Estructura de las jornadas (exposiciones técnicas y trabajo grupal)	48	32,0
2. Intercambio con otros profesionales	42	28,0
3. Motivación, reto, reafirmación	15	10,0
4. Interés, enfoques diferentes (innovación), temas tratados	12	8,0
5. Espacio físico	11	7,3
6. Todo en general	7	4,7
7. Ponencias	4	2,7
NS/NC	11	7,3
TOTAL	150	100,0

8. ¿Y LO MÁS NEGATIVO?.

LO MÁS NEGATIVO	Frec.	%
1. Nada	36	33,0
2. Poco tiempo	20	18,3
3. Escasa difusión de las Jornadas	7	6,4
4. Traducción	7	6,4
5. Grupos cerrados, moderadores dirigentes	7	6,4
6. Sala de grupos	4	3,7
7. Alguna ponencia	4	3,7
8. Otros motivos	13	11,9
NS/NC	11	10,1
TOTAL	109	100,0

9. ¿En general, se han cumplido las expectativas que usted tenía respecto a las Jornadas?.

Muy Poco

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Plenamente

Valor	Frec.	%	% Acum.
1	2	1,9	1,9
2	1	1,0	2,9
3	4	3,9	6,8
4	15	14,6	21,4
5	17	16,5	37,9
6	36	35,0	72,8
7	19	18,4	91,3
NS/NC	9	8,7	100,0
TOTAL	103	100,0	100,0

10. ¿ Qué ha echado en falta ?

FALTA	Frec.	%
1. Nada	29	27,1
2. Tiempo para mayor profundidad de debate	28	26,2
3. Compromiso de continuidad	8	7,5
4. Análisis, marco legal y funciones	6	5,6
5. Temas	6	5,6
6. Participación de los directivos de las Gerencias	5	4,7
7. Ponencias de proyectos canarios	3	2,8
8. Otros motivos	11	10,3
NS/NC	11	10,3
TOTAL	107	100,0



**Evaluación de servicios de enfermería en Atención Primaria de Salud.
Proyecto de investigación en evaluación de servicios.**

Evaluación de servicios de enfermería en Atención Primaria de Salud.

RESUMEN: (Objetivo, Diseño, Ambito del estudio, Sujetos del Estudio, Instrumentalización, Determinaciones)

Objetivos:

Rediseñar servicios: homogeneizar métodos / protocolos / intervenciones.
Crear una red de profesionales asistenciales de la APS que evalúen servicios innovadores.
Identificar las necesidades de los profesionales para cada servicio orientado al usuario.
Medir el impacto sobre el usuario.
Medir los costes de las intervenciones / servicios / procesos.

Diseño:

Estudio cualitativo con grupos focales de profesionales: rediseño de los servicios.
Descriptivo observacional longitudinal.
Casos - controles.
Evaluación costes.

Ambito del estudio:

Consultas médicas - enfermería de APS en Canarias.
Sujetos del estudio:
Usuarios de los servicios.
Profesionales.

Instrumentalización:

Diseño mediante consenso de los protocolos y procedimientos de intervención.
Medición de situación de partida.
Puesta en marcha de los nuevos servicios.
Seguimiento 6 meses - 1 año.
Medición resultados alcanzados y costes.
Análisis de resultados.
Determinaciones:
Inicial / semestral / anual.

OBJETIVOS CONCRETOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

Homogeneizar métodos / protocolos / intervenciones.
Diseño de técnicas / procedimientos / protocolos / intervenciones.
Crear indicadores específicos.

Crear una red de profesionales asistenciales de la APS que evalúen servicios innovadores.

Identificar las necesidades de los profesionales en cada prestación / servicio.
Necesidades de formación.
Necesidades de recursos humanos.
Necesidades de recursos materiales.
Estrategias organizativas específicas.
Satisfacción de los profesionales.

Medir el impacto sobre el usuario.
Eficacia.
Eficiencia.
Calidad de vida relacionada con la salud.
Satisfacción del usuario con los servicios.

Medir los costes de las intervenciones / prestaciones / servicios / procesos.

Costes fijos / variables.

Coste - efectividad.

Coste - utilidad.

Coste - beneficio.

HIPOTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

La reorientación de los servicios hacia el usuario está relacionada con la mejora de los resultados y la mayor satisfacción del usuario.

La implicación de los profesionales asistenciales en el diseño de los servicios se relaciona con mejores resultados y con la mejora de la satisfacción laboral.

La creación de una red de profesionales asistenciales implicados en la evaluación de los servicios se relaciona con una mejoría en la eficiencia y en la satisfacción laboral.

METODOLOGÍA:

(Sujetos de estudio, diseño, variables, recogida y análisis de datos, dificultades y limitaciones del estudio, así como etapas de su desarrollo)

Sujetos de estudio

Usuarios de los servicios.

La inclusión de los usuarios en los distintos servicios se realiza a partir de la cobertura actual de los centros de salud, más los casos nuevos que se detecten / diagnostiquen en el proceso del estudio. En este sentido, uno de los objetivos es evaluar distintas estrategias de captación de pacientes.

Profesionales de Atención Primaria.

La inclusión en cada servicio a evaluar será a partir de profesionales vinculados al proceso de "Análisis de la situación actual y líneas de desarrollo en Atención Primaria" puesto en marcha por el Servicio de Atención Primaria, planificación y evaluación, Servicio Canario de Salud, a lo largo del año 1998. Se pretende con ello configurar un red de profesionales implicados en la evaluación y mejora de los servicios que se prestan en la APS.

Diseño.

Para la reorientación de los servicios se partirá de una metodología cualitativa de consenso entre profesionales sobre los métodos / protocolos / guías clínicas añadido a la revisión de las evidencias disponibles. Este mismo proceso se aplicará al desarrollo de registros e indicadores específicos.

A partir de estos documentos se procederá a un estudio descriptivo longitudinal. Tras ello se realizará un diseño de casos - controles para comparar los resultados de los nuevos servicios frente a los habituales.

Para los estudios de satisfacción de usuarios y profesionales se realizarán encuestas específicas por personal externo a los prestadores de servicios.

Para la evaluación económica se realizarán mediciones de campo de los tiempos y registros específicos de materiales / recursos utilizados. Para ello se usarán los registros disponibles de costes en la APS.

Variables.

Las variables de partida son las disponibles actualmente en la Cartera de Servicios de la APS sobre cobertura y cumplimiento de normas técnicas mínimas. Tras el primer proceso de análisis cualitativo se añadirán variables / indicadores en función de los cambios realizados sobre los protocolos / guías clínicas.

Las variables de satisfacción, y calidad de vida percibida por el usuario se obtienen a partir de cuestionarios específicos validados en nuestro medio.

En las mediciones de las variables se incluirán como factores de confusión el género de los profesionales, la edad de los profesionales, tipo de formación, y los años de experiencia en AP.

Recogida y análisis de datos.

La recogida de datos de los servicios se hará a partir de las Historias de Salud de los pacientes. Para ello se procederá a un sistema de auditoría interna con personal específico para ello o de forma cruzada entre profesionales.

La realización de encuestas de satisfacción se hará por parte de un equipo específico, para ello recibirán entrenamiento previo y adecuado.

Dificultades.

Coordinación de equipos dispersos geográficamente.

Homogeneización de procedimientos.

Formación específica de los profesionales.

Inclusión en la práctica diaria de nuevos registros.

Formación de encuestadores.

Posibilidad de comparar con otros estudios, debido a la posible generación de indicadores específicos y la ausencia de estudios similares en nuestro entorno.

Limitaciones del estudio.

Tamaño de la muestra, condicionada por la participación de profesionales adscritos al proceso.



Una propuesta de mejora para la Atención Domiciliaria: la Enfermera Comunitaria de Enlace.

**Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.
Servicio Canario de Salud. Borrador. Septiembre 1999.**

Introducción.

En los últimos años estamos asistiendo a una transición en el patrón demográfico de la población, con un progresivo envejecimiento de ésta. Se estima que en el año 2010 la población mayor de 65 años será del 14,02% en Canarias (1). Especial atención merecen los “mayores de los mayores” (más de 75 años), que actualmente representan el 39.2% del total de la población mayor de 65 años (2). Esto provoca un cambio en las necesidades de salud de nuestra población, como respuesta a ello los servicios sanitarios de Atención Domiciliaria se están potenciando en toda Europa.

En la actualidad la Atención Domiciliaria es prestada fundamentalmente por los equipos de Atención Primaria. Estos profesionales soportan un aumento progresivo de la demanda de la población (3), tanto en domicilio como en consulta, por ello la continuidad de la atención en los domicilios es desigual y especialmente difícil en los enclaves con mayor número de casos confinados, o con necesidades de cuidados en el hogar.

Los receptores de estos servicios son diversos, no obstante el grupo más susceptible de recibirlo es el de personas mayores con pluripatología y deterioro funcional, con dificultad para valerse por ellos mismos, o bien personas con procesos terminales que necesitan cuidados paliativos en el hogar. Se estima una prevalencia del 11% de la población mayor de 65 años (4). Los servicios están basados en la mayor necesidad de cuidados de ésta población, y en la sobrecarga de trabajo que conlleva para la familia. Por ello en estos casos los esfuerzos deben ir dirigidos tanto a la asistencia hacia el paciente encamado / confinado, como a la educación y soporte de los cuidadores familiares / informales que los cuidan en el núcleo familiar.

Por otra parte en los municipios existen redes más o menos formales de ayuda domiciliaria, con desigual capacitación profesional (5). En estos casos se debería potenciar la coordinación y mejora de la formación de los recursos sociales y sanitarios existentes en cada Zona Básica de Salud. En este sentido, dentro del primer objetivo del Plan General de Servicios Sociales de Canarias, en lo referido a las personas mayores, se establece que “será preciso establecer mecanismos de coordinación entre los servicios Sociales y el Servicio Canario de Salud, para favorecer la autonomía de las personas mayores, con una especial atención a actuaciones para prevenir y en su caso compensar procesos invalidantes”.(6)

El Plan de Salud de Canarias (7) en lo referente a las personas mayores establece como objetivos generales, la mejora de la esperanza de vida, el aumento de la expectativa de vida libre de enfermedad e incapacidad, y favorecer la permanencia en su domicilio y entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible. Los objetivos específicos van del 90 al 115, agrupados según reducción de riesgos, mejora en la oferta de servicios, formación y educación para la salud, y necesidades de información.

En nuestra comunidad autónoma se está desarrollando el Programa Integral de Atención Sociosanitaria a las Personas Mayores de Canarias (8), con el trabajo conjunto del Servicio Canario de Salud, la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales y los Cabildos. Este programa contempla un apartado específico para la Atención a Domicilio. Asimismo, dentro de este plan, hay grupos de trabajo intersectoriales para definir las competencias dentro del espacio sociosanitario en el que se desarrolla la atención.

La propuesta para la mejora de la atención domiciliaria desde la atención primaria que presentamos, se enmarca dentro de un programa de desarrollo de la “enfermería de atención primaria como gestora de cuidados” abierto desde el Servicio de Atención Primaria en el año 1998. Este programa es parte del desarrollo de las líneas propuestas en el “Plan Estratégico: visión de futuro del SCS” (9). Este programa busca analizar la situación de partida y reorientar los servicios que prestan o deban potenciarse en el futuro las enfermeras de atención primaria.

Por ello el proyecto se basa en la figura de una enfermera que gestione los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la zona. A esta figura la hemos denominado Enfermera Comunitaria de Enlace. Esta enfermera hará una valoración específica del paciente anciano, enfocada fundamentalmente a detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y paliar los existentes. Realizará educación y prestará apoyo al cuidador principal, de forma individual y grupal, con el objetivo añadido de que estos grupos puedan posteriormente funcionar como grupos de apoyo emocional. Además esta enfermera podría ser el eslabón entre la atención hospitalaria y la

domiciliaria. Entendiendo, en un primer momento, este aspecto como la posibilidad de tener un profesional de referencia en el Centro de Salud, que sea el eje de la comunicación con el nivel de atención especializada.

En definitiva, se propone con este proyecto desarrollar una experiencia piloto en dos Zonas Básicas de Salud de Canarias (Arucas e Icod de los Vinos), que permita evaluar fórmulas de trabajo en la atención domiciliaria a las personas mayores, contemplando el trabajo coordinado e interdisciplinar entre los profesionales, las personas mayores y sus familias, las redes sociales formales e informales, y la comunidad en su conjunto.

- (1) SCS. Mortalidad y Fecundidad en Canarias 1980-1992. Proyecciones de Población. 1995
- (2) Instituto canario de estadística. Encuesta de población 1996.
- (3) SCS. Memoria 1996.
- (4) SCS. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. SCS. 1999.
- (5) Viceconsejería de Asuntos Sociales. Plan General de Servicios Sociales.
- (6) Viceconsejería de Asuntos Sociales. Plan General de Servicios Sociales, personas mayores, pág. 149.
- (7) SCS. Plan de Salud de Canarias. B.O.C. nº 41 de 13 de Marzo de 1997.
- (8) SCS. Programa Integral de Atención Sociosanitaria a las Personas Mayores de Canarias. 1998.
- (9) SCS. Plan Estratégico: visión de futuro del SCS. 1998 - 99.

Población Diana.

Personas mayores de 65 años y sus cuidadores principales de las Zonas Básicas de Salud de Arucas e Icod de los Vinos, que reúnan los criterios de inclusión establecidos en el Programa de Atención a las Personas Mayores de Canarias. La Zona Básica de Salud de Icod de los Vinos incluye a los municipios de Icod de los Vinos, El Tanque y Garachico.

Los criterios de inclusión en atención domiciliaria que establece el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria son los siguientes:

- Personas mayores con patologías altamente incapacitante, física y/o mental.
- Personas mayores con reciente alta hospitalaria que continúen en convalecencia hasta que se recuperen y puedan desplazarse al centro.
- Personas mayores con patología terminal.
- También son objeto de atención domiciliaria todo familiar que es cuidador/a principal de un paciente incapacitado físico y/o mental.
- Igualmente, se debería incluir a los mayores de 80 años, con o sin imposibilidad de acudir al centro para valorar la situación sanitaria y/o social y decidir si la atención domiciliaria se considera oportuna. La inclusión de este grupo de población dependerá de las posibilidades del EAP, pudiendo establecerse otros criterios de priorización que parezcan importantes (que vivan solos...).

La prevalencia estimada de personas susceptibles de recibir esta atención, según el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria, es del 11% en mayores de 65 años. Esto supone en Arucas 495 personas y en Icod 470 (según los datos de población adscrita a estas zonas de salud en Junio de 1999), añadiendo a ellos sus cuidadores, que deben suponer un número similar. La medida nº 4 del Plan General de Servicios Sociales de Canarias, en lo referente a las personas mayores plantea “extender la cobertura del servicio de Ayuda a Domicilio, al 8% de las personas mayores de 65 residentes en Canarias en un primer tramo (hasta el año 2004) y el 10% en una segunda etapa (hasta el año 2008)”.

Marco de la intervención.

El Plan de Salud de Canarias en lo referente a las personas mayores establece como objetivos generales, la mejora de la esperanza de vida, el aumento de la expectativa de vida libre de enfermedad e incapacidad, y favorecer la permanencia en su domicilio y entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible.

Los objetivos específicos del Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria son:

1. Captar e incluir en el programa a la población mayor de 65 o más años de la Comunidad Autónoma de Canarias, en especial a los grupos de riesgo.
2. Valorar y controlar periódicamente a la población captada (≥ 65 años), según necesidades, por edad y estado de salud.
3. Realizar cribado de riesgo e las personas mayores, según pauta establecida en el programa.
4. Actualizar el calendario vacunal en los pacientes incluidos en el programa.
5. Promover la incorporación de conocimientos que favorezcan la adquisición de hábitos saludables en relación a la dieta, ejercicio, hábitos tóxicos (alcohol y tabaco), automedicación y utilización del ocio.
6. Incluir en el protocolo y prestar atención domiciliaria a toda persona mayor incapacitada y/o de riesgo, que cumpla criterios según algoritmo del protocolo.
7. Fomentar la creación de un dispositivo de apoyo a los cuidadores de pacientes mayores discapacitados.

Para el logro de los anteriores objetivos de debe potenciar y mejorar la atención a las personas mayores confinadas y sus cuidadores desde una triple perspectiva:

- El equipo de atención primaria de referencia.
- Los servicios sociales municipales.
- El trabajo coordinado con los servicios de atención especializada.

Objetivo.

Evaluar una propuesta de organización para la Atención Domiciliaria a las Personas Mayores, que contemple el trabajo coordinado e interdisciplinar entre los profesionales de la atención primaria, las personas mayores y sus familias, y las redes sociales formales e informales.

Objetivos Específicos.

Los objetivos específicos de atención de este proyecto son los siguientes:

1. Favorecer la atención domiciliaria desde los EAP de Arucas e Icod a toda persona incapacitada y / o de riesgo, que cumplan los criterios establecidos en el Programa de Atención a las Personas Mayores de Canarias.
2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.
3. Facilitar la prestación de la atención domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.
4. Crear y/o mantener mecanismos de coordinación del equipo de atención primaria con la red social.
5. Conocer y mejorar los mecanismos de coordinación con otros niveles asistenciales.
6. Potenciar circuitos de recogida y reutilización de material específico para la atención domiciliaria.
7. Evaluar el impacto económico de la propuesta de mejora de la atención domiciliaria.

Actividades.

El programas de atención de referencia con el que trabajarán estos profesionales es el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. A partir de este programa se pueden desarrollar protocolos específicos adaptados a las necesidades de cada Zona Básica de Salud.

Las actividades a desarrollar para cada uno de los objetivos mencionados anteriormente son las siguientes:

1. Favorecer la atención domiciliaria desde los EAP de Arucas e Icod a toda persona incapacitada y / o de riesgo, que cumplan los criterios establecidos en el Programa de Atención a las Personas Mayores de Canarias.

1.1 Captar a todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria.

Los criterios de inclusión en Atención Domiciliaria establecidos por el programa son los siguientes:

- Personas mayores con patologías altamente incapacitante, física y/o mental.
- Personas mayores con reciente alta hospitalaria que continuen en convalecencia hasta que se recuperen y puedan desplazarse al centro.
- Personas mayores con patología terminal.
- También son objeto de atención domiciliaria todo familiar que es cuidador/a principal de un paciente incapacitado físico y/o mental.
- Igualmente, se debería incluir a los mayores de 80 años, con o sin imposibilidad de acudir al centro para valorar la situación sanitaria y/o social y decidir si la atención domiciliaria se considera oportuna. La inclusión de este grupo de población dependerá de las posibilidades del EAP, pudiendo establecerse otros criterios de priorización que parezcan importantes (que vivan solos...).

Para facilitar la búsqueda de casos recomendamos una secuencia de captación activa. Los criterios para establecer esta secuencia han sido la carga de problemas conocidos y la accesibilidad hacia estos usuarios. La secuencia es:

- . Personas ya incluidas en Atención Domiciliaria.
- . Personas mayores de 80 años incluidas en programas de atención a crónicos.
- . Personas mayores de 80 años no incluidas en el punto anterior.
- . Personas entre 75 y 79 años incluidas en algún programa de problemas crónicos.
- . Personas entre 75 y 79 años no incluidas en algún programa de problemas crónicos.
- . Personas entre 65 y 74 incluidos en algún programa de problemas crónicos.
- . Personas entre 65 y 74 no incluidos en algún programa de problemas crónicos.
- . Personas que acuden a consulta de las enfermeras.
- . Personas que acuden a consultas de profesionales distintos a la enfermera.
- . Personas que tienen servicio de ayuda domiciliaria desde servicios sociales.

Las fuentes de captación pueden ser los siguientes registros:

- listados de Tarjeta Sanitaria,
- fichas administrativas,
- historias de salud,
- libros de visita domiciliaria

1.2 Prestar atención integral a las necesidades de cada persona captada.

Cada persona debe ser atendida desde una perspectiva integral. Esta atención integral debería contemplar una valoración global enfocada a la detección y prevención de problemas de salud. Según los problemas detectados se establecerá un plan de cuidados específico. En este plan de cuidados participarán todos los profesionales implicados en la atención directa. Toda la información recogida, los problemas detectados, la planificación de las intervenciones y su seguimiento y posterior evaluación debe utilizar como soporte la Historia de Salud de Atención Primaria. En aquellos casos donde no se cuente con Historia de Salud una actividad prioritaria será cumplimentarla.

En los casos nuevos que aparezcan, los criterios de prioridad en la atención deben ser aplicados de forma conjunta por la UAF de referencia y la enfermera de enlace.

Las actividades a realizar se contemplan en los distintos programas y protocolos vigentes. De forma concreta para la realización de la valoración integral de las personas (confinado y cuidador) se usará la estructura de valoración por patrones funcionales. (Anexo 1)

2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

2.1 Captar a los cuidadores principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria.

La secuencia de captación y la elaboración del censo se realizará de forma paralela al censo de confinados.

2.2 Prestar atención integral a los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Cada cuidador será valorado desde una perspectiva integral. Según los problemas detectados se establecerá un plan de cuidados específico. En este plan de cuidados deben participar todos los profesionales implicados en la atención directa. Los criterios de prioridad en la atención deben ser aplicados de forma conjunta por la UAF de referencia y la enfermera de enlace.

Las actividades especificadas en cada uno de los protocolos requieren el uso de la Historia de Salud como registro básico de éstas. En aquellos casos donde no se cuente con Historia de Salud una actividad prioritaria será cumplimentarla.

Las actividades concretas a realizar se contemplan en los distintos programas y protocolos vigentes, en particular los incluidos en el Programa de Atención a las Personas Mayores de Canarias. De forma concreta para la realización de la valoración integral del cuidador se usará la estructura de valoración por patrones funcionales. (Anexo 1).

2.3 Ofrecer formación específica a los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Esta formación se ofrecerá de forma individual y de forma grupal. El aspecto individual será cubierto de forma concreta en cada uno de los casos incluidos según sus necesidades específicas.

Para la oferta de formación grupal, a partir de los protocolos disponibles en el Programa de Atención a las Personas Mayores de Canarias y en la Guía de Práctica Clínica sobre Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, se ha desarrollado un Taller básico de formación para los cuidadores (Anexo 2). Este taller será la oferta básica de formación grupal, al que podemos añadir talleres de relajación y de soporte emocional.

Se deben contemplar medidas de apoyo para los cuidadores que asisten a los talleres, a fin de que los confinados estén atendidos en el período de tiempo que ocupe el desarrollo del taller.

2.4 Promover redes de apoyo, formales e informales, para los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Partiendo del análisis de la realidad de la zona (Asociaciones de vecinos, Cáritas, ONGs...), se identificarán profesionales clave que puedan ayudar al desarrollo de la red (psicólogos, trabajadores sociales, párroco...) y se potenciarán grupos de autoayuda.

Se promoverá la realización de un encuentro con todos los implicados que favorezca la consolidación de la red de apoyo.

3. Facilitar la prestación de la atención domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.

3.1 Revisar y ofrecer modelos de actuación para la atención domiciliaria.

Integrar en las actividades programadas de formación del centro, sesiones específicas sobre la atención domiciliaria. Realizar revisiones puntuales con profesionales, para adaptar actividades establecidas en los protocolos a situaciones específicas de la ZBS.

3.2 Facilitar alternativas de actuación con los cuidadores principales.

Revisar con cada equipo la problemática específica de cada uno de los cuidadores, para proponer medidas que faciliten la accesibilidad y la atención de estos.

Integrar en la cartera de servicios del equipo de atención primaria la oferta de formación reglada a los cuidadores principales.

3.3 Mantener y / o mejorar la satisfacción de los profesionales.

Proporcionar al equipo feedback de la evolución de casos, formación específica, y coordinación con los recursos sociales existentes. Evaluar el impacto de estas actividades en distintos aspectos de la satisfacción de los profesionales.

4. Crear y/o mantener mecanismos de coordinación del equipo de atención primaria con la red social.

4.1 Elaborar o rediseñar protocolos de actuación conjunta del equipo de atención primaria y las redes sociales para la atención domiciliaria.

Realizar reuniones de presentación del proyecto a los distintos agentes sociales. Se realizarán reuniones con miembros del equipo y de los servicios sociales donde, tras la revisión de la documentación que maneja cada parte, se llegará al consenso sobre los criterios a utilizar.

Elaborar un acuerdo de colaboración, que entre otras cuestiones contemple la participación del EAP en la formación de los cuidadores formales dependientes de los servicios sociales.

4.2 Consensuar con las redes sociales una guía de recursos sociosanitarios de la zona.

Crear un grupo de trabajo para la elaboración de una guía de los recursos sociosanitarios de las Zonas Básicas de Salud, que ha de contemplar la perspectiva del usuario y de los profesionales.

5. Conocer y mejorar los mecanismos de coordinación con otros niveles asistenciales.

5.1 Identificar los mecanismos de transmisión de información entre niveles asistenciales.

Conocer y consensuar con los profesionales los criterios utilizados, para compartir información con otros niveles asistenciales.

5.2 Identificar las personas incluidas en la atención domiciliaria que han recibido atención desde otros niveles asistenciales.

Llevar un registro específico a partir del censo de casos.

6. Potenciar circuitos de recogida y reutilización de material específico para la atención domiciliaria.

6.1. Facilitar la recuperación de material ortoprotésico.

Se establecerá un circuito que gestione la recogida y reciclaje de los materiales contemplados en la normativa de prestaciones ortoprotésicas vigentes.

6.2. Facilitar la recuperación de otros material específicos de atención domiciliaria.

7. Evaluar el impacto económico de la propuesta de mejora de la atención domiciliaria.

Evaluación.

La evaluación girará alrededor de los siguientes aspectos:

- la resolución de los problemas de salud de las personas receptoras de atención domiciliaria y sus cuidadores principales.
- la calidad de vida relacionada con la salud de las personas receptoras de atención domiciliaria y sus cuidadores principales.
- la satisfacción con la recepción del servicio de los usuarios.
- la satisfacción con la prestación del servicio de los profesionales del EAP.

- la mejora de los indicadores de la cartera de servicios del EAP.
- la evaluación económica del servicio.

Los indicadores concretos desglosados según los objetivos son:

Objetivo 1. Favorecer la atención domiciliaria desde los EAP de Arucas e Icod a toda persona incapacitada y / o de riesgo, que cumplan los criterios establecidos en el Programa de Atención a las Personas Mayores de Canarias.

A 1.1. Captar a todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria.

Resultado: Aumento de la cobertura.

Indicador: *Nº de casos / 11% mayores de 65 años.*

Como información adicional para desarrollar el proyecto:
% para cada grupo de edad especificado en la secuencia de captación
% para cada procedencia de captación
Nº de historias nuevas / Nº de casos historiados

A 1.2. Prestar atención integral a las necesidades de cada persona captada.

Resultado: Valoración multidimensional y plan de cuidados por paciente.

Indicador:

Nº de casos que cumplen criterios mínimos / nº de casos incluidos.

Nº de visitas a domicilio a pacientes incluidos / nº de casos incluidos.

Se consideran criterios mínimos, cuando se encuentra registrado en la Historia de Salud:
- valoración multidimensional del usuario, (valoración por patrones funcionales de salud)
- plan de intervención / cuidados: siempre debe incluir actividades de promoción y prevención.
- planificación de la frecuencia de visitas

Resultado: Resolución de problemas de salud.

Indicador: *Pendiente de desarrollo.*

Resultado: Mejora de salud, como Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Indicador: *Calidad de Vida Relacionada con la Salud.*

Resultado: Satisfacción de usuarios.

Indicador: *Encuesta de satisfacción de usuarios.*

Estos indicadores pueden ser ampliados mediante evaluación cualitativa con entrevistas en profundidad, y/o grupos focales con usuarios y profesionales.

Objetivo 2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

A 2.1. Captar a los cuidadores principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria.

Resultado: Aumento de la cobertura.

Indicador: *Nº de cuidadores conocidos / Nº de casos en Atención Domiciliaria.*

Como información adicional para desarrollar el proyecto:
% para cada paso de la secuencia de captación

% para cada fuente de captación

A 2.2. Prestar atención integral a los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Resultado: Valoración multidimensional y plan de cuidados por paciente.

Indicador:

Nº de cuidadores que cumplen criterios de atención integral / Nº de cuidadores incluidos.

Se consideran criterios mínimos, cuando se encuentra registrado en la Historia de Salud:
- valoración multidimensional del usuario, (valoración por patrones funcionales de salud) Anexo 1.
- plan de intervención / cuidados: siempre debe incluir actividades de promoción y prevención.
- planificación de la frecuencia de visitas

Resultado: Resolución de problemas de salud.

Indicador: *Pendiente de desarrollo.*

Resultado: Mejora de salud, como Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Indicador: *Calidad de Vida Relacionada con la Salud.*

Resultado: Satisfacción de usuarios.

Indicador: *Encuesta de satisfacción de usuarios.*

Este indicador puede ser ampliado mediante evaluación cualitativa con entrevistas en profundidad, y/o grupos focales con cuidadores.

A 2.3. Ofrecer formación específica a los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Resultado: Puesta en marcha de talleres de formación. Anexo 2.

Indicador: *Nº de asistentes / Nº de cuidadores.*

Este indicador será completado a partir del desarrollo del taller de formación a cuidadores. Debería contemplar información sobre asistentes por sesión, nº de invitados , cumplimiento de criterios de formación ...

Resultado: Aumento de conocimientos específicos.

Indicador: *Encuesta de conocimientos incluida en Taller. Anexo 2.*

Resultado: Mejora de cuidados a confinados.

Indicador: *Pendiente de desarrollo.*

A 2.4. Promover redes de apoyo, formales e informales, para los cuidadores principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Resultado: Desarrollo de la red social de apoyo.

Indicador: *Informe cualitativo de la experiencia.*

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- estrategias,
- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,

- criterios desarrollados.

Resultado: Encuentro de integrantes de la red social.

Indicador: *Específicos.*

Objetivo 3. Facilitar la prestación de la atención domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.

A 3.1. Revisar y ofrecer modelos de actuación para la atención domiciliaria.

Resultado: Identificar problemas, alternativas y elaborar recomendaciones.

Indicadores: *Informe cualitativo de la experiencia*

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- estrategias,
- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,

Resultado: Formación específica.

Indicadores: *Informe cualitativo de la experiencia.*

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- estrategias,
- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,
- contenidos de la formación,
- asistentes.

Estos indicadores pueden ser ampliados mediante evaluación cualitativa con entrevistas en profundidad, y/o grupos focales con profesionales.

A 3.2. Facilitar alternativas de actuación con los cuidadores principales.

Resultado: Identificar problemas, alternativas y elaborar recomendaciones.

Indicador: *Nº de consultas por cuidador al centro de salud.*

Informe cualitativo de la experiencia.

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- estrategias,
- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,
- recomendaciones específicas.

Resultado: Oferta de talleres de formación dentro de la cartera de servicios del EAP.

Indicador:

Específicos en el Taller de formación de cuidadores.

Resultado: Formación a miembros del equipo para que desarrollen talleres de formación.

Indicador: *Informe cualitativo de la experiencia.*

A 3.3. Mantener y / o mejorar la satisfacción de los profesionales.

Resultado: Aumento en la satisfacción de los profesionales del EAP.

Indicador: CSLPS - EAP. Encuestas de satisfacción laboral a profesionales de EAP. Anexo 3.

Peiró Silla, J.M. González Romá, V. Zuniaga Llorens, R. Ramos López, J. Bravo Sánchez, M.J. El cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de equipos de atención primaria (CSLPS - EAP). Revista de Psicología de la Salud, 1989, volumen 1, nº 2, pág. 135 a 174.

Los factores de satisfacción que contempla esta encuesta son: satisfacción con...

1. el equipo.
2. la retribución e incentivos.
3. las condiciones ambientales del lugar de trabajo y medios del equipo.
4. intrínseca al trabajo.
5. la elección y actuación de los coordinadores.
6. la empresa y las relaciones con otras unidades.
7. la carga de trabajo.
8. el grado de autonomía en el trabajo.
9. los procedimientos para cubrir sustituciones y vacantes.
10. los usuarios.
11. las promociones y la normativa.
12. la definición, planificación y evaluación de objetivos y actividades.
13. la estabilidad en el empleo, el horario y las guardias.
14. la coordinación con otras unidades y con la composición del equipo.

Estos indicadores pueden ser ampliados mediante evaluación cualitativa con entrevistas en profundidad, y/o grupos focales con profesionales.

Objetivo 4. Crear y/o mantener mecanismos de coordinación del equipo de atención primaria con la red social.

A 4.1. Elaborar o rediseñar protocolos de actuación conjunta del equipo de atención primaria y las redes sociales para la atención domiciliaria.

Resultado: Protocolo consensuado con criterios y algoritmos de actuación.

Indicador: Documento de protocolo.

Informe cualitativo de la experiencia.

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- estrategias,
- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,
- recomendaciones específicas.

Estos indicadores pueden ser ampliados mediante evaluación cualitativa con entrevistas en profundidad, y/o grupos focales con profesionales.

A 4.2. Consensuar con las redes sociales una guía de recursos sociosanitarios de la zona.

Resultado: Guía de recursos sociosanitarios de la zona útil para usuarios y profesionales.

Indicador: Guía.

Informe cualitativo de la experiencia.

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- estrategias,
- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,

- recomendaciones específicas.
Estos indicadores pueden ser ampliados mediante evaluación cualitativa con entrevistas en profundidad, y/o grupos focales con profesionales

Objetivo 5. Conocer y mejorar los mecanismos de coordinación con otros niveles asistenciales.

A 5.1. Identificar los mecanismos de transmisión de información entre niveles asistenciales.

Resultado: Conocer los mecanismos de comunicación formales e informales.

Indicador: *Informe cualitativo de la experiencia.*

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- criterios,
- estrategias,
- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,
- recomendaciones específicas.

Estos indicadores pueden ser ampliados mediante evaluación cualitativa con entrevistas en profundidad, y/o grupos focales con profesionales

A 5.2. Identificar las personas incluidas en la atención domiciliaria que han recibido atención desde otros niveles asistenciales.

Resultado: Descripción de casos incluidos en AD derivados a otros niveles.

Indicadores: *Nº Casos derivados / Nº casos incluidos.*

Como información adicional para el proyecto: % de derivación por centros.

Objetivo 6. Potenciar circuitos de recogida y reutilización de material específico para la atención domiciliaria.

A 6.1. Facilitar la recuperación de material ortoprotésico.

Resultado: Gestión de material ortoprotésico..

Indicador: *Descripción de la experiencia.*

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- estrategias,
- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,

Resultado: Gestión de material ortoprotésico.

Indicador: *Volumen de material gestionado.*

A 6.2 Facilitar la recuperación de otro material (no ortoprotésico) específicos de atención domiciliaria.

Resultado: Gestión de materiales específicos (no ortoprotésicos).

Indicador: *Descripción de la experiencia.*

Al menos debe incluir información sobre:

- profesionales claves identificados,
- estrategias,

- claves organizativas,
- itinerarios,
- recursos,

Resultado: Gestión de material no ortoprotésico.

Indicador: Volumen de material gestionado.

Objetivo 7. Evaluación económica.

Fuentes de registro para evaluación.

Los registros a partir de los que obtener información para los indicadores son:

- Historias de Salud de los usuarios incluidos en el proyecto.
- Cuadernos de evaluación de los profesionales. Anexo 4.
- Encuestas de satisfacción de usuarios y profesionales. Anexos 5 y 6.

Se propone un corte inicial a 31 de agosto, y a partir de aquí corte de periodicidad trimestral. Por tanto el segundo corte se haría a 31 de Noviembre. En función de la continuidad del proyecto, el segundo segundo corte también podría realizarse a 31 de diciembre.

A partir de los resultados obtenidos en el primer período, se fijarán las metas para períodos posteriores.

Anexo. Evaluación económica.

- ◆ **ESTUDIO ECONÓMICO DEL PROGRAMA "PROPUESTA DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: LA ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE".**
- ◆ **PROPUESTA PARA SU EVALUACIÓN ECONÓMICA: MEDIDAS DE RESULTADO.**

Justo Artiles. Economista. Servicio del Plan de Salud, Investigación y evaluación de tecnologías sanitarias

ESTUDIO ECONÓMICO DEL PROGRAMA "PROPUESTA DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: LA ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE".

1. TECNOLOGÍA A EVALUAR

Atención domiciliar a través de la coordinación de enfermeras comunitarias de enlace

2. TIPO DE INTERVENCIÓN

Tratamiento y seguimiento de pacientes y sus cuidadores en el domicilio, actuaciones de mejoras organizativas con el Eap, coordinación con la red social.

3. HIPÓTESIS DE ESTUDIO

El programa logra la integración económica a través de la compartición de costes (entre el SCS, el Ayuntamiento y los usuarios - confinados y familiares -).

4. TIPO DE ESTUDIO ECONÓMICO

Análisis de costes

5. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas mayores de 65 años y sus cuidadores principales, de las Zonas Básicas de salud de Arucas e Icod de los Vinos, que reúnan los criterios de inclusión establecidos en el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria.

6. MUESTRA PARA ESTUDIO

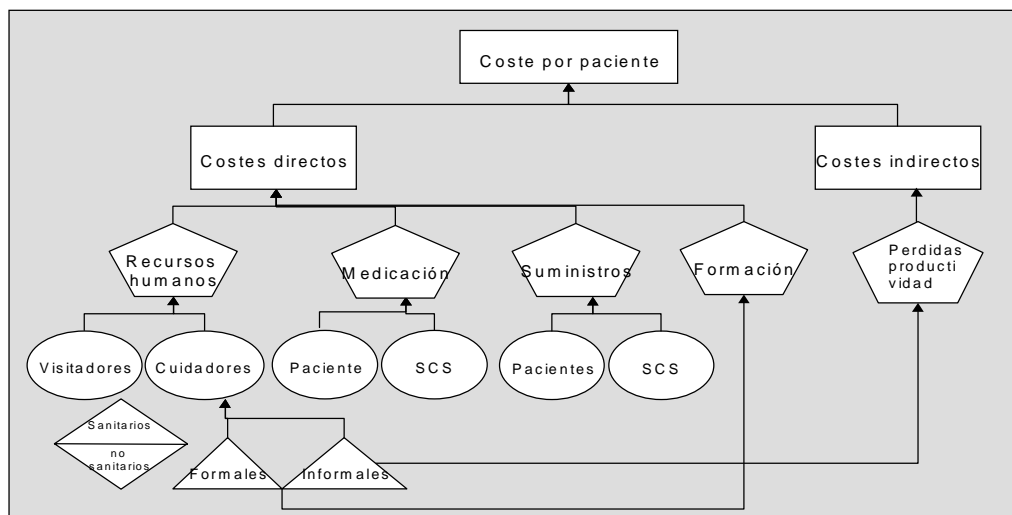
El tamaño muestral de los grupos de pacientes no se han calculado puesto que no existen grupos de control establecidos, y, por tanto, no hay diferencias estimadas en costes entre los grupos de intervención y control. El desarrollo del pilotaje del proyecto dará oportunidad de establecer aproximaciones a estas diferencias. Teniendo en cuenta que: a mayor diferencias entre costes y resultados, menor será el tamaño muestral requerido para detectar diferencias estadísticamente significativas.

7. ESTRUCTURA DE COSTES:

La estructura de costes se diseña con la intención de determinar el coste por paciente, considerando el consumo de recursos, y su valoración, en las distintas intervenciones incluidas en el programa.

La primera diferenciación conceptual es la de **costes directos y costes indirectos**: Los primeros se producen por los cambios producidos en el consumo de recursos debidos a las intervenciones analizadas.

Figura 1: Estructura de costes del programa



Los segundos son los cambios producidos en la capacidad productiva de los individuos que dedican su tiempo al cuidado de los pacientes, y que no reciben una contraprestación monetaria por el desarrollo de tal actividad (cuidadores informales).

8. COSTES DIRECTOS

Recursos Humanos

Los conceptos de costes considerados son los siguientes:

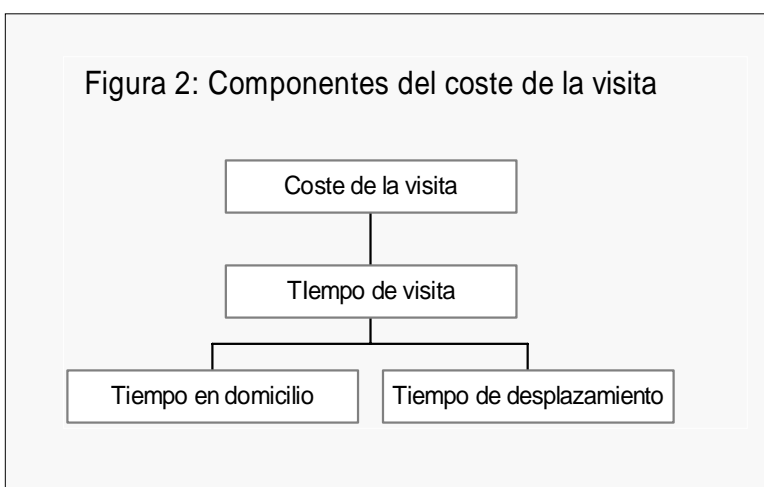
Visitadores (sanitarios y no sanitarios)

Son aquellos que se desplazan al domicilio para desarrollar una intervención concreta. Se caracterizan por:

1. No pertenecer a la unidad familiar
2. Y, generalmente, por recibir retribución por el desarrollo de tales actividades.

El recurso a cuantificar será el tiempo dedicado a la intervención, y su valoración se establecerá a partir del salario bruto de los profesionales, estableciendo un coste por hora. En el caso de que los visitadores no cumplan el segundo requisito (personal voluntario), su tiempo se valorará a partir del precio mínimo establecido en el mercado de trabajo (salario mínimo interprofesional).

El conductor de coste utilizado será el número de visitas por paciente. El coste de la visita vendrá determinado por el tiempo de visita (ver figura 2).

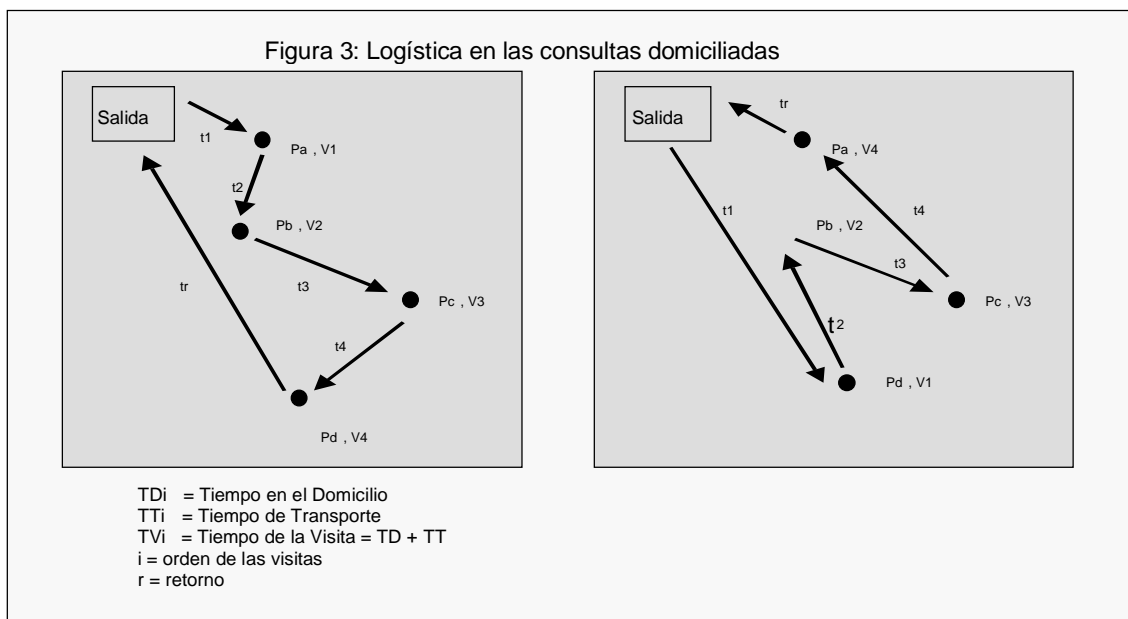


Tiempo de la visita: El tiempo de visita lo compone el tiempo de desplazamiento y tiempo transcurrido en el domicilio del paciente.

Tiempo en el domicilio: Se considera la duración de la visita por tipo de profesional (médico, enfermera, auxiliar, trabajador social, etc). Es, por tanto, el tiempo transcurrido en el domicilio. Su valoración se hará a través del coste por hora de cada profesional y se imputará directamente al paciente visitado.

Tiempo de desplazamiento: Este tiempo se asigna al paciente al cual nos dirigimos. Deberá registrarse el tiempo, el tipo de transporte y los profesionales desplazados. Tener en cuenta que el número de profesionales desplazados es posible que no coincida con los que desarrollen la consulta en el domicilio. El tiempo de retorno al centro sanitario se repartirá entre los pacientes vistos en ese día

Se recomienda el diseño de una logística de visitas (ver figura 3), donde el objetivo sea optimizar el tiempo del profesional, manteniendo constante la calidad del servicio prestado al paciente. Para que la planificación sea posible las visitas deberán ser programadas y deberá conocerse la complejidad de los distintos problemas de salud a resolver.



La logística implica determinar el orden de las visitas, considerando los siguientes parámetros:

- ◆ Complejidad de los problemas de salud
- ◆ Tiempo de la intervención en el domicilio.
- ◆ Tiempo del desplazamiento al domicilio.
- ◆ Debe considerarse el tiempo de retorno según el domicilio donde se finalice la jornada.

El criterio de evaluación de la planificación de visitas serán las desviaciones típicas del tiempo de visitas (desplazamiento más domicilio más retorno), de manera que a menor desviación típica la logística será más exitosa.

Cuidadores en el domicilio

Se cuantifica el tiempo dedicado al confinado. En el caso de los cuidadores *informales*, será de crucial importancia la unidad temporal de agregación utilizada como registro. Es decir, quizás sea más provechoso registrar horas por semana que horas por día. Su valoración se explica en el apartado de costes indirectos.

Medicación

Es importante diferenciar entre los medicamentos financiados por el Servicio Canario de salud (SCS), y aquellos con cargo a la renta disponible de los pacientes (o familiares). En aquellos medicamentos donde exista una financiación mixta deberá determinarse que proporción soporta cada parte. La valoración se establecerá a partir de los respectivos precios de adquisición (para el SCS y para el paciente).

Suministros

Entendemos por suministros todos aquellos bienes complementarios necesarios en el desarrollo del cuidado del paciente, recuperables o no. En aquellos que sean recuperables deberán imputarse a cada paciente en función de los días de disponibilidad del material, teniendo en cuenta un máximo de 365 días. Habrá que diferenciar también entre los suministros financiados por pacientes y SCS, así como su proporción en aquellos que sean de financiación mixta.

Formación

Se consideran todas aquellas intervenciones cuyo fin es mejorar la preparación de los cuidadores principales. Diferenciamos entre las actividades de carácter grupal, de aquellas que se desarrollan de manera individualizada. Será necesario emparejar cuidador con paciente, de manera que se pueda asignar el coste a cada paciente a partir de los cuidadores. De esta forma, a los pacientes, cuyos cuidadores no asistan a estas sesiones, no se les asignará costes de formación. El recurso a cuantificar será el tiempo que dedica el cuidador a formarse, y la valoración se establecerá a partir del coste de los profesionales que imparten las clases.

9. COSTES INDIRECTOS

Generalmente, son aquellos derivados de la reducción de la capacidad productiva de un individuo como consecuencia de una enfermedad o de un tratamiento. Por tanto, es un coste soportado por la sociedad. En nuestro caso, además de referirnos al paciente, centraremos la atención en el cuidador principal de éste, de forma que se valorarán aquellas situaciones donde cuidar al enfermo y trabajar son actividades sustitutivas: "si no cuidase al enfermo estaría trabajando".

La edad del cuidador deberá estar comprendida entre los 16 y 65 años. Estas bajas en productividad se valorarán a partir del salario medio del trabajador en Canarias.

10. MONEDA

Peseta y Euro. Cotización con respecto a 1999

11. ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

Se desarrollará análisis de sensibilidad simple (a través de la variación de parámetros) en función de su influencia sobre los resultados del estudio.

PROPUESTAS PARA SU EVALUACIÓN ECONÓMICA: MEDIDAS DE RESULTADO.

1. ANÁLISIS ESTRATÉGICO DEL ESTUDIO

DEBILIDADES DEL ESTUDIO:

- ♦ La propuesta no implica una evaluación económica puesto que está por determinar las medidas de resultados que sean de carácter cuantitativo, además de un grupo control con el que poder comparar costes y resultados.

AMENAZAS AL ESTUDIO

- ♦ La determinación del coste por paciente implica la coordinación de los diferentes agentes que intervienen en el programa, además de un sistema de información centralizado para registrar y analizar la información.

FORTALEZA DEL ESTUDIO

- ♦ La naturaleza del proyecto responde a las tendencias de reforma de los sectores sanitarios en Europa, amortiguando los efectos de las tendencias de carácter demográfico que ya empiezan a destacar en Canarias, a través de la coordinación de los distintos niveles asistenciales.

OPORTUNIDAD DEL ESTUDIO

- ♦ Los datos extraídos en el estudio son información original, es decir, información no existente en el sector sanitario canario; de manera que puede servir de referencia para otros proyectos.

2. PROPUESTAS A LAS DEBILIDADES Y AMENAZAS

Como respuesta a la debilidad del estudio de no establecer un grupo de control, puede revisarse las historias de pacientes con igual severidad, y determinar el consumo de recursos a partir de indicadores como número de consultas y visitas a domicilio, programadas y no programadas. Esto dependerá de la información disponible.

Las medidas de resultados a considerar están determinadas por la hipótesis que queramos contrastar con el desarrollo del presente proyecto. Alguna de ellas puede ser:

1. Los pacientes incluidos en el programa tienen mejores resultados de salud que aquellos no incluidos.
2. La calidad de vida de los pacientes incluidos en el programa mejora comparado con aquellos la de aquellos pacientes no incluidos.
3. Pacientes domiciliados mejoran el reparto de las cargas de trabajos de los profesionales en atención primaria.
4. Los pacientes incluidos en el programa consumen menos recursos hospitalarios que aquellos no incluidos
5. Los niveles de equidad (igual acceso para igual necesidad) aumentan para aquellos pacientes incluidos en el programa en comparación con aquellos no incluidos
6. La satisfacción de pacientes, cuidadores y profesionales mejoran con la aplicación del programa.
7. El programa logra la integración asistencial a través de mejores niveles de coordinación entre distintos escenarios asistenciales y distintos profesionales.
8. El programa logra la integración económica a través de la compartición de costes.

De esta forma se podrán utilizar las siguientes medidas de resultados, constituyendo diferentes tipos de estudio, como se indica en la tabla 1:

Hipótesis a contrastar	Medida de resultado	Tipo de estudio
1	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tasas de Mortalidad ◆ Niveles de complicación 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evaluación económica. ◆ Estudio coste efectividad
2	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Calidad de vida. Euroqol 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evaluación económica. ◆ Estudio coste utilidad
3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Disminución del número de consultas no programadas ◆ Número de consultas programadas 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evaluación económica. ◆ Estudio coste efectividad
4	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Días de hospital ahorrados desde el inicio del programa ◆ Número de consultas externas hospitalarias ahorradas ◆ Tasas de readmisión 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evaluación económica. ◆ Estudio coste efectividad y estudio coste beneficio
	◆	◆
5	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Incremento de cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Evaluación económica. ◆ Estudio coste efectividad
6	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Satisfacción en general 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Estudio de satisfacción
7	<ul style="list-style-type: none"> ◆ entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Estudio cualitativo
8	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Análisis de costes 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Estudio económico

Anexos.

Anexo I: Calendario de reuniones y participantes en grupos de discusión.

Participantes.

A. Calendario de reuniones.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	25 Ag. G2		6 Ago. G1 27 Ag. G3 3 Sep. G5 10 Se. G6 17 Se. G8 24 S. G10			
	15 Se. G7 22 Se. G9 29 S. G11 6 Oc. G13	9 Sep. G4	8 Oc. G14	2 Oc. G12		

- G1: Directivos Enfermería.**
G2: Gerentes / Directores Médicos.
G3: Directores de Zona Tenerife.
G4: Directores de Zona Las Palmas.
G5: Subdirectores de Zona Tenerife.
G6: Subdirectores de Zona Las Palmas.
G7: Pediatras Las Palmas.
G8: Pediatras Tenerife.
G9: Enfermería Niños Las Palmas.
G10: Enfermería Niños Tenerife.
G11: Médicos Las Palmas.
G12: Médicos Tenerife.
G13: Enfermeras Adultos Las Palmas.
G14: Enfermeras Adultos Tenerife.

B. Asistentes a las reuniones.

G1. 06.08.98. Directivos de Enfermería de Atención Primaria.

José de Armas Felipe. Director de Enfermería. Gerencia de Tenerife.
Claudio Aparicio Parrado. Subdirector de Enfermería. Gerencia de Tenerife.
Cirilo Pérez García. Subdirector de Enfermería. Gerencia de Tenerife.
Carmen Portaña Guerrero. Directora de Enfermería. Gerencia de La Palma.
Blanca Valenciaga Seminario. Directora de Enfermería. Gerencia de Gran Canaria.
Raquel González Acosta. Técnico. Gerencia de Gran Canaria.
Epifanía Medina Artilés. Directora de Enfermería. Gerencia de Fuerteventura.
Emilio Invernón Melián. Director de Enfermería. Gerencia de Lanzarote.
Soledad Tejera Carballo. Técnico. Gerencia de Lanzarote.

G2. 25.08.98. Gerentes y Directores Médicos.

Juan de León. Gerente de Atención Primaria. Tenerife.
Ana Joyanes. Directora Médica de Atención Primaria. Tenerife.
Concepción González Caloca. Gerente Servicios Sanitarios. La Palma.
Alfredo Monerero Iglesias. Director Médico de Atención Primaria. La Palma.
José Marrero. Director Médico de Atención Primaria. Gran Canaria.
Martín de Francisco Lorenzo. Gerente de Servicios Sanitarios. Lanzarote.
Rosa Esther Sosa Alsó. Directora Médica de Atención Primaria. Lanzarote.
Javier Suleimán Padrón. Director Médico de Atención Primaria. Fuerteventura:

G3. 27.08.98. Directores de Zona de Tenerife.

Aurora Díaz Fernández. C.S. Anaga.
Francisca Ascanio Perera. C. S. Añaza, Güimar, Arico.
Ramón Marrón Bernal. C. S. Arona II, Arona Norte, Granadilla.
Zita Morales Rodríguez. C.S. Bº de la Salud, Toscal Centro, de la Cuesta.
Miguel A. Rodríguez Suárez. C.S. de los Gladiolos, Amb. Romeu.
Juan A. Sánchez Joya. C.S. de la Guancha.
Marcos Farraiz García. C.S. de Icod.
Víctor Plasencia García. C.S. La Vera, Los Realejos, Amb. El Pto. De la Cruz.
Rafael Valcárcel López. C.S. Santa Ursula.
Patricia Carrillo Ojeda. C.S. Las Mercedes, Amb. La Laguna.
Pablo Morales Morales. C.S. Taco.

G4.09.09.98. Directores de Zona de Gran Canaria.

Miguel Martel López. C.S. Agüimes, Ingenio, San Bartolomé de Tirajana.
Angela Gutiérrez Pérez. C.S. Remudas, San Juan, Calero.
Carmen Cuesta Monetagudo. C.S. San Cristobal, Alcaravaneras.
Félix Herrera Santana. C.S. Arucas, Moya.
Juana A. Santana Caballero. C.S. Barrio Atlántico, Cueva Torres.
Jose Mª Ortega González. C.S. Canalejas.
Paloma Guada Rodríguez. C.S. Vecindario.
Jose Antonio Díaz Berenguer. Subdirector Médico Zona Norte.
Gloria Calero González. Subdirector Médico Zona Sur.
Sergio Báez Quintana. Subdirector. Tejeda, Artenara.**

G5. 03.09.98. Subdirectores de Zona de Tenerife.

C.S. Arona Costa II: Luisa Fajardo Padrón.
C.S. Candelaria: Olivia Pérez Díaz.
C.S. Laguna San Agustín: Clara Caraballo Martín.
C.S. Santa Ursula: Nieves Montesinos Afonso.
C.S. Taco: Brahim Halil Embarek.
C.S. Tacoronte: Andrés Ramos.
C.S. Valverde. Rosa Mª Pérez Canino.

G6. 10.09.98. Subdirectores de Zona de Gran Canaria.

Guillermo Monzón Monzón. C.S. Agüimes.
Concepción Gómez Alecha. C.S. Cono Sur.
Guadalupe Pérez Megias. C.S. Barrio Atlántico - Cueva Torres.
Mª Angeles García Mínguez C.S.. Canalejas.
Mª Isabel Díaz Díaz. C.S. Valsequillo.
Sabina González Silva. C.S. San Cristobal, San José.
Elsa Montesdeoca Ramírez. C.S. Arucas.
Natalia Marrero Lorenzo. C.S. Alcaravaneras.
Enma Cerezo Santandreu. C.S. Tamaraceite.
Angela Duarte Curbelo. C.S. San Gregorio.

G7. 15.09.98. Pediatras Gran Canaria.

Domingo Cañizo Fernández. C.S. Arucas.
Antonia Oliva Afonso. C.S. Barrio Atlántico.
Pilar Alvaro Morales. C.S. Guanarteme.
Catalina Santana Vega. C.S. Arguineguín.
Marta Cárdenes Bonny. C.S. San Gregorio.
Frances Vidal Barceló. C.S. Tamaraceite.
Valentín Ruiz Caballero. C.S. Vecindario.
Laura Toledo Bravo de Laguna. C.S. Alcaravaneras.

M^a José Gimeno Alcover. C.S. Agüimes.
Tomás Doreste Martín. C.S. Jinámar.

G8. 17.09.98. Pediatras Tenerife.

Esther Ramos . C.S. Arona Norte
Ana Benito. C.S. Taco.
Sebastian Melián. C.S. Ofra Delicias.
Isabel de Miguel Mitre. C.S. Realejos.
Emilio Alvarez Bueno. C.S. La Vera. Puerto de la Cruz.
Rosa Suárez López de Vergara. C.S. Laguna Mercedes.
Teresa Socas. Pediatría. C.S. DZ. Guía de Isora.
M^a Luisa Torres. C.S. La Orotava Dehesas.
Amada Trujillo. C.S. Adeje.

G9. 22.09.98. Enfermeros Pediatría Gran Canaria.

Alicia Gandarilla Torres. C.S. Tafira Lomo Blanco.
Carolina Rodríguez Alamo. C.S. San Nicolás de Tolentino.
Elena García Villanueva. C.S. San Gregorio.
Angeles Ventoso Nieto. C.S. San Roque Triana.
Lidia Castro Elias. C.S. San Cristóbal.
Dominga Ruano López. C.S. Agüimes.
Carmen Delia Alemán Betancor. C.S. Miller Bajo.
Antonia Hernández Rodríguez. C.S. Cono Sur.
Lucia Montesdeoca Reyes. C.S. Teror.
Verónica Martín Ojeda. C.S. Barrio Atlántico.

G10. 24.09.98. Enfermeras Pediatría Tenerife.

Ana Plasencia Hernández. C.S. Arona II, El Fraile.
Dinora Bernal. C.S. Arona Norte
Gálata Pérez Díaz. C.S. Laguna San Benito.
Luisa Acosta Dorta. C.S. Icod.
M^a Carmen Báez León. C.S. Santa Ursula.
Jesús Parrado. C.S. Laguna Mercedes.
Blanca González. C.S. San Antonio La Orotava.
Rosario Celis. C.S. Tejina.
Santiago de la Huerga. C.S. B^o de la Salud.
Lidia Rodríguez Germán. C.S. La Guancha.

G11. 29.09.98. Médicos Adultos Gran Canaria.

Bernardo Macías Gutiérrez. C.S. Santa M^a de Guía.
Carmen Bolaños León. C.S. Agüimes.
Braulia Navarro Piñero. C.S. Arucas - Bañaderos.
Carmen Henríquez Gómez - Manzanilla. C.S. Cono Sur.
Inmaculada Prieto Falcón. C.S. Barrio Atlántico - Cuevas Torres.
Ignacio Martín San Vicente. C.S. Escaleritas.
Manuel Romeo Buissan. Maspalomas.
Javier López Caverro. C.S. San Cristóbal.
Carmelo Jiménez Mena. C.S. San Gregorio.
Antonio Rico Revuelta. C.S. Schamann.
Miguel Díaz Barreiro. C.S. Vecindario.
M^a Enriqueta marrero Prats. C.S. Galdar.
Candelaria garcía. CS Ingenio.

G12. 02.10.98. Médicos Adultos Tenerife.

Jorge Bethencourt Marante. C.S. Arona II. El Fraile.

Juan José Valencia. C.S. Tacoronte.
Jesús Gobierno. C.S. Bº de la Salud.* (encuesta por escrito)
Julio de la Rosa. C.S. Bº de la Salud.
Carmen Herrera Valladolid. C.S. Laguna Geneto.
Luis Criado González.. C.S. Candelaria.
Pedro Gallego Otero. C.S. Barranco Grande.
Manuel Castilla Marrero. C.S. Guía de Isora.

G13. 06.10.98. Enfermeras Adultos Gran Canaria.

Dolores Santana Martín. C.S. Canalejas.
Sinesia Medina Ramos. C.S. Santa Mª de Guía.
Francisco Navarro Díaz. C.S. Ingenio.
Pilar Suárez Pérez. C.S. San Gregorio.
Francisco Arencibia Cabrera. C.S. Valleseco.
María Campos Jiménez. Barrio Atlántico.
Jose María Murillo Alba. C.S. Cono Sur.
Inmaculada Cifo Donate.. C.S. San Roque - Triana.
Ana Rosa Oliva Afonso. C.S. Gáldar.
Carmen Marrero García. C.S. Ingenio - Carrizal.
Mª Jesús Suárez Borrego. C.S. Lomo Blanco - Tafira.
Victoria Pérez Rodríguez. C.S. Vecindario.
Mª Carmen Fernández Rodríguez. C.S. Barrio Atlántico.

G14. 08.10.98. Enfermeras Adultos Tenerife.

Ana Portillo Ariste. C.S. Arona II. El Fraile.
Jesús Cerdeña Marrero. C.S. Matanza.
Manuel Ramos Fuentes. C.S. Tacoronte.
Ignacio Sicilia Sosvilla. C.S. Tejina.
Felicidad Pérez Pérez. C.S. Anaga.
Marta Lillo. C.S. Puerto de la Cruz.
Carmen Nieves Villalba Cedrés. C.S. Realejos.
Mª Carmen García Fernández. C.S. Toscal.
Isabel Pantoja. C.S. Santa Ursula.
Jose Luis González Siverio. C.S. Laguna Geneto. Consultorio de Guamasa.
Nieves Expósito. C.S. Icod.
Carlos Rodríguez Rocha. C.S. Bº de la Salud.
Luz Cuellar Martínez. C.S. La Cuesta.
Vicente Trujillo Domínguez. C. S. La Guancha.

Anexo II: Programa de las Jornadas de Trabajo.

Programa.

Jueves 4 de febrero de 1999, 16 a 20 horas.

- 16 - 16.30 h. Entrega de documentación.
- 16 - 17 h. Sesión de Apertura. D. Román Rodríguez Rodríguez.
Director del Servicio Canario de la Salud.
- 17 - 17.30 h. Presentación Jornadas, metodología grupos de trabajo.
- 17.30 - 18.30 h. Ponencia: Análisis de la enfermería desde el S.C.S.
Servicio de Atención Primaria. Planificación y Evaluación.
Juana M^a Reyes Melián. Jefa del Servicio de Atención Primaria.
- 18.30 - 19 h. Café.
- 19 - 20 h. Ponencia: Servicios enfermeros innovadores en A.P.S.
Adolfo Guirao Goris. Enfermero. Asociación Enfermería Comunitaria.

Viernes 5 de febrero de 1999, de 10 a 20 horas.

- 10 - 11 h. Ponencia: El papel de la investigación. Pedro Serrano Aguiar. Director del Plan de Salud de Canarias. Asesor FUNCIS.
- 11 - 11.30 h. Café.
- 11.30 - 13 h. Trabajos en Grupos.
- 13 - 14 Puesta en común grupos.

- 14 - 16 h. Almuerzo.

- 16 - 17 h. Ponencia: Fundamentos socio - económicos de la atención de enfermería en A.P.S.
Beatriz González.
Catedrática de Economía. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- 17 - 17.30 h. Café.
- 17.30 - 19 h. Trabajos en Grupos.
- 19 - 20 h. Puesta en común.

Sábado 6 de febrero de 1999, de 10 a 14 horas.

- 10 - 11 h. Ponencia: Situación Internacional de la enfermería: el caso británico. Shirley Bach.
Enfermera. Universidad de Brighton.
- 11 - 11.30 h. Café.
- 11.30** - 12.30 h. Ponencia: Liderazgo en enfermería.
Marta Durán Escribano. Enfermera. Directora EUE Alcalá de Henares.
- 12.30 - 13.30 h. Conclusiones.
- 13.30 - 14 h. Clausura.
Julio Bonis Alvarez. Consejero de Sanidad y Consumo.