

Cambio organizativo: Accesibilidad y Continuidad de Cuidados de Enfermería.



Encarna Martínez Sánchez.

Subdirectora de Enfermería de Continuidad de Cuidados.
Área VI, Vega Media del Segura. Región de Murcia.

Categoría a la que se presenta: Innovación en la Administración

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. CONTEXTODEL ESTUDIO.
3. DESCRIPCIÓN DE LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD, LOS RECURSOS HUMANOS Y LA POBLACION ATENDIDA.
4. ESPACIO FÍSICO Y HORARIOS DE ATENCION DE ENFERMERÍA.
5. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION ENFERMERA: POR TAREAS O POR POBLACIÓN.
6. JUSTIFICACIÓN.
7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.
8. METODOLOGÍA.
 - 8.1. TIPO DE ESTUDIO.
 - 8.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.
 - 8.3. VARIABLES DE ESTUDIO.
 - 8.4. CRONOGRAMA DE DESARROLLO.
 - 8.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.
 - 8.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.
 - 8.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.
9. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.
10. CONCLUSIONES
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICAS Y TABLAS

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

Gráfica 1. Resumen Indicador 1 Consulta Enfermera. Fuente: elaboración propia.

Gráfica 2. Resumen Indicador 2 Consultas tareas comunes. Fuente: elaboración propia.

Gráfica 3. Resumen Accesibilidad Área VI (2012-2014). Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Zonas Básicas de Salud, población adscrita, y recursos humanos. Resumen Área VI. Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Nº de Enfermeras, nº de consultas y horario. Fuente: elaboración propia.

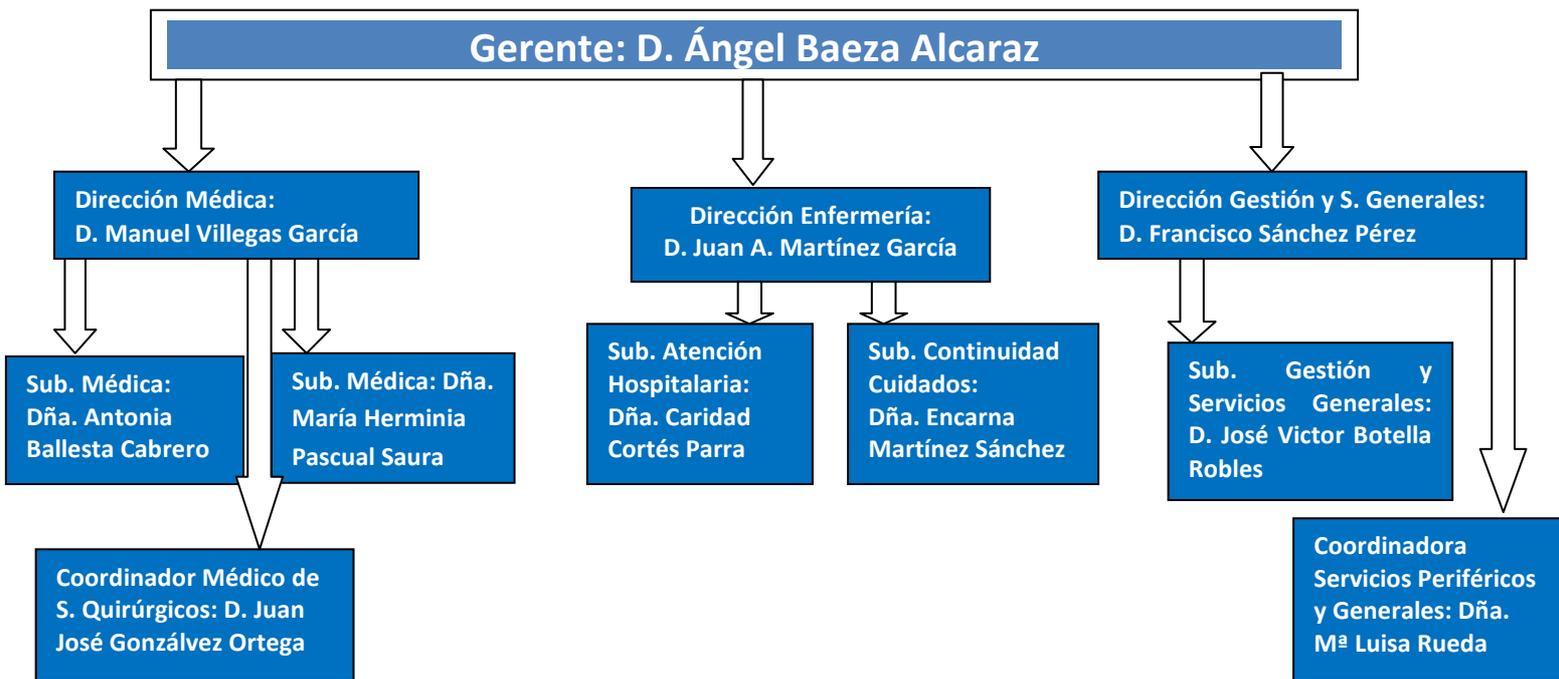
Tabla 3. Cronograma de implantación del cambio organizativo. Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Resumen de Indicadores 1 y 2 del Área VI con la Significación estadística (2012-14). Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Resumen de Indicador 3 Accesibilidad Área VI (2012-2014). Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria 2012 y 2014.

ORGANIGRAMA DEL ÁREA VI. SERVICIO MURCIANO DE SALUD



De izquierda a derecha Supervisora de Área Dña Patricia Moreno Pina, Gerente Área VI, D. Ángel Baeza Alcaraz, Subdirectora médica Dña Antonia Ballesta Cabrero, y la Subdirectora de Enfermería de Continuidad de Cuidados Encarna Martínez Sánchez.



De izquierda a derecha Supervisora de Área Dña Patricia Moreno Pina, Director de Enfermería D. Juan Antonio Martínez García, la Subdirectora de Atención Hospitalaria Dña Caridad Cortés Parra y la Subdirectora de Enfermería de Continuidad de Cuidados Encarna Martínez Sánchez.

La plantilla de profesionales, viene detallada en una tabla en el desarrollo del proyecto y la forma de comunicación es a través de teléfono, correo electrónico, intranet del Área, correo interno en cada centro de salud y whatsapps.

El nivel de participación de los Responsables de Enfermería y del área administrativa fundamentalmente, ha propiciado la implicación en el proyecto del resto de profesionales de cada centro de salud.

El proyecto lo presentamos como elemento clave y parte de los Acuerdos de Gestión a los Responsables de Enfermería en reuniones que mantenemos con una periodicidad bimensual, y posteriormente en cada centro de salud al resto de enfermeras para escuchar y adaptar en la medida de lo posible a las personas que componen los equipos y a las circunstancias de cada equipo.

Misión y Visión del Área VI del Servicio Murciano de Salud

Objetivo general: Contribuir a elevar el nivel de salud del Área

Líneas estratégicas para cumplir la Misión:

1. Fomentar la atención de tipo preventivo y de promoción de la salud
 - a. Garantizar la atención en aspectos como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impulsando la vigilancia de la salud.
 - b. Fomentar la implicación responsable de los ciudadanos con su salud.
 - c. Realizar el análisis de las necesidades de salud del área para distribuir los recursos
 - d. Establecer programas de colaboración con otros recursos sociales (ayuntamientos, asociaciones de vecinos, de consumidores, escuelas,...) que puedan contribuir a mejorar el nivel de salud y conseguir nuestros objetivos, bien mediante la educación para la salud, con servicios de apoyo u otros.
2. Atención de calidad basada en conocimientos científico-técnicos actualizados
 - a. Actualizar permanentemente los conocimientos científico-técnicos y garantizar una práctica clínica basada en la evidencia y la eficiencia.
 - b. Adecuar la incorporación y uso de nuevas tecnologías.
 - c. Desarrollar los sistemas de información y comunicación.
 - d. Adoptar la garantía de calidad como eje de mejora continua
 - e. Consolidar una Jornada anual del área para dar a conocer los resultados de investigación y docencia.
3. Gestión racional y sostenible los recursos
 - a. Conseguir un Área de Salud eficiente orientado a los resultados. Alcanzar la excelencia en la gestión de los procesos asistenciales
 - b. Utilizar de forma efectiva y eficiente los recursos materiales disponibles, así como optimizar los recursos humanos, adaptándolos a la organización y a las necesidades del paciente.
 - c. Disponer de una contabilidad analítica que permita, si fuera preciso, entre otras cosas, emitir facturas informativas del coste de la asistencia prestada.
 - d. Optimización, en base a la evidencia disponible, de los procesos clínico-burocráticos vinculados a la gestión de las ITs
 - e. Optimización de los procesos de facturación a terceros y cobros.
 - f. Promover convenios con instituciones docentes para que destinen recursos para la formación pre y post grado.
 - g. Promover el uso de los sistemas de información para optimizar recursos orientados a la historia clínica única.

4. Atención al medio ambiente.

- a. Compromiso de actuación sobre los condicionantes del entorno con mayor impacto sobre la salud (aire, agua, residuos y contaminantes químicos).
- b. Integración de la cultura ambiental y la mejora continua mediante la reducción del consumo, reutilización y reciclaje de la forma más genérica posible
- c. Uso racional de la energía y los recursos naturales.
- d. Reducir la contaminación producida.
- e. Mejora continua de la segregación y reciclado de residuos.

5. Atención a la docencia pre y postgraduada e investigación

- a. Intentar normalizar perfiles profesionales mediante formación continuada dirigida hacia la competencia más adecuada, al puesto que ocupa.
- b. Promover la investigación clínica dirigida a la mejora de la salud de nuestros ciudadanos.
- c. Mejorar la calidad de la investigación.
- d. Fomentar la formación de los profesionales para asegurar la generación de conocimiento y la actividad docente e investigadora.
- e. Acreditación de unidades docentes y mejora de calidad de formación sanitaria especializada.
- f. Incentivación de la Formación Continuada con Bolsas de congresos, Rotaciones por otras unidades, Formación en jornada laboral como una parte más de los derechos y obligaciones profesionales.

6. Atención en todo momento los requerimientos éticos y morales propios de la actividad y de la sociedad en su conjunto

- a. Proveer a los ciudadanos de su área de una atención sanitaria integral y humanizada.
- b. Fomentar el buen trato entre todo el personal, evaluación continuada sobre la calidad y trato a los pacientes y familiares.
- c. Revisar desde criterios bioéticos la docencia con pacientes reales. Valorar confidencialidad, consentimiento, información, previos a ser atendidos por estudiantes tanto de pre como de posgrado.
- d. Fomentar las buenas prácticas que eviten los conflictos de intereses.

7. Satisfacción de las expectativas de la población

- a. Orientar la atención a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

- b. Mejora de la integración y coordinación entre la Atención Primaria y la atención especializada.
 - c. Fomentar la participación ciudadana a través de los canales establecidos.
 - d. Información al usuario de la misión, visión, valores líneas estratégicas, objetivos y recursos y limitaciones del área VI.
 - e. Accesibilidad por parte de los usuarios a los datos/indicadores del área.
 - f. Presencia en los medios de comunicación, internet, foros ciudadanos, etc.
 - g. Intentar satisfacer las expectativas ciudadanas con la disponibilidad de recursos real.
 - h. Impulsar la participación ciudadana a través del Consejo de Salud del Área.
 - i. Revisión, mejora y actualización continua de los circuitos y al ciudadano.
8. Asegurar la equidad y accesibilidad
- a. Eliminar barreras de cualquier naturaleza que dificulten la accesibilidad tanto para usuarios/as y profesionales.
 - b. Promover la equidad
 - c. Controlar el uso inadecuado de recursos
9. Satisfacción de sus profesionales.
- a. Nuestra organización debe estar basada en los profesionales como su principal activo, preocupada por su satisfacción y desarrollo personal y profesional.
 - b. Desarrollar programas de incentivación y motivación a los profesionales
 - c. Participación de todos los profesionales en la toma de decisiones que
 - d. afectan a su unidad o servicio.
 - e. Distribución equitativa de cargas de trabajo
 - f. Fomentar el reconocimiento del trabajo en equipo en la atención del paciente.

Líneas estratégicas de la Visión:

1. Atención continuada, integral, integrada, basada en la gestión de procesos
- a. Propiciar grupos de trabajo, bien estables bien puntuales como estrategia de comunicación y de relación entre Hospital y Primaria
 - b. Buscar puntos de encuentro desde la gestión transversal del conocimiento.
 - c. Desarrollo de la Gestión Clínica. Creo que se trata de la herramienta necesaria para poder lograr de forma más eficaz cristalizar la visión en el contexto de la misión y los valores a propuestos.
 - d. Desarrollar la estructura de Área sanitaria.
 - e. Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas mediante el desarrollo de vías clínicas integradas entre niveles asistenciales.

- f. Unificación de historia clínica en todo el área VI.
 - g. Eliminar la complejidad de los trámites administrativos.
 - h. Establecer un calendario de reuniones periódicas entre equipo gestor y coordinadores de primaria y especializada, donde informar resultados de la atención, estado de los procesos, comunicación de incidencias y resolución de las mismas.
 - i. Calendario de reuniones periódicas entre representantes de equipos de Atención Primaria y especializada en las que valorar el funcionamiento de las vías clínicas, resolución de problemas e incidencias.
 - j. Unificación de protocolos, vías clínicas y guías de práctica clínica en toda el Área VI.
 - k. Garantizar la continuidad asistencial a través de mecanismos como la gestión de casos.
2. Disponer de infraestructuras adecuadas a los requerimientos y prestaciones sanitarias, seguras, cómodas y saludables.
- a. Integrar todos aquellos avances tecnológicos adecuados
 - b. Dotar a los equipos de los recursos necesarios personal, material, etc.
 - c. Sistemas de información que reconozcan todas las actividades y compatibles entre sí y con cada una de las unidades del sistema (historia clínica única que incluya los datos de las pruebas complementarias).
3. Atención segura del paciente
- a. Potenciar un sistema de gestión de riesgos eficaz que se extienda a toda la organización.
 - b. Mejorar las políticas de protección del paciente en el entorno sanitario, impulsando medidas encaminadas a mejorar la seguridad clínica.
 - c. Reducir la variabilidad, mejorar la seguridad clínica y la continuidad asistencial.

Descripción del Proyecto de Innovación

1. INTRODUCCIÓN

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

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

La morbimortalidad, el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades mentales, y la violencia en los últimos años, demandan la necesidad de un cambio en los sistemas sanitarios y plantea grandes **desafíos, tanto a profesionales clínicos como a gestores y políticos**. Sin embargo, **los sistemas de salud no cambian al mismo ritmo que lo hace la realidad sanitaria**.

La medicalización, la pobreza, la aparición de problemas de salud emergentes, y poco apoyo a las tareas de promoción de la salud, nos exige gestionar con el máximo rigor y eficiencia los recursos sanitarios de que disponemos y la única esperanza realista es que **las organizaciones sanitarias se reinventen desde dentro**.

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

Después de la **revisión de las actividades que se realizan en los centros de salud**, se evidencia que cada uno de ellos tiene una **organización** del trabajo y modo de funcionar **particular**, en los horarios de atención en el centro y en domicilio, hay **dificultades en la accesibilidad por parte del ciudadano a su Enfermera**, se usa el término Enfermera en femenino, por ser el adoptado por el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras, 1989) con lo que se dificulta que la Enfermera sea otra puerta de entrada al sistema sanitario. **Los espacios** disponibles son **escasos** en algunos centros de salud, no existiendo en algunos de ellos consultas para todos los profesionales. La misma **variabilidad** existe en relación a la **organización** de la actividad asistencial de las Enfermeras, sin olvidar la gran variabilidad en cuanto a la **práctica clínica**, ya que no hay cultura del uso de guías de práctica clínica que aseguren una asistencia sanitaria eficiente. No hay herramientas eficaces de comunicación entre los diversos escenarios

asistenciales que hagan posible la Continuidad de los Cuidados incluso en el mismo escenario asistencial con la organización existente y aunque existen protocolos y antiguos programas de salud, estos no se han actualizado y a menudo han sido olvidados por los profesionales sanitarios.

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

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

Esta reflexión, hizo que se planteara, realizar un **análisis profundo** de la situación que existe **en la organización de la atención Enfermera** en Atención Primaria en el Área VI, **valorando la actividad asistencial de las Enfermeras, antes y después de implementar unas estrategias para cambiar la organización** de las Enfermeras en los centros de salud y **pasar de atender a los usuarios en las consultas de tareas comunes a atenderlos en las Consultas Enfermeras con su enfermera de referencia, con el objetivo de facilitar la accesibilidad, y mejorar la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial**.

2. CONTEXTO DEL ESTUDIO

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

El mapa sanitario de la Región de Murcia (Figura 1) establece dos tipos de demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. La cifra de población según el Instituto Nacional de Estadística para la Región de Murcia fue de 1.466.818 habitantes, siendo 735.889 varones y 735.889 mujeres, según datos de 2014.

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

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



Fuente:www.murciasalud.es.

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

- Área I. Murcia Oeste. Hospital Universitario Virgen la de Arrixaca.
- Área II. Cartagena. Hospital Nuestra Señora del Rosell.
- Área III. Lorca. Hospital Rafael Méndez.
- Área IV. Noroeste. Hospital Comarcal del Noroeste.
- Área V. Altiplano. Hospital Virgen del Castillo.
- Área VI. Vega Media del Segura. Hospital Universitario José María Morales Meseguer.
- Área VII. Murcia Este. Hospital Universitario Reina Sofía.
- Área VIII. Mar Menor. Hospital los Arcos.
- Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

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

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

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

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

3. DESCRIPCIÓN DE LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD, LOS RECURSOS HUMANOS Y LA POBLACIÓN ATENDIDA

En la siguiente tabla se muestra las distintas zonas básicas de salud, la población atendida, y los recursos humanos del Área:

Tabla 1. Zonas Básicas de Salud, población adscrita, y recursos humanos. Resumen Área VI. Fuente: elaboración propia.

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

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

4. EL ESPACIO FÍSICO Y LOS HORARIOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La **variabilidad** sigue siendo la **constante** en el funcionamiento de los distintos equipos, el nº de profesionales, el espacio físico y también la distribución del tiempo de atención a la población. La jornada laboral de los equipos de Atención Primaria durante el periodo de investigación, pasaron de 35 horas a 37,5 horas semanales, repartidas de 8 a 15h de lunes a viernes, sábados de guardia de 8 a 15. Como podemos ver, otra modalidad que nos encontramos es el llamado “turno deslizante”, donde todos los profesionales del equipo pasan una tarde su jornada laboral, en vez de la mañana. Por último como Puntos de Atención Continuada los centros de Fortuna y Abanilla tienen su

jornada atención las 24 horas sábados y festivos. Funcionan los dos equipos, como Centro de Salud y servicio de urgencias (tabla 2).

Tabla 2. Nº de Enfermeras, nº de consultas y horario.

ZonaBásica de Salud	Nº Prof/Enf	Nº Cons/Enf	Turno/seman
Abanilla	6	4	24H
Alguazas	5	5	Mañanas
Archena	13	11	Mañanas
Ceutí	6	6	Mañanas
Fortuna	5	3	24H
Lorquí	4	3	Mañanas
Molina/A.García	13	13	Deslizante
Molina/JesúsMarín	17	17	Mañanas/tardes
Mu-Cabezo de Torres	10	6	Mañanas/tardes
Mu-Centro/ San Juan	11	11	Deslizante
Mu-El Ranero	6	6	Mañanas
Mu-Santa M ^a de Gracia	10	5	Mañanas/tardes
Mu-Vistalegre/La Flota	12	7	Deslizante
Mu-Zarandona	4	4	Mañanas
Torres de Cotillas	10	9	Mañanas

Nota: ZBS/G:zona básica de salud,nºprof/Enf:número de Enfermeras.

5. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ENFERMERA : POR TAREAS O POR POBLACIÓN

La **Atención Primaria de Salud**, como primer nivel de atención sanitaria, implica una **organización** que permitan **servicios globales, continuos, integrales y equitativos**. Lleva implícito la accesibilidad, reducir desigualdades, facilitar la participación de la Comunidad, y la coordinación intersectorial. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen los pilares básicos, exigiendo un esfuerzo interdisciplinar de políticos, profesionales, y ciudadanos.

La **Consulta Enfermera**, es un espacio que posibilita una mayor autonomía dentro del equipo multidisciplinar. La **atención Enfermera** se debe desarrollar en la **consulta a demanda, programada**, tanto en el **Centro de Salud como en el domicilio** del usuario. Sin embargo el correcto funcionamiento de la consulta a demanda **conllevala reorganización de las agendas** de las Enfermeras, teniendo disponibles **espacios de demanda, programada, domicilio y el ajuste del tiempo a las actividades que se tiene que realizar**.

La actividad asistencial de las Enfermeras de Atención Primaria se centra fundamentalmente en la **consulta programada, solo accesible** para la población **a través del profesional**, y las **consultas por tareas**, de demanda con **más accesibilidad**, donde la **población es atendida** para electrocardiogramas, curas, y técnicas en general, **cada día por una Enfermera diferente**.

Además de la Consulta de Enfermería, otro elemento clave para la Continuidad de los Cuidados, es la organización de la atención que prestan las Enfermeras. La asignación formal de la población a una Enfermera de referencia, proyecto CIVITAS, es una **oportunidad para asumir la atención integral y prestar Cuidados a una misma población**, intentando mejorar la Continuidad de los Cuidados, ser su Enfermera de referencia, asumir la responsabilidad de aumentar nuestra capacitación, y en definitiva mejorar la visibilidad de los Cuidados enfermeros.

La **problemática** radica en la **poca accesibilidad** a las consultas enfermeras y con la organización existente, **se fragmenta la atención** dentro del mismo escenario asistencial y **dificulta la continuidad de cuidados**. Esta organización, propicia que aunque hayan pasado 30 años de la reforma de la Atención Primaria y la profesión está alcanzando metas insospechadas a nivel académico, socialmente hay poca visibilidad de la prestación de los Cuidados de las Enfermeras.

Numerosos autores destacan que la **Continuidad de Cuidados**, referida a distintos escenarios, hospital y atención primaria... es clave y **se relaciona** con la **satisfacción** que muestran **los usuarios, la calidad de vida, menos hospitalizaciones, y menos medicalización**. En el mismo orden, otros autores apuntan, que mejorar la coordinación entre profesionales, produce en el usuario, **sensación de seguridad y cuidado**. Destacan además que **las fronteras entre niveles sanitarios son artificiales, son más bien debidas a la organización**

El **estudio** se enmarca teniendo como **referencia** las recomendaciones de la OMS en la conferencia de **Alma Ata**, con el documento de Salud para todos en el año 2000 y cuya estrategia sería la Atención Primaria de Salud. **Lalonde** en 1974, concluyó en una investigación, que los determinantes de la salud, no solo es la biología, el medio ambiente y los estilos de vida, también, influye la organización del sistema sanitario. Además la **Carta de Ottawa** donde unas de las **estrategias** de promoción de la salud es el **empoderamiento de la población y reorientar los servicios de salud**, ha sido uno de los mayores referentes a lo largo de mi vida profesional.

La investigación estará **acorde** con los planteamientos del **Ministerio de Sanidad, la Consejería de Sanidad, el Servicio Murciano de Salud y la Misión y Visión de la Gerencia del Área VI**.

6. JUSTIFICACIÓN

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

Tomando como referencia la definición de Consulta de Enfermería, se observa la necesidad de que las Enfermeras deben de prestar una atención integral a los ciudadanos, no por tareas sino por población asignada:

“La consulta de Enfermería es un proceso de atención directa, donde la Enfermera realiza promoción de la salud, así como prevención y rehabilitación de la enfermedad a las personas, de una forma integral, con una participación activa por parte del usuario y/o familia, y en la que se solicitan sus servicios para la resolución de uno o varios problemas de salud en el ámbito de sus competencias y funciones, siempre tratando de buscar la autonomía y la mejora del autocuidado, todo esto en el marco de trabajo de un equipo multidisciplinar.”(Gerencia Área VI, 2012)

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

Las consultas de tareas comunes, generalmente a demanda y de técnicas, se convirtieron en un “cajón de sastre”, donde la Enfermera pasaba ser una mera realizadora de técnicas (curas, inyectables, tapones, vendajes, etc.) a cualquier persona que lo necesitara perteneciera o no a su cupo de población.La población no tenía una Enfermera de referencia formal, ya que dependiendo de cual fuera su problema de salud, sería atendida en la consulta programada o en las consultas de tareas comunes de demanda general, por Enfermeras distintas. En esa fecha; más de 25.000 usuarios no tenían Enfermera asignada, como consecuencia la Continuidad de Cuidados dentro del mismo escenario asistencial no era posible.Además de todo lo anteriormente expuesto en el momento actual nos enfrentamos a varios retos y objetivos recogidos en el Plan de Salud de la Región de Murcia, el Contrato de Gestión y en la Cartera de Servicios. Objetivos dirigidos a dar respuesta a las necesidades de salud y enfermedad de la población, que tenemos asignada en el Área VI, mejorar la Continuidad de Cuidados entre los diferentes escenarios asistenciales, facilitar la accesibilidad de la población a la Consulta Enfermera y practicar la proactividad como elemento clave de la Atención Primaria.

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

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

Enfermera, a fin de asegurar la accesibilidad de las personas a las consultas de estos profesionales.

Para este estudio de investigación, la Consulta Enfermera constituye un importante instrumento que permite la visualización de los Cuidados enfermeros, dando lugar a la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial, junto con la oportunidad que nos brinda la asignación a la población de una Enfermera de referencia (Servicio Murciano de Salud, 2011).

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

7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A partir de estas cuestiones iniciamos el cambio organizativo, planteando los siguientes objetivos.

7.1 OBJETIVO GENERAL

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

Como objetivos específicos:

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

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

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

7.2 HIPÓTESIS

Es por lo que nos planteamos, si el cambio de la actividad asistencial Enfermera, de las consultas de tareas comunes a la Consulta Enfermera y con la población asignada, facilita la accesibilidad y la Continuidad de Cuidados dentro del mismo escenario asistencial.

Nos referimos al mismo escenario asistencial, es decir en Atención Primaria, ya que la literatura consultada, la mayoría de las veces, hace referencia a la continuidad de cuidados en distintos escenarios asistenciales hospital y atención primaria.

8. METODOLOGÍA

El lugar donde se ha realizado el estudio han sido los 15 EAP y los 23 periféricos que constituyen el Área VI.

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, de intervención y longitudinal.

8.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de referencia adscrita al Área de Salud VI, en marzo de 2012, momento en el que se inicia el estudio, la constituían 243.927 usuarios. La población de estudio, está integrada por todas las Enfermeras que desarrollan su actividad profesional en los Equipos de Atención Primaria del Área VI. Lo que supone un total de 142 Enfermeras. Considerando los criterios de inclusión y exclusión, el total de la muestra es de 132 Enfermeras, de las cuales el 70% son mujeres y el 30% varones, y cuya edad media es de 56 años.

8.3 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables estudiadas fueron:

- Presión asistencial en Consulta de Enfermería en el Centro de Salud definida como la media del número de usuarios adscritos al cupo, que atiende cada profesional al día.
- Presión asistencial en las salas comunes de Enfermería en el Centro de Salud, definidas como la media del número de usuarios adscritos al Centro de Salud, atendidas al día por todas las Enfermeras.
- Accesibilidad, definida como la posibilidad que tiene una persona para acudir a la Consulta de su Enfermera asignada, en vez de a la sala de tareas comunes, por iniciativa propia. Se considera el 100% de accesibilidad, cuando todas las Enfermeras del centro dispongan al menos de un espacio de demanda en su agenda.

La fuente de datos procede del aplicativo informático OMI-AP (oficina médica informatizada de Atención Primaria), y el SIAP (sistema de información de Atención Primaria de salud), ambas fuentes son del Servicio Murciano de Salud

Previo al estudio se realizó un pilotaje, que nos sirvió como punto de partida, debido a las sucesivas **reuniones con los distintos equipos** antes de implementar las **estrategias de cambio**(gestión de agendas, adecuación de espacio, comunicación intraequipo), en el resto del Área.

8.4 CRONOGRAMA DE DESARROLLO

En la tabla 3 se muestra el cronograma que se ha seguido para el desarrollo e implantación del cambio organizativo.

Tabla 3. Cronograma de implantación del cambio organizativo

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

8.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

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

8.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

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

El estudio ha seguido las consideraciones éticas relacionadas con el campo de la salud-enfermedad. El valor social o científico debe ser un requisito ético, entre otras razones por el uso responsable de recursos limitados.

8.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones encontradas durante la implementación de las estrategias de cambio, fueron entre otras:

Las resistencias al cambio por parte de algunos de los profesionales.

La escasez de estudios similares con implementación en la práctica clínica.

La gran dispersión geográfica del Área sanitaria estudiada.

9 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, pasamos a describir los principales resultados del estudio junto con la discusión e interpretación de los mismos.

El estudio se ha realizado en los 15 equipos de atención primaria del Área VI de salud de la Región de Murcia, y debido al gran número de EAP, mostramos las variables estudiadas de los 15 centros de salud de forma conjunta.

Los resultados siguen un orden por variables estudiadas, que comprenden en primer lugar la presión asistencial en la Consulta Enfermera, la presión asistencial en consultas de tareas comunes en el año 2012 (previo a la implementación de las estrategias) en relación al 2014 (después de la implementación).

Se ha comparado la actividad completa de un año, para evitar el sesgo estacional y se ha excluido el año 2013, por ser el año en el que se instaura el cambio en toda el Área.

Esta tabla 4 muestra el resumen de los resultados de los dos indicadores, el nº de consultas enfermeras y las consultas de tareas comunes en 2012 y 2014 respectivamente.

Se observa como en todos los casos el cambio ha sido significativo, a excepción de Zarandona porque su organización, era similar a la planteada en el estudio.

A nivel cuantitativo, se duplica y se triplica en el mejor de los casos, el número de personas atendidas en las consultas enfermeras.

A la inversa ocurre en el número de personas, atendidas en las consultas de tareas comunes, que disminuyen a la mitad o a un tercio como pueden observar en la tabla 4.

Tabla 4. Resumen de Indicadores 1 y 2 del Área VI con la Significación estadística (2012-14). Fuente: Elaboración propia

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

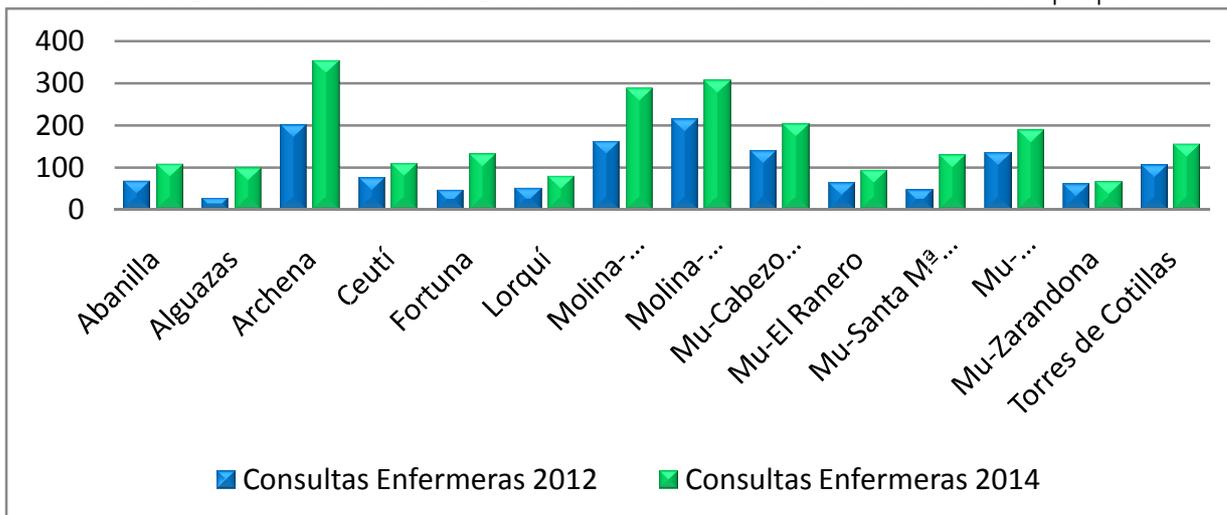
En la siguiente gráfica se muestra estos resultados, expuestos en la tabla anterior.

El modelo organizativo por población asignada a la Enfermera, es el defendido por numerosos autores, lo identifican como el más eficiente y deseable, como el más capaz de dar respuesta a las necesidades de Cuidados de la sociedad del siglo XXI.

Lo justifican y/o argumentan de diversos modos, pero de un modo más teórico que práctico y no evaluado numéricamente, por lo que los resultados obtenidos en este estudio resultan novedosos.

No se ha encontrado ningún estudio en la literatura consultada de carácter similar.

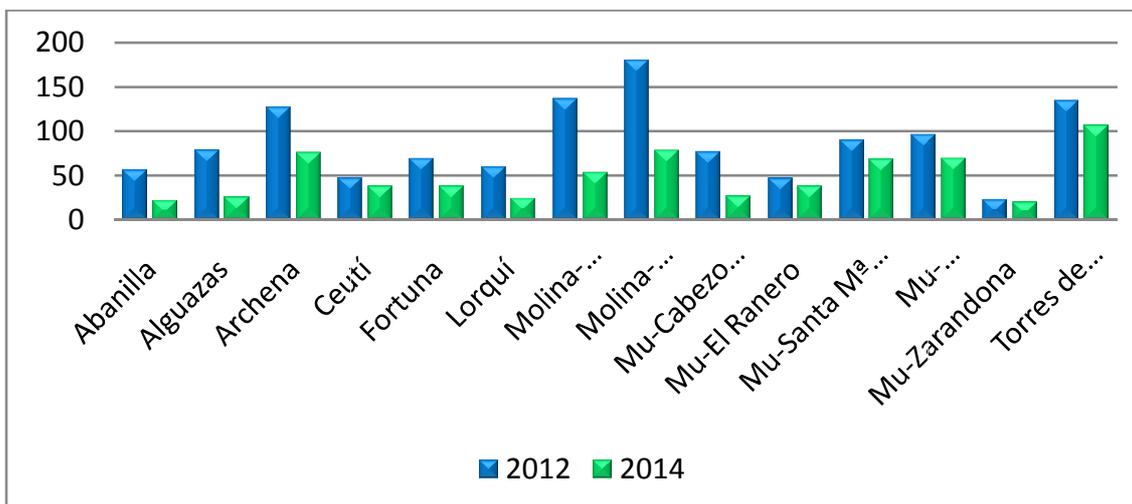
Gráfica1 Resumen Indicador 1 Consulta Enfermera. Fuente: elaboración propia.



En cuanto a las consultas de tareas comunes, se podía acceder por iniciativa de los usuarios o por derivación de otro profesional, atendida cada día con una Enfermera diferente. Así es difícil lograr la fidelización entre la Enfermera y la población asignada y la Continuidad de Cuidados. No se han encontrado estudios comparables que midan numéricamente este indicador.

Destacar los centros de Jesús Marín y Antonio García, ambos de Molina, Abanilla, Alguazas, Archena, Fortuna, Lorquí, y Cabezo de Torres, la gran presión asistencial y que era atendida en consultas de tareas comunes.

Gráfica 2. Resumen Indicador 2 Consultas tareas comunes. Fuente: elaboración propia.



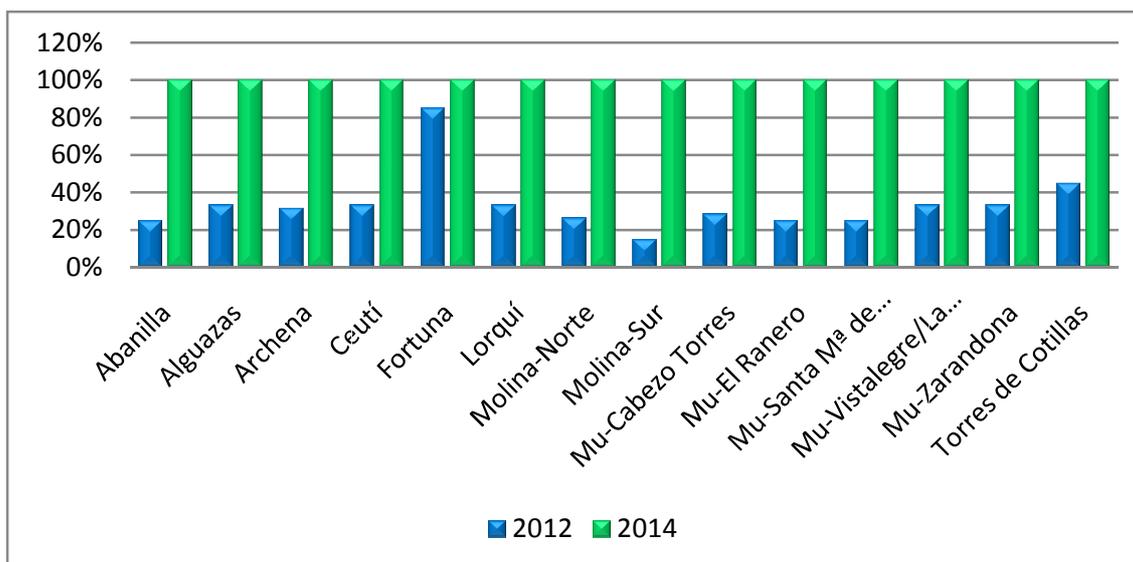
Con respecto a la accesibilidad, con la existencia de al menos un espacio de demanda en todas y cada una de las agendas de las Enfermera, ha permitido que este objetivo se ha alcanzado al 100%. Esta ha sido una estrategia en donde el apoyo del área administrativa ha sido fundamental (tabla 5).

Tabla 5. Resumen de Indicador 3 Accesibilidad Área VI (2012-2014). Fuente: Elaboración propia.

Área VI de Salud	Accesibilidad/ Indicador 3	
	2012	2014
Zona Básica Salud.	2012	2014
Abanilla	25%	100%
Alguazas	33,33%	100%
Archena	31,63%	100%
Ceutí	33,33%	100%
Fortuna	85,00%	100%
Lorquí	33,33%	100%
Molina A. García	26,31%	100%
Molina J. Marín	15,00%	100%
Mu-Cabezo Torres	28,60%	100%
Mu-El Ranero	25,00%	100%
Mu-Santa M^a Gracia	25,00%	100%
Mu-Vistalegre/La Flota	33,33%	100%
Mu-Zarandona	33,33%	100%
Torres de Cotillas	45,00%	100%

En la gráfica 3, observamos los datos sobre accesibilidad.

Gráfica 3. Resumen Accesibilidad Área VI (2012-2014). Fuente: Elaboración propia.



Las encuestas realizadas por la Consejería de Sanidad a través de la EMCA(evaluación y mejora de la calidad asistencial), con el objetivo de medir la calidad percibida y la valoración global de la satisfacción con la atención recibida, y a la vez identificar oportunidades de mejora, arrojan los siguientes resultados en relación a la atención recibida por las enfermeras del Área VI en el periodo estudiado.

Tabla 6: Encuesta de calidad percibida por los usuarios de A.P. 2012 y 2014

<i>Indicadores de Calidad</i>	2012		2014	
	<i>SMS</i>	<i>Área VI</i>	<i>SMS</i>	<i>Área VI</i>
% de personas que opinan que, la última vez acudió a la consulta de enfermería, le vieron a la hora que estaba citado	76.3	79.8	78.2	82.1
% de personas que opinan que, su enfermera les dedica siempre o casi siempre todo el tiempo que necesitan	90.8	92	92.2	92.1
% de personas que opinan que cuando les atiende su enfermera, confían en que siempre o casi siempre, sabe lo que tiene que hacer	88.7	88.7	89.2	92.9
% de personas que califican la atención domiciliaria recibida por la enfermera de buena o muy buena	87.6	90.4	91	94.5
% de personas que valoran como buena o muy buena la profesionalidad de las enfermeras que trabaja en su centro de salud	90.7	93.1	90.5	92.7
% de personas que valoran como buena o muy buena el trato que reciben del personal de enfermería que trabaja en su centro de salud	90.8	94	91.4	92.2
Media Global *	87.5	89,7	88.8	91.1

10 CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio, son las siguientes:

En relación al primer objetivo se constata un aumento en la actividad asistencial en la Consulta Enfermera que ha sido significativo en catorce centros de salud, tras la implementación de las estrategias. Manifestado por un aumento en 900 Consultas Enfermeras de media al día con la población asignada en toda el Área en 2014 en relación a 2012.

Así mismo, la actividad asistencial en la Consulta Enfermera con la población asignada, facilita la atención integral y la Continuidad de Cuidados en el mismo escenario asistencial.

En cuanto al segundo objetivo, se confirma una disminución de la actividad asistencial de las Enfermeras en las consultas de tareas comunes, estadísticamente significativo en 14 centros de salud. Objetivado por una reducción a la mitad de la actividad asistencial en las consultas de tareas comunes en 2014 con respecto a 2012.

Respecto al tercer objetivo concluimos, que la accesibilidad a la Consulta Enfermera se ha conseguido al 100%, en los quince centros de salud, al contemplar al menos un espacio de demanda al día, en las agendas de las Enfermeras.

Asimismo concluimos que el liderazgo de los Responsables de Enfermería y el apoyo del Área administrativa ha sido muy positivo.

Y que el nuevo modelo organizativo de atención en la Consulta Enfermera con la población asignada, facilita la fidelización con los profesionales de enfermería en vez del modelo de atención por tareas comunes.

Por tanto se confirma la hipótesis planteada en el estudio: El cambio de la actividad asistencial Enfermera de las consultas de tareas comunes a la Consulta Enfermera con la población asignada, facilita la Accesibilidad y la Continuidad de Cuidados dentro del mismo escenario asistencial.

Actualmente seguimos evaluando y reforzando el modelo implantado en toda el Área VI, intentando poderlo replicar en el resto de las Áreas del Servicio Murciano de Salud.

Finalizaremos con la cita de Einstein...“Si buscas resultados diferentes, no hagas siempre lo mismo”.



BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

Barragán, N., Arbonies, JC., (2008). Estrategias para gestionar el tiempo en la consulta de AP. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*,15(4), 207-16.

Bengoá, R., Nuño R. (2008). *Curar y Cuidar Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: ElsevierMasson.

Brugués-Brugués, A., Peris, A., Martí, L. y Flores, G. (2008). Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de Atención Primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Atención Primaria*, 40(8), 387-91.

Brugués A, et al. Evaluación de la gestión Enfermera de la demanda en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015. Doi.10.1016/j.aprim.2015.02.014

Calvo, MJ., Infantes Rodríguez JA., Solano, C., Rebollo, E., Martín, JL. (2015). La Enfermera de AP como garante de la Continuidad de Cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*;7(1). Recuperado el 16 de junio de 2015 de: <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1076&context=risai>

Carrillo-García, C. (2011). Un Estudio sobre la Satisfacción de la Vida Laboral en Profesionales Sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Región de Murcia. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería.

Cea D'Ancona, M.A. (2001). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis.

Cebrián, H. (2001). Trabajando en los equipos de Atención Primaria. ¿Con enfermería o sin enfermería?. *Atención Primaria*, 28 (supl 1), 45-6.

Collière, M. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los Cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-hill/Interamericana.

Comas D'Argemir, D. (2000). Mujeres, familia y estado del bienestar, En: Valle Murga M T. *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel.

Comisión de las Comunidades Europeas. (2002). El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Comunicación de

la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones Bruselas. Recuperado el 16 de noviembre de 2012 de: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2002-0452+0+DOC+PDF+V0//ES>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

García, M.A., Martín, V., Ramírez, D., González, Y., Hidalgo, I, Escribano, E. et al. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 219-26.

Gerencia Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia. (2011). Pacto de Gestión de Cartera de Servicios Murcia. Intranet Área VI <http://intranetmorales/>

Gerencia Área VI Vega Media del Segura de la Región de Murcia. (2012). Informe de actividad de la Subdirección de Continuidad de Cuidados. Intranet Área VI <http://intranetmorales/>

Gerencia del Área VI Vega Media del Segura. (2011). Borrador de la Misión y Visión de la Gerencia del Área VI Vega Media del Segura Murcia. Intranet Área VI <http://intranetmorales/>

- Gervas, J., Ortún, V., Palomo, L., Ripoll, M.A. (2007). Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 589-96.
- Girbés. M., Jurado, J.J., Rodríguez, J., Esteban, F., Aréjula, J.L., Fontova, T. et al. (2005). Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9). *Revista Administración Sanitaria*, 3 (1), 49-65.
- Gómez, N., Orozco, D., Carratalá-Munuera, C., Gil-Guillén, V. (2006). Evolución de la relación entre Atención Primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Atención Primaria*, 37(4),195-202.
- Gómez, N., Orozco, D., Merino, J.(1997). Relación entre Atención Primaria y especializada. *Atención Primaria*, 20(1), 25-33.
- Guerra, J.A., Anca, I.A. (2007). Motivos que condicionan el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Atención Primaria*, 39(7),349-54.
- Guirao-Goris, J.A. (2004). La medida del cuidado. *V Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria*. Murcia: Asociación Enfermería Comunitaria.
- Gutiérrez-Sequera, JL., Serrano-Ortega,N. (2014) Los Cuidados y la sostenibilidad del sistema sanitario público. *Enfermería Clínica*; 24(6):311-314 DOI: 10.1016/j.enfcli.2014.10.003
- Hernández-Aguado, I., Santaolaya M., Campos, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*;26(S):6–13. Doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.036
- Iglesias, J.L., Álvarez, M.M., Jiménez, M.J., Mira, M., Suffo, J.A. (2003). Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud. Sevilla: Distrito Sanitario de Atención Primaria Este-Sur. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Instituto de Información Sanitaria. (2010). Encuesta Nacional de Salud.

Lalonde, M. (1981). A new perspective en the health of canadians. Minister of national health andwefare. Minister of supply and services Canada.1ª ed. Ottawa.

Ley 14/1986 de 25 de Abril, Ley General de Sanidad, BOE núm. 102 §15207 (1986).

Ley 4/1994 de 26 de julio, de Salud para la creación del Servicio Murciano de Salud, BOE núm. 243 § 31657 (1994).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, BOE núm. 280 § 41442 (2003).

Ley 3/2009 ley de derechos y deberes de los usuarios de la sanidad pública de la Región de Murcia, BOE núm. 34 § 13608 (2011).

Lleras, S. (2011). Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 43(10), 522-23.

Martín-Zurro, A. (2003). *Prevención y promoción en las consultas de Atención Primaria: prioridades y efectividad. Atención Primaria*,32(1), 23-9.

Martin-Zurro, A. (2007). I Conferencia Española sobre Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica: un esfuerzo colaborativo interprofesional e interdisciplinario. *Atención Primaria*, 39(4),167-8.

Martín, F.J., Morilla, J.C., Morales, J.M., Gonzalo, E. (2005). Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y Enfermeras en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria*, 1(1), 35-42.

Martínez-Cañavate, T., Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D., López, L.A., Lardelli P. (2004). Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de Atención Primaria a partir de los factores del profesional y la organización. *Atención Primaria*, 34,137-8.

- Martínez-Inda, M.J. (2000). Implantación de la Consulta Enfermera en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. En: III Congreso Estatal Asociación Enfermería Comunitaria. Arnedillo (La Rioja).
- Martínez-Riera, J.R., Del Pino, R. (2006). Enfermería en Atención Primaria. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Martínez-Riera, J.R., Pérez-Pont, I., Martínez-Cánovas, P. (2003). Importancia de la Enfermera de referencia en la actividad de Enfermería en Atención Primaria. *Enfermería Científica*, 258-259, 43-51.
- Martínez, JR., Sanjuán, Á.,(2009) ¿Por qué hablamos de Continuidad de Cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?.*Revista Administrativa Sanitaria*;7(4):661-82).
- Martínez-Sánchez, E., Moreno-Pina, J.P., Leal-Llopis, J., Paredes-Sidrach de Cardona A., Avilés-Aranda J.D., Martínez-García, J.A.(2015) Seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria: una intervención proactiva., Comunicación oral. Congreso de la Sociedad de Calidad Asistencial de Murcia
- Meléndez, M., Montero, R., Jiménez, C., Blanco, L.E. (2001). Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Atención Primaria*, 28 (2), 91-6.
- Mínguez, J. (2011). La Cultura Enfermera: Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP). Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco estratégico para la mejora de la AP en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria Sanidad 2007.

- Miguélez-Chamorro, A., Ferrer-Arnedo, C. (2014). La Enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería Clínica*;24(1):5-11. Doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.002
- Mira, J.J., Build, J.A., Vitaller, J., Aranaz, J. (1997). ¿Es posible mejorar la coordinación en los niveles asistenciales? *Medicina Clínica*,109 (11), 439-45.
- Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I. et al. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y Atención Primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(5), 273-83.
- Moracho, O. (2011). Benchmarking y Cottleing: eficiencia en acción. *Revista de Calidad Asistencial*;26(5):278---280. Doi:10.1016/j.cali.2011.08.001
- Morales-Asencio, J.M. (2014). La gestión de casos y las enfermedades crónicas complejas: conceptos, modelos, pruebas e incertidumbres. *Enfermería Clínica.*;24(1):23-34. Doi: 10.1016/j.enfcli.2013.10.002
- Nuño-Solinís, R.(2014). Social and organizational innovation to tackle the challenge of integrated care of the chronically ill. *EnfermClin.*; 24(1):18-22. Doi.10.1016/j.enfcli.2013.08.007
- Olmedo Lucerón, MC., Sanchidrián de Blas, C., Pla´ Mestre, R., Puente González, M.D, Rodríguez Pérez, P. (2010) Sistemática para la protocolización de los Cuidados de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*;25(5): 268–274. Doi: 10.1016/j.cali.2010.04.002
- Ollero Baurome, M., Orozco Beltrán, D., Domingo Rico, C., Román Sánchez, P., López Soto, A., Melguizo Jiménez, M., Bailón Muñoz, E., Ruiz Cantero, A., Ortíz Camuñez, M., Cuello Contreras, JA. (2011). Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Declaración de Sevilla. *Revista Clínica Española*;211(11):604-606. Doi:10.1016/j.rce.2011.09.007

Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, BORM núm.103 § 20473 (2009).

Orden SAS/1349/2009, de 6 de Mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), BOE núm. 129 § 44697 (2009).

Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Alma Ata. Ginebra*.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ottawa, Canadá.

Ortega-López, RM., Tristán-Rodríguez, A., Aguilera-Pérez, P., Pérez-Vega , ME., Fang-Huerta, MA.(2014) Cuidado de enfermería en pacientes postoperada de mastectomía: estudio de caso. *Revista Cuidarte*; 5 (2): 842-50. Recuperada el 23 de junio de 2014 de file:///C:/Users/jmp11b/Downloads/Dialnet-CuidadoDeEnfermeriaEnPacienteDePostoperadaDeMastec-5069192.pdf

Palomo, L., Gené-Badia, J., Rodríguez-Sendín, J.J. (2012). La reforma de la Atención Primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(S),14-19.

Palomo, L. (2010). La Atención Primaria entre la crisis y el liderazgo social. Madrid: GPS/FADSP/Fundación “1º de Mayo”.

Pérez, G.(2004). Asociación de Enfermería Comunitaria: 10 años fundamentando los Cuidados de la comunidad. *Enfermería Global*, 3 (1) Recuperado el 16 de noviembre de 2013 de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/597/619>.

Pérez-Vico-Díaz de Rada L, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G, Brito-Brito R, Rufino-Delgado T. (2013) Competencias Enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. *Revista de Enfermería*; 7 (2).

Real Decreto 55/2005 de 21 de Enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios de Grado, BOE núm. 21 § 2842 (2005).

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Ministerio de Educación y Ciencia, BOE núm. 206 § 44037 (2007).

Redondo, S., Bolanos, E., Almaraz, A., Maderuelo, J.A. (2005). Percepciones y expectativas en la Atención Primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en los sistemas de salud. *Atención Primaria*, 36 (7), 358-63.

Rodrigo, M. (2011). Los profesionales sanitarios y la Calidad: No solo es cuestión de dialéctica. *Revista Calidad Asistencial*, 26(2), 73-5. Doi:10.1016/j.cali.2011.02.005

Rodríguez, C., Cebriá, J., Corbella, S., Segura, J., Sobreques, J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam*, 13,143-50.

Salmerón-Arjona, E., Núñez, E., Lario, S., Inclán, A., Piqueras, R., Muñoz, E. (2006). Proceso de cambio organizativo: personalización de la demanda Enfermera. En: libro de ponencias del I Congreso de Enfermería de familia y comunitaria de la Región de Murcia. Moratalla: Sociedad de Enfermería Comunitaria de la Región de Murcia.

Sánchez-Martín, CI. (2014) Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*;24(1):79-89). Doi:10.1016/2013.12.007

Sarlet, A., García, A. (1996). Educación para la salud. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Naullibres.

Seapremur. (2010) Autocuidado. Recuperado el 20 de noviembre de 2011 de: http://www.seapremur.com/La_salud_por_la_integridad/autocuidado.htm.

Servicio Madrileño de la Salud. Enfermería en Atención Primaria. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Recuperado el 22 de enero de 2012 de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0079.php>)

Servicio Murciano de Salud. (2011). Proyecto CIVITAS. Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Servicio Murciano de Salud. Enfermera gestora de casos en el SMS. Programa Pilotaje 2010. Recuperado el 16 Septiembre 2013. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/taller_gestión_casos_2010/tripticformacionharvard_2009_4.pdf

Servicio Valenciano de Salud. Consulta de Enfermería en Atención Primaria. (2007). Consulta de enfermería a demanda. Documento básico. Valencia: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA). (2004). Análisis de la situación y propuestas de mejora de la enfermería de Atención Primaria de Asturias. Recuperado el 12 de dic. de 2004, disponible en: <http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Informes/Analisis%20de%20la%20situacion%20y%20propuestas%20de%20reforma%20de%20la%20enfermeria%20de%20A.P.%20en%20asturias.pdf>

Soldevilla, J.J. (2003). Enfermería Gerontológica: un futuro halagüeño. *Revista de la escuela universitaria*. Recuperado el 12 de Noviembre 2011 de: http://www.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/avances_enfermeria/Enfermeria%20gerontologica%20un%20futuro..pdf

Solé-Casals, M., Chirveches-Pérez, E., Alsina-Ribas, A., Puigoriol-Juventeny, E., Oriol-Ruscalleda, M., Subirana-Casacuberta, M. (2015). La Continuidad de Cuidados desde el hospital de agudos: resultado. *Enfermería Clínica*; 25(4):177-185. Doi:10.1016/2015.04.005 1130-8621.

Subdirección de Continuidad de Cuidados. (2012). Informe de Actividad Subdirección de Continuidad de Cuidados. Documento interno de trabajo.

Tarruella-Farré, M. (2013) Registros de enfermería: porqué, para qué y cómo. *Revista Tesela*; 14. Recuperada el 21 de Octubre de 2014 de <<http://www.index-f.com/tesela/ts14/ts9378.php>

Terraza, R., Vargas, I., Vázquez, M.L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-95.

Tobar, F. (2002). Modelos de Gestión en Salud. Buenos Aires.

Torres-Ricarte, M., Crusat-Abelló, E., Penuelas-Rodríguez, S., Zabaleta-del-Olmo, E. (2015). El Nurse-led en la Atención Primaria de Salud: una oportuna y prometedora innovación organizativa. *Enfermería Clínica*; 25(2):87—91. DOI: 10.1016/j.enfcli.2014.12.010

Universidad Pompeu Fabra Código de buenas prácticas. Recuperado el 15 de abril de 2012 de: <http://www.um.es/web/vic-investigacion/contenido/vicerrectorado/estructura/comisiones/etica-investigacion/codigo-buenas-practicas>

Vuori, H. (1984). El cambio de la asistencia ambulatoria a la A.P.S. *Atención Primaria*, 1,3-4.

