



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/054.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Repercusión en la atención al paciente del profesional sanitario con inestabilidad laboral**

Autores Laura Alonso López, Dolores Amalia Cano Fernández, Lidia Nieto Campoy

Centro/institución Área Sanitaria Norte de Almería

Ciudad/país Almería, España

Dirección e-mail Alonsolopez.laura@gmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

En este trabajo pretendemos estudiar la percepción de la calidad de la atención sanitaria tanto en pacientes como en profesionales sanitarios producida por el impacto que las contrataciones de personal eventual producen en el sistema sanitario. Estas suponen una sobrecarga asistencial que influye en la situación de insatisfacción del profesional, generando una disminución cualitativa de la calidad asistencial prestada, insatisfacción y mala atención al paciente, aumentando la producción de efectos adversos en la salud. Los recortes en sanidad están sobrecargando al personal sanitario y repercutiendo en la atención del paciente, la British Association of Critical Care Nurses (BACNN, 2005) expuso en su informe que una reducción de los ratio Enfermera/Paciente (E/P) está relacionado con el aumento de las complicaciones iatrogénicas, aumento de errores humanos y aumento de las tasas de infección. Por tanto una reducción de la relación E/P repercute en la seguridad del paciente. El nuevo contexto de la asistencia sanitaria surgido al amparo de los principios que emanan de la Constitución Española de 1978, que fueron recogidos en la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril con un marco estructural y un contenido armonizador a nivel organizativo y donde se comenzaron a regular los derechos y deberes de pacientes (artículo. 10: derechos y deberes) se materializan en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, sobre autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Desde 1986 el Sistema Nacional de Salud Español, amparado por la Ley General de Sanidad, instaura la fórmula para materializar el derecho a la salud, sustentado en el artículo 43 de la Constitución Española. Nuestro SNS está basado en los principios de eficacia, celeridad, economía y superación de los desequilibrios territoriales y sociales (Ayuso, 2006)

En esta línea la OMS en 1986 en su conferencia en Copenhague se pronuncia sobre la calidad de la asistencia sanitaria, y la define:

Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción para el paciente. (Ayuso, 2006;p.144-146)

Ley reguladora de la Autonomía del paciente, fruto del debate amplio y contrastado que le aporta una gran solidez. Es la primera ley que regula la relación clínica entre médico y paciente ya que aborda estas relaciones más específicamente y con mayor profundidad que la Ley General de Sanidad, adaptándose al Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, así como a otras disposiciones legales como es la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

La administración central debe enmarcar los aspectos legislativos subordinados a lo más esencial como son los derechos de los ciudadanos, como factor de cohesión del Sistema Nacional de Salud, la concreción material de las prestaciones sanitarias, en cuya armonización será un activo elemento de coordinación y cohesión, de ahí que la ley de Autonomía del paciente sea una referencia para ir pautando la equidad que garantice el acceso a las prestaciones en todo el territorio, la calidad que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de las mismas y que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas implicando a todos los actores de sistema y la participación ciudadana que permite el intercambio de conocimientos y experiencias, todo esto recogido en la nueva Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Es necesario reflexionar sobre todos los incidentes o acontecimientos adversos que puedan estar relacionados con la atención sanitaria, ya que tiene un impacto muy importante tanto en los pacientes como en los profesionales sanitarios y sobre el que raramente se ha escrito, discutido e investigado (Vicent, 2001). Entre los sanitarios después de ocurrir algún incidente adverso, es normal escuchar expresiones de autoinculpación y pesar. La perspectiva de los pacientes y sus familiares se sienten traumatizados no solo por los hechos originales que han motivado esos incidentes adversos, sino en muchas ocasiones por el modo en que se han gestionado con posterioridad, en cuanto a información atención posterior a que el paciente ha sido dañado por aquellos en los que había depositado una gran confianza e incluso sigue tratado en el mismo ambiente en el que se origino el trauma y debido a que los efectos de las lesiones a largo plazo en raras ocasiones son vistos por los que los han causado (Vicent, 2003). Situaciones que llevan aparejados problemas donde se han producido acontecimientos adversos conllevan un incremento de demandas que dan lugar a una práctica asistencial que normalmente se traduce en insatisfacción del paciente o familiares con la asistencia recibida, así como un incremento de costes, asociado a gastos intangible de no calidad con pérdida de productividad del profesional que puede llevar a situaciones de estrés, estados de ansiedad, depresión de los profesionales sanitarios (Martínez , 2001). Todo esto nos puede estar llevando a la situación que se enuncia la Paradoja de Barsky:

A pesar de los indudables avances, técnicos y de la mejoría de los indicadores objetivos de la salud, los usuarios de servicios médicos en los países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en los que la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos (Brarsky, 1998; p.414-418)

Como explica Kerouac (2005) en su publicación sobre el Pensamiento Enfermero, las organizaciones sanitarias públicas de España, disponen de excelentes instalaciones, infraestructura y profesionales con sus capacitaciones técnicas y humanas. La bibliografía enuncia que en la actualidad y pesar de las recomendaciones que hemos recibido a lo largo de la historia de nuestro SNS, la situación que se vive y la orientación que se está tomando está siendo inmensamente equivocada. Nuestra principal motivación debe ser realizar una asistencia con una búsqueda permanente de la calidad y la seguridad clínica. Basados en este principio, actualmente necesitamos una reorientación profesional que determine nuestras pautas de actuación, y de adaptación a la situación que estamos viviendo. También Florence Nightingale hace más de 150 años demostró que las enfermeras formadas podían mejorar los resultados en los pacientes haciendo más seguro el entorno de cuidados. Diferentes estudios muestran también como el Síndrome de Burnout que afecta a un importante número de enfermeros y enfermeras influye en la vigilancia y la toma de decisiones clínicas de las enfermeras y por tanto en la seguridad del paciente (Florez-Lozano, 2000).

Las consecuencias del Síndrome Burnout en el ámbito laboral están relacionadas con el riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en el nivel de satisfacción, alta movilidad laboral, despersonalización en la relación con el paciente y disminución en el rendimiento laboral y pérdida de la productividad, entre otras (Maslach, 1982; Pera, 2002; Guevara, 2004; Atance, 1997; De Pablo, 1998).

Las causas del Síndrome Burnout no están bien establecidas. Factores personales como la edad, el sexo o la personalidad del individuo; factores sociales como el estado civil o el número de hijos; factores laborales como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo laboral, el turno, el horario, el tipo de actividad desarrollada e incluso el valor atribuido a la labor desempeñada en términos de incentivos no necesariamente de tipo monetario, sino, por ejemplo, de tipo recreacional, o mejor aún, de crecimiento personal, están implicados como factores asociados a este síndrome (Ortega, 2004; Bohle, 2001; Gil-Monte, 1996; López-Soriano, 2002; Alvarez, 2003).

Por todos estos factores, debe ser considerada una alarma profesional, que las condiciones laborales a las cuales nos estamos enfrentando sean tomadas como normales y prolongadas el tiempo. Nuestros conocimientos teóricos científicos y nuestro buen hacer profesional debe ser respetado por las Instituciones Sanitarias y Políticas. Debido a la situación desoladora que vive nuestra profesión, con inmensas tasas de desempleo, recortes, reestructuraciones de plantillas, disminución desconsiderada del ratio enfermero paciente, nos preguntamos:

¿Qué calidad y seguridad vamos a ofrecer profesionalmente? ¿Afecta la reducción de la contratación de profesionales en la calidad de la asistencia al paciente?

Una vez introducidos en la situación actual del tema y planteadas las cuestiones principales que nos preocupan, enunciamos los objetivos que vamos a considerar como objetivo general y objetivos específicos.

Objetivo general

Triangular los elementos que inciden sobre la calidad de cuidados y su continuidad, y las prácticas institucionales de contratación eventual propias del actual sistema de empleabilidad enfermero.

Destacamos los siguientes objetivos específicos desglosados en tres:

Objetivos específicos

1. Estudiar cómo afecta la falta de personal sanitario en la incidencia del Síndrome de Burnout la calidad del cuidado prestado.
2. Describir las formas de contratación actuales en el Sistema Nacional de Salud.
3. Describir los factores que inciden en la calidad de los cuidados prestados por enfermeros que afectan a la continuidad asistencial del paciente y pueden estar vinculados al tiempo de contratación del enfermero en un servicio determinado.

Metodología

Este trabajo es un estudio teórico basado en la triangulación bibliográfica de diferentes fuentes secundarias de investigación realizadas sobre el objeto de estudio en las que se reúnen, analizan y discuten los parámetros sobre la sobrecarga del personal sanitario y la afectación que tiene en referencia a la atención al paciente. A través de ésta revisión bibliográfica se pretende describir los elementos definitorios de calidad y comparar la información de diferentes fuentes para sugerir elementos comunes en referencia a la atención al paciente con independencia de donde se presten.

Para la realización del trabajo se han seguido una serie de etapas:

1. Definir correctamente el objeto de estudio, y es el impacto de la contratación eventual del profesional sanitario y como afecta a la atención del paciente.
2. A continuación realizar una búsqueda bibliográfica a partir de la cual seleccionamos los documentos con información útil y relevante sobre la contratación eventual y la calidad en los servicios enfermeros.
3. En tercer lugar, procedemos a analizar los documentos teniendo en cuenta el marco teórico del síndrome de Burnout de Maslach (Maslach, 1982)
4. Finalmente hemos sintetizado la información diseñando dimensiones de análisis tras la lectura de textos más relevantes.

La búsqueda bibliográfica se ha basado en el estudio de diferentes fuentes secundarias:

1. Búsqueda en bases de datos (Medline, Biomed; Cocharane plus, Scielo, Cuiden) usando los descriptores en inglés: contratación (recruitment), agotamiento laboral (burnout), personal sanitario (health person), indicadores (indicators), paciente (patient).
2. Identificación de los autores más destacados en el tema de estudio, en concreto: Maslach y Ayuso Murillo.
3. Estudio de los artículos fundamentales para el trabajo y localización de las referencias más relevantes, destacamos a Kerouac S., en el Pensamiento Enfermero.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, procedemos a analizar los documentos siguiendo una serie de pasos:

1. Adaptarse al contenido del documento, sobre todo con lo más relevante de nuestro objeto de estudio.
2. Clasificación de los documentos según la adecuación y los contenidos al objeto de estudio, destacando aquellos que podrían ser identificados como categorías de análisis.

Como criterios de inclusión definimos los siguientes artículos que citan la calidad en la atención sanitaria prestada y el desgaste del profesional, artículos descriptores que citan la contratación del personal y artículos incluidos entre los años 2007 y 2014 inclusive.

Como criterios de exclusión definimos los siguientes artículos que no contemplan calidad vinculada al tipo de trabajo y de contratación, artículos que citan la contención del gasto sanitario sin hablar e reducción del personal y artículos no

recogidos en la franja de tiempo donde más ha incidido la crisis económica en el sistema de salud, mas acentuada en 2008 – 2013.

Bases de datos consultadas y los resultados obtenidos se detallan a continuación:

Bases de datos e índices	Operadores booleanos	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados
MEEDLINE	AND Y OR	20	13
BIOMED	AND Y OR	39	14
COCHRANE	AND Y OR	25	13
SCIELO	ANDY OR	30	14
CUIDEN	AND Y OR	23	10

La búsqueda se ha realizado en los meses de marzo a junio de 2014, siendo reforzada en los meses de septiembre y octubre del citado año.

3. Selección y extracción de la información más relevante del material consultado, citamos las dimensiones de análisis diseñadas a partir del marco teórico conceptual, que son las siguientes:

- Sistema económico actual vigente dentro del Sistema de Salud.
- Situación laboral actual de los profesionales enfermeros y contratación eventual.
- Sobrecarga laboral enfermera.
- Calidad y continuidad de cuidados vinculada al bienestar en el trabajo de los profesionales.

Desarrollo

A continuación pasamos a describir los siguientes elementos para comprender las líneas de desarrollo de este trabajo.

1 Sistema económico actual vigente dentro del Sistema de Salud

Utilizando datos obtenidos del informe SESPAS, la crisis económica en España fue desencadenada por la crisis financiera, siendo la que dificulta hoy la economía en general. Para recuperar la economía es necesaria una reforma financiera. Hasta avanzado 2010 se han mantenido la renta per cápita gracias a las rentas públicas, la crisis de «hojas de tijera» incide en las finanzas públicas por el de crecimiento de las necesidades de gasto y de disminución de los ingresos fiscales. Forzados a la consolidación fiscal y tras intervenciones erradas en los primeros años de la crisis, los gobiernos la abordan más por la vía del gasto que de los ingresos, lo que deprime a su vez la demanda interior.

Más allá de elementos asistemáticos de calidad subjetiva percibida, hasta el momento, la prestación sanitaria real media se ha visto nula o mínimamente afectada por la reducción del gasto, gracias al profesionalismo de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud y el traslado de parte de la financiación a los proveedores.

Centrándonos un poco más en la afectación a la salud, como enuncia el informe SESPAS (2014) la crisis económica, la dificultad de ahorro y estancamiento laboral afecta a la salud ciudadanos, así como el no tener trabajo fijo y la disminución de poder adquisitivo. Todos estos efectos negativos, conducen a ansiedad, depresión, el

desempleo conduce a una situación de tristeza y pérdida de autoestima del ser humano envolviendo a la persona en un estado de negativismo.

Utilizamos datos de Eurostat que ofrece datos del gasto Social de 2011 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de gasto sanitario hasta 2012.

Tabla 1. Datos de la consolidación fiscal. Informe SESPAS.

País	Gasto público/PIB		Ingresos públicos/PIB		Déficit/PIB	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Irlanda	48,6	42,1	34,7	34,6	-13,9	-7,6
Grecia	54,0	54,8	38,3	44,7	-15,6	-10,0
Portugal	49,8	47,4	39,6	41,0	-10,2	-6,4
España	46,3	47,0	35,1	36,4	-11,2	-10,6 (-3 del rescate bancario)

Eurostat 2013

Como reflexión de esta tabla, encontramos en el perfil perteneciente a España mayor gasto público que ingresos durante la franja de años estudiada, así como un aumento del déficit en relación con otros países.

Centrándonos en servicios asistenciales la prestación sanitaria se ha visto afectada por la reducción del gasto debida a la disminución del empleo público y la dificultad para la contratación de profesionales. Los indicadores apuntan a que el gasto sanitario se corresponde con la renta y riqueza en función del sistema que queremos conseguir y al desarrollo de los servicios nacionales de salud de este hecho para el profesional y el paciente crea cierta controversia, las expectativas en innovación, en el curar-cuidar mientras que la profesión sufre una recesión, la crisis se centra más en la inversión afectando después al gasto corriente, medicamentos, tecnología, contratación. De este modo se piensa que donde no pueda llegar la financiación pública, debe llegar el asegurado, así viene enunciado en la condición de beneficiario y asegurado (BOE, 2012).

Teniendo en cuenta el coste al usuario, para disminuir gastos sin ver beneficios, con precios sin control o con alguna regulación, con gratuidad o con gasto adicional, pagar más para obtener la misma prestación, llegamos al copago, en algún momento necesario cuando el sistema no puede hacer frente causado por malas prácticas y mal uso de recursos que no tienen valor diagnóstico.

Resumiendo no podemos obviar que existen evidencias que inciden sobre el hecho de que con menos podemos hacer lo mismo y si tenemos más lo podemos hacer mejor, no se puede bajar la guardia cuando hay a la vista incrementos del gasto igual que no se puede mantener más reducciones indiscriminadas. Nos apoyamos para intentar comprender este punto en la tabla de la evolución del gasto público por funciones.

Tabla 2. Evolución del gasto público por funciones. Informe SESPAS 2014

Administraciones públicas	2003	2007	2011	2016
Servicios públicos generales	5,2	4,6	5,7	6,1
Defensa	1,1	1,0	1,1	0,8
Orden público y seguridad	1,8	1,9	2,2	1,7
Asuntos económicos	4,4	5,1	5,3	3,3
Protección del medio ambiente	0,9	0,9	0,9	0,6
Vivienda y servicios comunitarios	1,1	0,9	0,6	0,4
Salud	5,2	5,7	6,3	5,4
Actividades recreativas, cultura y religión	1,4	1,6	1,5	1,0
Educación	4,3	4,4	4,7	4,0
Protección social	13,0	13,1	16,9	16,6

La tabla 2 explica que según la Memoria del Consejo Económico y Social (CES) el gasto sanitario público en peso PIB ha crecido y no ha bajado con la crisis, y son previsiones de consolidación fiscal las que suponen futuros descensos. Explica evolución del gasto aplicada a distintas parcelas de la economía desde defensa, salud, educación, todas las políticas sociales incluidas.

Analizado la situación económica que afecta a la situación laboral y a su vez a la contratación de personal sanitario, vemos cómo afecta la economía en las decisiones y formas de contratar que han tenido las distintas comunidades autónomas en nuestro país, estando concretadas en las bolsas de empleo segregadas por Comunidades Autónomas que son las responsables del gasto contratación del personal sanitario.

2. Situación laboral actual de los profesionales enfermeros y contratación eventual

Debido a la disminución del gasto público la asistencia sanitaria también se ha visto afectada, llevando a las Comunidades Autónomas a tomar directrices sobre los modos de contratación. A continuación se ofrece un repaso sobre las bolsas de contratación temporal en las distintas Comunidades autónomas de España, indicando la existencia o no de bolsas específicas de Enfermería y su modo de funcionamiento, así como si funcionan durante todo el año o hay que esperar etapas concretas para poder incluir nuevas solicitudes y aportar meritos.

Tabla 3. Bolsas de trabajo vigentes en España

	APERTURA PERMANENTE	BOLSAS ESPECIFICAS	REQUISITOS BOLSAS ESPECÍFICAS
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (BOJA, 2005)	SI Fecha de corte a de 31 octubre	Diálisis Críticos Quirófano Salud mental Neonatos	600 horas formación o experiencia.
SERVICIO ARAGONES DE	SI	Radiología Hemodiálisis Neonatos Pediatria	3 meses de experiencia. Formación

SALUD (BOA, 2008)		Salud mental Quemados Urgencias Quirófano	específica
ASTURIAS	SI Baremación una vez al año	Hemodiálisis Quirófano UCI Urgencias Hematología	6 meses de experiencia 150 horas de formación
BALEARES (IB-SALUT,2009)	NO No hay fecha de concreta de apertura	Quirófano Reanimación Farmacia Psiquiatría UCI Hemodiálisis Digestivo Urgencias pediatría	3 meses experiencia en el área
CANARIAS	Cerrada desde 1999	NO	NO
CANTABRIA (BOC, 2007)	NO	Urgencias Neonatología UCI Oncología Psiquiatría Hemodiálisis Bloque quirúrgico Hospital de día	3 meses experiencia previa en la unidad
CASTILLA LA MANCHA (BOCYM, 2008)	SI Baremación en octubre	UCI adulto y neonatos Quirófano Diálisis Salud mental Urgencias	3 meses de experiencia en la unidad para contratos inferiores a un año.
CASTILLA Y LEÓN (BOCYL, 2004)	NO Normativa desde 2004	UCI Quirófano Hemodiálisis Prematuros Urgencias Farmacia Psiquiatría	2 meses de experiencia en últimos dos años. 5 meses en los 5 últimos 5 años
CATALUÑA (ICS, 2010)	SI Baremación trimestral	UCI Quemados Neonatología Bloque quirúrgico	2 meses experiencia
EXTREMADURA	NO Baremación en 2010	Quirófano Hemodiálisis Hemodinámica Urgencias	3 meses de experiencia en últimos 3 años

		Cirugía UCI adulto y pediátrica Quemados	200 horas de formación
GALICIA (BOG, 2004)	NO Baremación en 2009	UCI Transplantes Quirófano Prematuros Salud mental Hospital día Banco de sangre Urgencias	2 meses de experiencia
RIOJA (SERIS, 2004)	SI Baremación en octubre	NO	NO
MADRID (BOCM, 2006)	SI Baremación en octubre	Cirugía Críticos Urgencias Pediatria Diálisis Psiquiatria oncohematología	3 meses de experiencia
MURCIA (BORM, 2002)	SI Baremación en octubre	NO	NO
NAVARRA (BON, 2009)	SI Baremación trimestral	Diálisis Psiquiatria Quirófano Urgencias Neonatos UCI	Título de especialista Formación postgrado 6 meses experiencia en 3 años
PAÍS VASCO (BOR, 2009)	SI Baremación trimestral	UCI Quirófano Pediatria Hospital de día	3 meses experiencia en 3 años
VALENCIA (DOGV, 2009)	NO Baremación solo de nuevos méritos	NO	NO
MELILLA (INGESA, 2009)	SI Baremación 1 al 28 de febrero	Diálisis Urgencias Emergencias 061 Quirófano Neonatos	6 meses área 3 meses y 60 créditos teóricos 300 horas de curso

Gráficamente podemos observar las grandes diferencias laborales por comunidades dentro de un mismo país a las que se enfrentan los contratados eventuales en sistemas públicos de salud. Un 50 % de las bolsas de trabajo de contratación temporal se encuentran en apertura permanente y los profesionales pueden inscribirse y aportar meritos en cualquier momento. Mientras que la mitad están sujetos a fechas concretas que publica la Comunidad Autónoma en función de sus necesidades encontrando alguna comunidad que lleva 2 o 3 años sin modificar listados de profesionales. Destacamos también la cantidad de bolsas específicas que encontramos y la diferencia por Comunidades Autónomas, encontrando en algunas más de 10 bolsas específicas para las que los requisitos de formación y experiencia laboral que se piden o son muy selectos y es muy difícil conseguirlos debido al continuo cambio de contrato de los profesionales o bien los criterios de inclusión en estas bolsas son tan mínimos que cualquiera puede alcanzarlos, lo que conlleva encontrar a profesionales en servicios muy específicos que se han visto obligados a aceptar contratos en servicios muy concretos y con mayor especialización. La consecuencia de este flujo de profesionales es la sobrecarga laboral a la que se ven sometidos el resto de compañeros y el estrés que sufren los profesionales que continuamente cambian de lugar de trabajo. Pasamos a explicar la sobrecarga laboral de los profesionales motivada también por la disminución de flujos económicos y el aumento del gasto público.

3 Sobrecarga laboral enfermera

Apoyados en el estudio de estrés laboral y salud en profesionales de Enfermería (1993) y al estudio de desgaste profesional de la profesión enfermera (Girbau, 2012) el término estrés se emplea, generalmente, refiriéndose a tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión. El estrés se ha concebido en ocasiones como respuesta general inespecífica (Selye, 1974), como acontecimiento estimular (Holmes, 1967) o como transacción cognitiva persona – ambiente (Lazarus, 1986). Lazarus define estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone el peligro su bienestar (Lazarus, 1986, pág. 43). A su vez el síndrome del quemado o Burnout fue descrito por Freudenberger en 1974 como un estado de fatiga o frustración que se produce por dedicarse a algo que no produce la satisfacción esperada, a su vez Malach en 1976 lo definió como una respuesta inadecuada a un estrés laboral crónico con afectación física y psicológica. Parece afectar a profesionales que trabajan con sus emociones como son los profesionales sanitarios (Lomeña, 2004).

En el ámbito laboral el agotamiento aparece por mantenimientos de estresores continuos con componentes como agotamiento, despersonalización y falta de realización personal (Villagran, 2005). Cuando un profesional sanitario manifiesta sufrir este síndrome, ha agotado ya varias etapas, desde mostrar entusiasmo y altas expectativas a la fase de frustración pasando por desinterés que repercute en la calidad asistencial (Carmona, 2002). El estrés laboral pasa por altos niveles de excitación y angustia con la sensación de no poder superar la situación, afectando a la productividad y rendimiento del trabajo. Los motivos pueden ser diversos, identificándose como principales la corta duración de los contratos o eventualidad, sumándose a doblaje de la jornada laboral en horas o a reducción al 75 % o 50 % rotación por centros asistenciales en cortos espacios de tiempo, dificultad para disfrutar de días de libre designación, disfrute de vacaciones unidos a la sobrecarga de trabajo por déficit de personal (Moncada, 2003). Datos obtenidos de una investigación de Casanovas (2006) manifiestan que la precariedad laboral en Enfermería se traduce en que la media de

contratos laborales firmados en una misma área de trabajo ha aumentado, el mismo porcentaje de profesionales ha firmado mayor número de contratos de menor duración en estos cuatro últimos años que en períodos anteriores, lo cual significa una reducción de la capacidad y autonomía en la planificación de la vida personal, aumentando también la rotación laboral del profesional y aumentando los estresores laborales y personales que llevan al profesional a una situación de sobrecarga laboral.

4 Calidad y continuidad de cuidados vinculada al bienestar en el trabajo de los profesionales

Datos obtenidos de estudios de las condiciones laborales actuales (Mesa, 2010) enuncian que el profesional sanitario al entrar en el mundo laboral se le exige ser productivo, desde la perspectiva económica además de tener un uso racional y eficiente de los recursos, usar lo mínimo requerido en tiempo y recursos para realizar su trabajo, afectando directamente a la calidad (Molina, 2007). Debido a la situación de precariedad laboral a la que va llevando el sistema económico, el profesional sanitario debe dedicarse también a tareas administrativas que requieren mayor tiempo, toda esta situación genera al profesional desgaste y agotamiento físico y mental. Las condiciones actuales a las que se ven sometidos inciden en la calidad con la que prestan cuidados y en la continuidad puesto que no se pueden dedicar como debieran a ellos al estar inmersos en otras múltiples tareas (Chicano, 2007).

Las organizaciones sanitarias públicas de España, disponen de excelentes instalaciones, infraestructura y profesionales con sus capacitaciones técnicas y humanas, en la actualidad y a pesar de las recomendaciones que hemos recibido a lo largo de la historia de nuestro SNS, la situación que se vive y la orientación que se está tomando está siendo inversamente equivocada, el profesional no percibe su bienestar laboral motivado por la sobrecarga en el trabajo, disminución del salario y disminución del tiempo y continuidad de contrato, motivando todo esto a una disminución de la calidad y continuidad de los cuidados prestados (Kerouac, 2005).

Discusión

A continuación destacamos elementos encontrados tras la triangulación de los elementos encontrados en este trabajo. Hemos observado la dificultad que tiene los profesionales al enfrentarse al mercado laboral de los sistemas sanitarios de salud, no hay un mismo funcionamiento para todos, ni unas mismas fechas. Nos encontramos con diecinueve bolsas de trabajo repartidas por Comunidades Autónomas, han aparecido bolsas más específicas derivadas de una demanda social (Valcárcel et al, 2008) que dificulta más aun la contratación de profesionales eventuales. Por tanto, debido a la diferencia de criterios de bolsas de trabajo es difícil adaptar un currículum adecuado, para optar a una contratación está influenciada por cuestiones políticas y económicas, no solo por cuestiones científicas. Los criterios de inclusión en Bolsa (BOJA, 2010) así como de pertenencia a una categoría específica son dispares según la Comunidad Autónoma, con escasa fundamentación, si comparamos las bolsas de varias Comunidades Autónomas.

Los profesionales se ven expuestos a mayor carga y desgaste laboral cuando encuentran compañeros que tienen poca experiencia en servicios que la requieren, resulta estresante para el profesional eventual (Mas et al, 1999) además de aumentar los riesgos en la seguridad del paciente.

En cuanto a la calidad asistencial detectamos cambios dentro de la misma Comunidad Autónoma o incluso provincia de programas tan específicos como el de

anticoagulados (Bel et al, 2004) la variedad de los programas dificulta la calidad asistencial y la continuidad de tratamiento del paciente, aumentando la probabilidad de efectos adversos. Se intenta homogeneizar la toma de muestras pero aún están latentes los costes que dificultan la homogeneización del sistema, estando vinculados dichos costes a recortes en prestaciones y contratación del personal enfermero.

Conclusiones

Podemos concluir enunciando que la bibliografía revisada pone de manifiesto que existe una relación directa entre la sobrecarga profesional, el estrés y el final abandono de la profesión en el peor de los casos. El actual momento económico condiciona a cada Comunidad a tomar diferentes decisiones sobre el sistema de empleabilidad enfermero, el continuo cambio de profesionales en un servicio y la incertidumbre que causa esta situación a los profesionales causa un estrés emocional y a su vez causa estrés en propios compañeros que no saben que compañero van a tener en sucesivos meses, situación que afecta a la calidad de los servicios prestados y a la continuidad de los cuidados recibidos por los pacientes que son los afectados indirectamente. La reducción de contratación afecta en la calidad asistencial del paciente. La calidad y la seguridad que ofrece el profesional que cambia continuamente de lugar trabajo y que está sometido continuamente a factores estresantes se ven afectados por la situación de crisis económica actual pudiendo llegar a producir efectos adversos no deseados por parte del profesional.

Se ha encontrado muy poca literatura publicada en nuestro país que trate las consecuencias de la contratación eventual en los profesionales sanitarios así como en los pacientes, en nuestra Comunidad Autónoma. La mayor parte de investigaciones se han realizado en otros países con diferentes Sistemas Sanitarios al nuestro. Sería interesante profundizar sobre esta línea de investigación, realizando un estudio cualitativo de los profesionales.

Bibliografía

1. Álvarez, M.L, García, M, Huerta, M y Palma, B (2003) Síndrome de Burnout y su relación con síntomas emocionales en el personal de Enfermería. Madrid. Calimed. 9(1):17-18
2. Atance, J (1997) Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal hospitalario. España. Revista Española de Salud Pública; 71: 293-303.
3. Ayuso, D, Grande, R.F (2006). La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
4. Barsky, A.J (1998). Paradox of Health. England. New England Journal of Medicine; 318; 414-418.
5. Bel, N, Guarino M, Alcalde, A et al (2014). Guía para el seguimiento farmacológico individualizado en personas con tratamiento de anticoagulación oral. Plan integral de cuidados de enfermería. Sevilla. Junta de Andalucía.
6. Bohle ,A, Baumgartel , M, Gotz, M, Muller E & Jocham D (2001) Burnout of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. J Urol; 165: 1158-1161.
7. BOA (2008). Pacto sobre selección de personal estatutario temporal en los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud en la Comunidad Autónoma de Aragón. Nº 24, 27 Febrero
8. BOC (2007). Acuerdo para la Selección de Personal Estatutario Temporal de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. Nº 20, 29 Enero.
9. BOCM (2006). Resolución por la que se aprueba la bolsa única para la contratación de personal temporal en la categoría profesional de ATS/DUE de Atención Primaria, Atención

- Especializada y SUMMA 112, en todos los centros sanitarios dependientes de la Consejería de Sanidad y Consumo en la Comunidad de Madrid. Nº 70, 23 Marzo.
10. BOCYL (2004). Orden que regula la cobertura de plazas de carácter temporal de personal estatutario y laboral de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Nº42, 2 Marzo.
11. BOCYL (2010). Orden de funcionamiento de las bolsas de empleo para la selección del personal estatutario temporal del Servicio de Salud de Castilla y León. Nº 61, 30 Marzo.
12. BOE (2003). Jefatura del Estado. Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Nº 301, 17 Diciembre.
13. BOE (2005). REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Nº 108, 6 Mayo
14. BOE (2012) REAL DECRETO 1192/2012, de 4 de agosto, regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de asistencia sanitaria en España.
15. BOJA (2005). Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Resolución de 18 de octubre de 2005, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud. Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad sobre el Sistema Selección de Personal Estatutario Temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud. Nº 211, 28 Octubre
16. BOJA (2010). Resolución del 21 de junio de 2010 por el que se dispone la aprobación y publicación del Texto Refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad sobre sistema de Selección de Personal Estatutario Temporal para puestos básicos en el Servicio Andaluz de Salud. Nº 137, 14 Julio
17. Bolsa GESMA (2009) Instrucciones para la presentación de solicitudes y funcionamiento de la Bolsa de trabajo temporal GESMA, disponible en <http://gesma.caib.es>
18. BON (2010). Orden foral 172/2009, de 24 de Diciembre, de la Conserjería de Salud, por la que se aprueban la normas sobre selección de personal para vinculaciones temporales en los centros y establecimientos sanitarios del Servicio Navarro de salud- OSASUNBIDEA. Nº 7, 15 Enero
19. BOPV (2008). Normativa vigente en materia de elaboración y gestión de las listas de contratación temporal en Osakidetza-Servicio vasco de salud. Nº 198 ZK , 16 Octubre.
20. BOR (2009). Bases que regulan los criterios para la formación y gestión de las listas de empleo temporal Nº 92, 27 Julio
21. BORM (2002). Orden de 12 de noviembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se regula la selección del personal estatutario temporal del Servicio Murciano de Salud. Nº280, 3 Diciembre.
22. British Association of Critical care nurses (1997) Position statement on nurse-patient ratios in critical care: Resourcing of Intensive Care services. Consultado 21 de abril de 2014. Available from [http:// www.bacn.org.uk/general_position_statement/ positionstatement.htm](http://www.bacn.org.uk/general_position_statement/positionstatement.htm)
23. Caballero, M.A, Bermejo, F, Nieto, R y Caballero, F (2001) Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. Aten Primaria; 27:313-317
24. De La Peña, E y Sanz, J.C. (2002) Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. Enfermería Clínica; 12 (2):59-64.
25. De Pablo, R y Suberviola, J. (1998) La prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en médicos de atención primaria. 22: 580-584.
26. Del Río-Moro, O, Perezagua-Gracia, MC y Vidal-Gómez, D. (2003) El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Rev Enferm Cardiol. 28(1):24-29.
27. DOG (2004). Pacto sobre Selección Temporal de Personal Estatutario para Vinculaciones Temporales en las Instituciones Sanitarias del Servicio Gallego de Salud. Nº104, 1Junio