

ESTUDIOS DE LA FUNDACIÓN

“ESTUDIO SOBRE LA ENFERMERIA COMUNITARIA EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD”

Enero 2008



Fundación Sindical de Estudios

Sebastián Herrera, 12. 28012 Madrid. Tel.: 915063056. Fax: 914684058

fse@fundacionsindicaldeestudios.org | www.fundacionsindicaldeestudios.org

Trabajo realizado por: Josefa García Gil, Purificación Carmona Soler, Benito Dieguez Sánchez, Victor Langreo Oliver, Agustín Reoyo Jiménez, Rosa M^a Cuadrado Abad, que contiene la realización de dos cuestionarios entre el personal de enfermería, para lo que se han realizados dos encuestas, en la primera han participado 530 profesionales y en la segunda 860.

INDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

MATERIAL Y MÉTODOS

PRIMER CUESTIONARIO

SEGUNDO CUESTIONARIO

RESULTADOS GLOBALES DEL PRIMER CUESTIONARIO DEL ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

RESULTADOS GLOBALES DEL SEGUNDO CUESTIONARIO DEL ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

DISCUSIÓN

1) RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

2) COMPETENCIA PROFESIONAL: FUNCIONES Y TAREAS

3) MODELO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

4) LA FORMACIÓN CONTINUADA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA

5) RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL

6) MODELOS ASISTENCIALES

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

AGRADECIMIENTOS

PRESENTACIÓN

La reforma de la Atención Primaria y sus continuas transformaciones han supuesto que sus profesionales hayan tenido que ir modificando y adaptando su papel ante las nuevas necesidades, tanto organizativas como asistenciales, lo que, de otra parte, ha propiciado nuevos retos y nuevas oportunidades de desarrollo profesional, fundamentalmente para la enfermería.

Estas reformas posibilitaron que las/os enfermeras/os dispusieran de una consulta propia para atender a la población desde una concepción distinta a la del modelo sanitario tradicional, así empezaron a tener sentido conceptos como educación sanitaria, promoción y prevención de la salud, etc., desde la perspectiva de la enfermería comunitaria.

No obstante el diseño y desarrollo de este modelo ha tenido serios problemas de ejecución, algunos endógenos, como la resistencia de otros colectivos a aceptar el papel y a trascendencia de la enfermería y otros exógenos como el envejecimiento poblacional y su notable incremento, producido básicamente para el fenómeno de la inmigración.

Cualquier estrategia para mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales pasa por el conocimiento y análisis de la situación real, y ese es el objetivo prioritario y fundamental del estudio que aquí os presentamos.

La sola realización del estudio, la información analizada previamente a su elaboración, las reuniones llevadas a cabo y las expectativas que generaron los primeros resultados han supuesto un proceso de sensibilización y capacitación de las personas con responsabilidades

en la acción sindical y en la negociación de las diferentes áreas de A.P., lo que supone un valor añadido al estudio.

Con la publicación, distribución y difusión del estudio pretendemos reforzar estos procesos de sensibilización y conocimiento de los/as delegados/as sindicales lo que, esperamos, redunde en un nuevo impulso que propicie la presencia de CC.OO. en los equipos de A.P., como garantes del desarrollo de un modelo sanitario público de calidad.

Para finalizar quiero agradecer el trabajo de todas las personas que han contribuido en realización de este estudio y muy especialmente a los delegados y a las delegadas de CC.OO. en A.P. y la Secretaría de A.P. de la Federación de Sanidad de Madrid.

Un saludo,

Manuel Rodríguez Núñez

Secretario general de la Federación de Sanidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

La profesión enfermera ha sufrido profundas transformaciones en las ultimas décadas, adquisición de rango universitario, crecimiento de un cuerpo de conocimientos propios, especialización, aparición de nuevas profesiones en materia de Salud, desarrollo tecnológico y su impacto en la profesión...etc.

Asimismo, en Atención Primaria, las enfermeras han sido los profesionales que más sustancialmente han transformado su papel al incorporarse a los equipos de AP. No cabe duda acerca del esfuerzo que muchos profesionales realizaron para adaptarse a los requerimientos y exigencias organizativas y funcionales de los centros de salud, pero parejo al esfuerzo, la satisfacción, porque la reforma de AP les brindaba como colectivo ventajas laborales y sobre todo una oportunidad de autonomía y desarrollo profesional.

Estas mejoras en el desarrollo profesional estaban ligadas, por una parte, a la gran importancia que se concedió en los comienzos de la reforma a las actividades de educación sanitaria, de promoción y prevención y por otro lado, a la creación de las consultas de enfermería, lo que permitió a las enfermeras/os salir de la consulta del médico y disponer de un espacio propio para atender a la población de una forma más acorde con los contenidos del nuevo modelo.

Sin embargo, el tiempo transcurrido desde los inicios de la reforma arroja también puntos oscuros sobre las enfermeras/os (a partir de ahora: enfermeras) y sobre la AP: el producto enfermero en la cartera de servicios de AP del INSALUD, se entendió siempre como un producto intermedio dentro del proceso asistencial y en la evaluación de la cartera de servicios los indicadores utilizados para estos profesionales fueron la presión asistencial tanto en consulta como en domicilios, ignorando el resto de las actividades independientes de servicios enfermeros.

Al mismo tiempo, los cambios sociales que se han producido en los últimos años (aumento y envejecimiento de la población, de la inmigración, incremento de la oferta de servicios), han traído consigo un aumento de la demanda asistencial y una clara sobrecarga de actividades, bien porque hay un sobredimensionamiento de la asignación de población por enfermera, bien porque desde hace algunos años, la dotación de enfermeras en los centros de salud viene siendo claramente deficitaria. Existe pues, una falta de profesionales y una inadecuada distribución de los mismos no existiendo en la actualidad criterios que permitan una adecuación de ratios equitativa.

En el momento actual se percibe un estado de preocupación y reflexión sobre el papel de las enfermeras en los EAP. Se publican un gran número de artículos y ponencias y se organizan debates y/o foros de discusión con el fin de analizar y debatir el modelo de AP y el papel que tienen las enfermeras en ella. Se han realizado numerosos trabajos de investigación sobre burnout en los trabajadores de la AP, y especialmente en la enfermería, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que para la salud de las mismas, tiene la sobrecarga de trabajo, y el poco reconocimiento institucional que percibe el colectivo.

Del mismo modo somos conocedores de múltiples estudios cuantitativos, elaborados en la mayor parte de los casos sobre la calidad de la vida laboral y/o clima laboral en el colectivo enfermero (CoPsoQ, Istas 21, psqcat21, CVP.35), llevados a cabo en diversas áreas de la Comunidad de Madrid y/o en otros Servicios de Salud.

Se decidió escoger un diseño cualitativo por las características intrínsecas del estudio, ya que lo que se pretendía obtener era la opinión de los sujetos de la muestra y las técnicas de investigación cualitativa, a diferencia de las cuantitativas, se orientan hacia la explicación y análisis de los fenómenos, de forma comprensiva, dinámica y con el propósito de generar ideas, compartir experiencias e intuir tendencias para el futuro.

Asimismo, las técnicas de consenso permiten obtener unas estimaciones cuantitativas a partir de estrategias cualitativas, determinando el grado de acuerdo existente entre los participantes respecto al tema abordado, teniendo especial utilidad cuando, como en este caso, se trabaja con elementos altamente subjetivos.

Debemos suponer pues, que los resultados del presente estudio, no solo no contradirán las conclusiones de los estudios cuantitativos sino que posiblemente hagan emerger una realidad de luces y sombras que necesariamente se pierde en los enfoques cuantitativos, a la vez que posibilitará avanzar en el conocimiento y diferenciación de la problemática laboral y/o profesional que es común a todas las áreas sanitarias y aquella que es específica de cada área en concreto. Los resultados, análisis y conclusiones del presente estudio, son un primer intento de diagnóstico del colectivo enfermero de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS

- Recoger información sobre la percepción que los profesionales enfermeros de la Comunidad de Madrid, tienen sobre su situación laboral y desarrollo profesional
- Identificar su problemática y medir el grado de importancia que estos otorgan a cada uno de los problemas identificados
- Profundizar en los problemas detectados por las enfermeras en la primera parte del estudio.
- Objetivar el grado de importancia que los profesionales otorgan a cada uno de ellos.
- Tratar de conseguir una mayor implicación del colectivo en el análisis, reflexión y búsqueda de mejoras del desarrollo profesional y organización de su trabajo en la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
- Elaborar propuestas de mejora de las condiciones laborales y profesionales de la Enfermería.
- Dejar abierto un proceso y un foro de debate de los problemas más relevantes del colectivo y de la Atención Primaria.
- Llamar la atención de las autoridades competentes sobre el sentir y la situación de la enfermería y la Atención Primaria.
- Elaborar un informe donde se resuma el objeto de estudio, los pasos seguidos durante el proceso y los resultados obtenidos. Este informe deberá llegar a los profesionales que han participado en el estudio, acompañado de una carta de agradecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se decidió escoger un diseño cualitativo por las características intrínsecas del estudio, ya que lo que se pretendía obtener era la opinión de los sujetos de la muestra y las técnicas de investigación cualitativa, a diferencia de las cuantitativas, se orientan hacia la explicación y análisis de los fenómenos, de forma comprensiva, dinámica y con el propósito de generar ideas, compartir experiencias e intuir tendencias para el futuro.

Asimismo, las técnicas de consenso permiten obtener unas estimaciones cuantitativas a partir de estrategias cualitativas, determinando el grado de acuerdo existente entre los participantes respecto al tema abordado., teniendo especial utilidad cuando, como en este caso, se trabaja con elementos altamente subjetivos.

El ámbito del estudio son las enfermeras de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

El acceso a las mismas lo realizaron los delegados de CCOO de las distintas Áreas, que presentaron el estudio, repartieron los cuestionarios y establecieron un tiempo de recogida de los mismos: Un mes para el primer cuestionario y dos para el segundo que era más complejo. El resultado debía enviarse a esos mismos delegados que a su vez lo hacían llegar al grupo investigador. Los cuestionarios eran anónimos y voluntarios. Los porcentajes de participación se encuentran en resultados.

Se pasa a describir ahora la evolución de las distintas fases del estudio:

En la fase preliminar del estudio, se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas grupales (grupos focales), como técnica para la recopilación de información y para lograr un conocimiento asociado a las actitudes, sentimientos, creencias y experiencias del colectivo enfermero, y que hubieran sido muy difíciles de obtener, con suficiente profundidad, utilizando otras técnicas tradicionales.

Se llevaron a cabo 3 grupos focales, cada grupo realizó una reunión con una duración de unas 3 horas aproximadamente, para cada una de las sesiones. El número de participantes por grupo osciló entre 5 y 8 personas, entre las cuales, una era el conductor/moderador de la sesión y otra un observador, el resto de participantes, eran profesionales de la enfermería con un mínimo de 5 años de experiencia en Atención Primaria

Cada grupo contó además, con la presencia de un profesional/experto en diversos campos relacionados con la enfermería de la Atención Primaria para que desde sus diferen-

tes ámbitos de actuación, aportaran su visión del presente y futuro de las enfermeras en general y en particular, de la Comunidad de Madrid y permitieran una aproximación y discusión multidimensional de la profesión enfermera., de acuerdo con los propósitos de la investigación.

Algunas de las contribuciones de cada uno de los grupos fueron:

Grupo 1.- Javier Segura (Técnico Superior de Salud Pública)

- En el inicio de la AP. Importancia de lo comunitario
- Protagonismo y transformación de las enfermeras
- Múltiples experiencias poco publicadas y contrastadas
- Progresivo abandono de lo comunitario por todos los colectivos
- Importantes cambios en el sistema con predominio de lo clínico
- Necesidad de superar lo corporativo y buscar alianzas

Grupo 2.- Emilio Irazábal (Psicólogo COF)

- Implicación mayoritaria de las enfermeras en el trabajo comunitario y con grupos
- La identidad del profesional viene dada por su titulación y su práctica
- El liderazgo propicia prácticas innovadoras
- Hoy, cansancio de aquellos profesionales. Se han abandonado las iniciativas.
- Importancia de la presión asistencial y los cambios de modelos
- Soledad del profesional
- Importancia del apoyo del grupo.

Grupo 3.- Manuela Medina (Enfermera Docente)

- Gran evolución en las enfermeras de AP
- Estancamiento y tareas delegadas en las enfermeras de AE
- Creencia generalizada de que el saber esta en el hospital
- Gran pasividad. Faltan líderes. Las jóvenes enfermeras son conformistas
- Frustración por falta de prestigio social y reconocimiento profesional

Con todos estos datos y la percepción del grupo investigador, se consideraron de interés una serie de aspectos relacionados con la profesión, tales como:

- Revisión del concepto de Enfermera de Familia
- Disminución progresiva del número de trabajadoras enfermeras con relación al crecimiento de la plantilla total
- Libre elección del profesional enfermera
- Concepto de visita domiciliaria-aviso
- Implicaciones del modelo retributivo
- La Carrera Profesional
- Las Especialidades de Enfermería
- Reconocimiento y retribución de la docencia a alumnos de pregrado

Pero se debía comprobar el grado de importancia que le daban los profesionales, para lo cual se planteó un estudio cualitativo en el que en su inicio se cuantificaran los problemas más importantes percibidos por los profesionales y posteriormente se pudiera profundizar en ellos. Así, se utilizaron dos tipos de encuestas distintas y consecutivas. Su contenido se especificará más adelante

El proceso utilizado fue el siguiente:

Se elaboró y se distribuyó un primer cuestionario, en el que se pedía a todas las enfermeras de AP de la CAM que enumeraran los principales problemas que tienen en su vida profesional. Una vez analizado, valorados sus resultados y enumeradas sus prioridades, se elaboró un pequeño informe con la metodología empleada, los resultados globales de toda la Atención Primaria de Madrid y los específicos de cada Área de Salud y, junto con una carta de agradecimiento y presentación de una nueva encuesta, en la que se profundiza en el contenido de los principales problemas, de nuevo se repartió a todas las enfermeras de las 11 Áreas por medio de los delegados de AP de las mismas.

Al mismo tiempo, se hicieron presentaciones públicas del trabajo y debates, en distintas Áreas, con el afán de difundir estos primeros resultados y fomentar la participación del colectivo. A dichas presentaciones se invitó a todos los miembros del EAP que quisieran acudir, por dos motivos principales:

En primer lugar, en este proceso inicial de investigación, quedó patente que los problemas que aparecían no eran, muchos de ellos, específicos de la enfermería, sino que estaban íntimamente relacionados con el deterioro progresivo de toda la AP.

Además, entre los problemas principales detectados, estaba la falta de reconocimiento de los compañeros, en buena medida por el abandono de la idea de trabajo en equipo, presión asistencial etc.

Estos primeros resultados fueron además presentados en la “Jornada debate de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid” que organizó la federación de Sanidad de CCOO el día 28 de Septiembre de 2006.

Las conclusiones previas de la segunda encuesta se mostraron en la “Jornada de Enfermería de la Atención Primaria de Madrid”, que se realizó en la Federación de Sanidad de CCOO de Madrid el pasado 23 de Enero de 2007

Finalmente se elabora un informe donde se resume el objeto de estudio, los pasos seguidos durante el proceso y los resultados obtenidos. Este informe deberá llegar a las personas que han participado en el estudio, acompañado de una carta de agradecimiento.

PRIMER CUESTIONARIO

La encuesta, anónima, contenía una pequeña introducción con el objeto del estudio, las preguntas específicas y una serie de datos sociolaborales (edad, sexo, situación laboral, área sanitaria y años de ejercicio profesional). En ella se solicitaba que enumeraran a su criterio los 5 problemas más importantes en su actividad profesional

Todos los participantes de la encuesta contestaron a todas las preguntas y se decidió analizar aquella que requería ordenar los principales problemas percibidos en Atención Primaria.

El criterio para ser elegido como participante ha sido: trabajar como enfermero/a de Equipo de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, en la fecha de inicio del estudio.

El cuestionario fue entregado a los participantes en sus Centros de Salud por Delegados Sindicales de las 11 áreas de la Federación de Sanidad de Madrid de CCOO y devueltos por correo interno, a las Secciones Sindicales de las mismas, una vez cumplimentados, entre marzo y abril del 2006.

Los datos se codificaron con los programas informáticos Microsoft Access y Microsoft Excel y posteriormente, el análisis estadístico de los datos, se realizó con el programa Epi-info 2002 versión 3.3.2 versión española y el programa estadístico SPSS versión 12.0 para Windows.

SEGUNDO CUESTIONARIO

Continuando con la metodología cualitativa, se elaboró un segundo cuestionario anónimo, confidencial y voluntario, con 27 ítems a los que se solicita el grado de conformidad o desacuerdo en una escala de 5 grados (desde nada de acuerdo a muy de acuerdo, pasando por: “me es indiferente”). Siempre en función de los resultados de la primera encuesta, excluido el problema principal de exceso de cargas de trabajo.

Nuestro ámbito de estudio fueron todos los profesionales de enfermería de las 11 Áreas de Salud de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Los delegados de CCOO de las mismas, distribuyeron los cuestionarios entre las enfermeras de todos los EAP durante el mes de Septiembre de 2006.

En la encuesta anónima se recogían los datos de filiación de los profesionales: edad (estratificado en tres grupos: 20-35, 36-50, 51-65 años), sexo, situación laboral (propietario, interino y suplente o eventual) y el Área de Salud en la que trabajaban.

Con respecto a las preguntas, fueron agrupadas en varios bloques que facilitaran su análisis, profundización y comprensión, teniendo en cuenta los ámbitos de preocupación de la enfermería detectados en la primera parte del estudio, en el cual, el problema principal detectado fue la sobrecarga de trabajo.

Así, los bloques son los siguientes:

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

(Preguntas 1, 8, 16 Y 22):

Se hace referencia: a la infraestructura de los Centros de Salud, a la valoración de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), a la posibilidad de un cambio en la formación del Responsable de Enfermería, y a la necesidad de más recursos humanos.

FUNCIONES Y TAREAS

(Preguntas 4, 6, 9, 10 y 12).

Se pregunta sobre si la Cartera de Servicios cumple las expectativas creadas, si debe existir una Cartera independiente para Enfermería, o si las funciones de las enfermeras están bien definidas, si estas son conocidas por los facultativos y si sus tareas son delegadas.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

(Preguntas 2, 7, 13, 17, 21 y 25):

Se pide la opinión de la Enfermería sobre: la ponderación de los cupos de usuarios, las posibles diferencias de realización de tareas en el Área, la repercusión de las Unidades Administrativas (UNAD) en el trabajo, la autonomía para el trabajo en Salud Comunitaria y dedicar parte del tiempo a estas actividades, y conocer el nivel de sensibilización de la Dirección de Enfermería de las Áreas según las encuestadas.

FORMACIÓN

(Preguntas 24 (1, 2, 3,4) y 27):

Se pregunta sobre la necesidad de formación en áreas específicas: Trabajo Comunitario, Geriátrica, Población Inmigrante y Técnicas de Trabajo en Equipo, así como cual es la valoración de la Enfermería sobre la docencia de alumnos.

RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL

(Preguntas 11, 14, 15, 19 y 20):

Se consulta sobre cómo se encuentran consideradas por los pacientes de su cupo, por los usuarios del Centro de Salud en general, y por la imagen social que proyecta la Enfermería. También se cuestionó la relación entre los profesionales de Enfermería, y se incluyó una pregunta sobre Carrera Profesional

MODELOS ASISTENCIALES

(Preguntas 3, 5, 18, 23 y 26):

Se pide opinión sobre el ratio de facultativos vs. enfermeras, sobre la atención domiciliaria, su valoración como agentes sociosanitarios, su visión hacia un posible cambio del concepto de Atención Primaria y también sobre el modelo de Enfermera de Familia con atención al niño.

Los datos se codificaron con los programas informáticos Microsoft Access y Microsoft Excel y posteriormente, el análisis estadístico de los datos, se realizó con el programa Epi-info 2002 versión 3.3.2 versión española y el programa estadístico SPSS versión 12.0 para Windows. Para el análisis de variables cualitativas se ha calculado el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. En todas las ocasiones se ha trabajado con un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las preguntas en función al grado de decisión de cada una de las 5 opciones que ofrecía cada ítem. Además se han analizado cada una de las Áreas, de forma individual, en las mismas características.

Posteriormente se han agrupado las respuestas en dos grupos: de acuerdo y no de acuerdo con la pregunta planteada, con la intención de facilitar la comprensión y el análisis de los datos. El grupo “de acuerdo” incluía las opciones: de acuerdo y muy de acuerdo, y el grupo “no de acuerdo” incluía las opciones: poco y nada de acuerdo. En esta parte del análisis se han obviado los que han marcado la opción indiferente, por ser estos un número poco representativo. Además se ha estratificado la edad en mayores de 35 años y en menores o iguales a 35 años y la situación laboral en: fijos y no fijos (eventuales e interinos).

Con todo ello se ha realizado una Razón de Prevalencia entre cada una de las preguntas según las dos opciones (de acuerdo y no de acuerdo) con la edad y la situación laboral estratificadas, utilizando el estadístico exacto de Fisher bilateral para una $p < 0,05$, y con la valoración de los niveles de confianza.

RESULTADOS GLOBALES DEL PRIMER CUESTIONARIO DEL ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

- Se han obtenido 530 encuestas.

- Total enfermeras de las 11 Áreas: 3 099

- Total participación: 17,15 %

Perfil socio-profesional

- Por sexo: El 78,0% de participantes son mujeres
- Por edad: Un 31,7% tienen entre 20-35 años, un 41,8% entre 36-50 años y un 20,5% entre 51-65 años
- Por situación laboral: Un 46,3% de los participantes son estatutarios-propietarios, un 32,3% interinos y un 12,9% eventuales

Si analizamos por grupos de edad y el principal problema elegido:

Para las más jóvenes (20-35 años):

- Excesivas cargas de trabajo
- Falta de reconocimiento social
- Indefinición de funciones
- Inestabilidad laboral

En el grupo etario de 36 a 50 años:

- Exceso de cargas de trabajo
- Falta de reconocimiento social
- Indefinición de funciones
- No paridad Enfermeras-Médicos

Entre los 51 y 65 años:

- Exceso de cargas de trabajo
- Falta de reconocimiento social
- Falta de suplentes
- No definición de funciones

Si valoramos la situación laboral y la causa principal de preocupación entre las enfermeras:

Para las Propietarias son:

- Exceso de cargas de trabajo
- Falta de reconocimiento social
- No definición de funciones

Las Interinas priorizan:

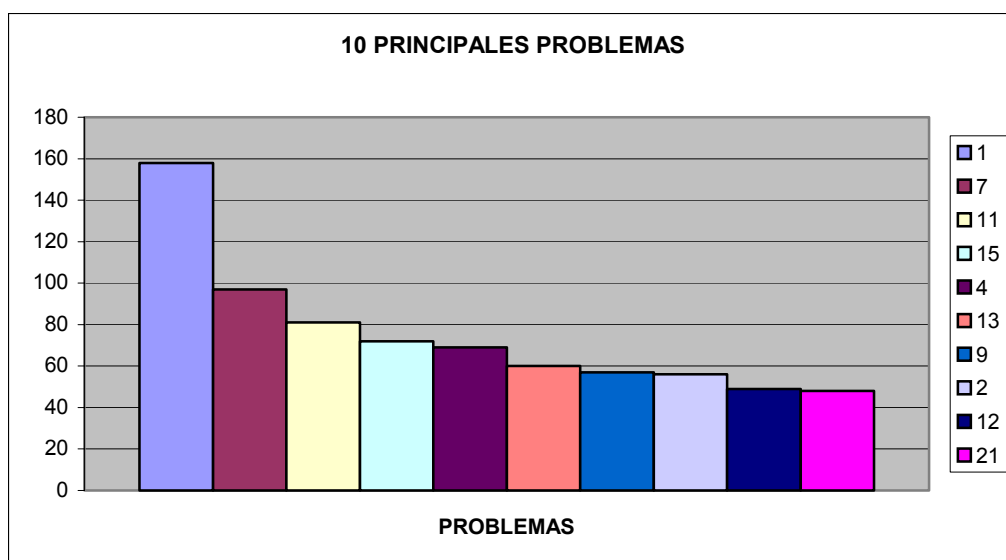
- Exceso de cargas de trabajo
- Falta de reconocimiento social
- Inestabilidad laboral
- Retribuciones insuficientes
- No definición de funciones

Para el grupo de trabajadoras eventuales:

- Exceso de cargas de trabajo
- Falta de reconocimiento social
- No definición de funciones
- Falta de suplentes

Los problemas de mayor relevancia que se detectaron fueron por orden de importancia:

- 1.- Exceso de carga de trabajo
- 2.- Falta de reconocimiento social
- 3.- No definición de funciones
- 4.- Falta de suplentes
- 5.- Retribuciones
- 6.- No reconocimiento del resto de profesionales del Equipo de A. P.
- 7.- Escasa formación-investigación
- 8.- Desigualdad entre el ratio de Enfermeras-Médicos
- 9.- Desmotivación
- 10.- Falta de apoyo de las Direcciones de Enfermería



RESULTADOS GLOBALES DEL SEGUNDO CUESTIONARIO DEL ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

- Se han obtenido 860 encuestas.

- Total enfermeros de las 11 Áreas: 3 105

- Total participación: 27,85 %

La distribución por Áreas, grupos de edad, género y situación laboral es la siguiente:

. Por grupos de edad:

- Entre 20-35 años: 35 %
- Entre los 36-50 años: 42 %
- Entre los 51 a 65 años: 21 %
- NC: 1%

. Por género:

- Varones: 14,5 %
- Mujeres: 78,5 %
- NC: 6 %

. Por situación laboral:

- Propietarios: 44 %
- Interino: 27,8 %
- Eventual: 23,3 %
- NC: 4 %

Tabla 1:

Se especifican los resultados en función a los porcentajes de contestación para cada una de las opciones

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	Nada de acuerdo %	Poco de acuerdo %	Me es indiferente %	De acuerdo %	Muy de acuerdo %
C. de Salud con buena infraestructura	13,5	32,8	6,7	40,3	5,8
Las TIC mejoran la relación AP-AE	8,1	22,0	12,1	42,25	15,3
Aumentar la formación de la Responsable de Enfermería	1,1	3,4	9,4	42,6	43,5
Más recursos humanos	1,4	1,8	2,4	28,0	66,3
FUNCIONES Y TAREAS					
La Cartera de Servicios cumple expectativas	16,2	37,8	17,1	26,0	3,0
Cartera de Servicios independiente para Enfermería	2,4	6,8	8,2	36,5	46,1
Las funciones bien definidas	20,8	41,0	9,3	25,4	3,4
Las tareas son delegadas	12,7	39,1	11,7	28,5	8,0
Los facultativos conocen las funciones de Enfermería.	6,5	29,0	11,8	44,9	7,7
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN					
Ponderación de cupos	14,7	13,2	13,3	31,4	27,3
Diferencias de tareas en el Área	8,4	17,5	17,0	41,2	15,9
Las UNAD mejoran mi trabajo	1,2	7,6	6,6	48,9	35,8
Autonomía para el trabajo en salud comunitaria	6,5	18,5	9,8	43,8	21,4
Dedicar parte del tiempo a actividades comunitarias	3,9	9,8	9,8	48,2	28,2
Debe cambiar la sensibilidad de la Dirección de Enfermería	1,6	4,2	6,8	38,5	48,9

FORMACIÓN

Formación en trabajo comunitario	4,9	19,1	12,7	46,4	16,9
Formación en Geriátría	3,8	17,2	16,1	45,8	17,1
Formación en población inmigrante	8,1	20,8	13,2	37,6	20,3
F. en técnicas de trabajo en equipo	5,7	16,0	15,6	45,6	17,0
Importancia de Enfermería en la docencia de alumnos	2,9	6,7	10,1	37,3	43,0

RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL

Bien considerada entre mis pacientes	1,3	6,4	6,5	54,7	31,2
La relación entre enfermeros es satisfactoria	0,5	7,1	5,8	50,6	36,0
La carrera profesional debe ser un complemento retributivo	10,8	24,1	9,8	29,3	25,9
Bien considerada por los ciudadanos de mi Centro de Salud	2,0	12,4	9,9	56,1	19,5
La imagen social de la enfermería se ajusta a la realidad	12,9	43,2	14,1	23,1	6,6

MODELOS ASISTENCIALES

El número de enfermeras por facultativo debería ser 1:1	1,4	1,6	1,9	22,5	72,6
Se ha desvirtuado la Atención Primaria	7,4	17,7	10,3	35,7	28,9
La tarea domiciliaria es esencial en mi trabajo	4,1	19,5	13,9	45,8	16,7
Elemento importante como agentes socio-sanitarios en la atención domiciliaria	0,7	4,4	5,4	35,8	53,7
El modelo de enfermera de familia con atención al niño	12,1	15,3	9,7	38,8	24,2

Tabla 2:

Para mayor comodidad en el análisis de los resultados se han creado variables dicotómicas. En el caso de las opciones a elegir en las preguntas propuestas, se considera “de acuerdo” a la suma de opciones: de acuerdo y muy de acuerdo, y “no de acuerdo” a las suma de opciones: nada de acuerdo y poco de acuerdo.

En relación a la Razón de Prevalencia según edad, se han cruzado los porcentajes de las opciones de cada respuesta (de acuerdo-no de acuerdo) con los grupos de edad (mayores de 35 años y menores o iguales de 35 años), según el estadístico de Fisher. El dato numérico que aparece en cada celda de la Razón de prevalencia indica cuanto % más han contestado afirmativamente a esa pregunta los menores de 35 años con respecto a los mayores de esa edad.

Igualmente se han cruzado los porcentajes de respuesta a cada pregunta con la situación laboral (fijos-no fijos), indicando cada valor numérico de esa columna de razón de prevalencia por situación laboral, cuanto más % han contestado afirmativamente, a cada pregunta, el personal no fijo con respecto a los profesionales con contrato estable.

N.S: Estadísticamente no significativa.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	De acuerdo %	No de acuerdo %	Razón Prev. Edad	Razón Prev. contrat
<i>C. de Salud con buena infraestructura (a)</i>	45,9	46,7	N.S	N.S
TIC mejorarán la relación AP-AE	57,8	29,5	22	16
Mejorar la formación del Responsable Enfermería	84,4	4,4	N.S	5
Más recursos humanos	94,3	5,7	N.S	N.S
FUNCIONES Y TAREAS				
<i>La Cartera de Servicios cumple expectativas</i>	29	54	43	38
Cartera de Servicios independiente para Enfermería (b)	82,6	9,2	7	
<i>Las funciones bien definidas</i>	28,8	61,8	30	37
<i>Las tareas son delegadas</i>	36,5	51,8	27	
Los facultativos conocen las funciones de Enfermería	52,6	35,5	12	14

ESTUDIOS DE LA FUNDACIÓN

“ESTUDIO SOBRE LA ENFERMERIA COMUNITARIA EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD”

|22/01/2008

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN				
Ponderación de cupos	58,6	27,9	13	24
Diferencias de tareas en el Área	57,1	25,9	N.S	N.S
Las UNAD mejoran mi trabajo (c)	84,7	8,8	N.S	6
Autonomía para el trabajo en salud comunitaria	65,2	25	18	15
Dedicar parte del tiempo a actividades comunitarias	76,2	13,7	18	14
Debe cambiar la sensibilidad de la Dirección de Enfermería (d)	87,3	5,8	4	N.S
FORMACIÓN				
<i>Formación en trabajo comunitario (e)</i>	63,3	24	N.S	N.S
<i>Formación en Geriatría</i>	55,9	18,9	9	N.S
<i>Formación en población inmigrante</i>	51,3	25,9	N.S	N.S
<i>F. en técnicas de trabajo en equipo</i>	55,8	19,5	N.S	N.S
Importancia de Enfermería en la docencia de alumnos	80,3	9,6	N.S	6
RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL				
Bien considerada entre mis pacientes	85,9	7,7	N.S	N.S
La relación entre enfermeras es satisfactoria	86,6	7,6	25	
La carrera profesional debe ser un complemento retributivo	55,2	34,9	N.S	16
Bien considerada por los ciudadanos de mi Centro de Salud	75,6	14,4	N.S	N.S
La imagen social de la enfermería se ajusta a la realidad	29,5	53,9	N.S	N.S
MODELOS ASISTENCIALES				
El número de enfermeras por facultativo debería ser 1:1	95,1	3	4	5
Se ha desvirtuado la Atención Primaria (f)	64,6	24,1		9
La atención domiciliaria es esencial en mi trabajo	62,5	23,6	18	20
Elementos importantes como agentes sociosanitarios en atención domiciliaria	89,5	5,1	5	4
El modelo de enfermera de familia con atención al niño	63	27,4	52	20

- **(a)** Desde las distintas Áreas de Salud, consideran mayoritariamente tener suficientes recursos las Áreas 5 y 11, mientras que la 6, 8 y 9 creen que son insuficientes.
- **(b)** Al cruzar los valores con los de la pregunta que hace referencia a las expectativas creadas por la Cartera de Servicios, se detecta que es el 2º grupo de edad el que se encuentra más en desacuerdo con la cartera actual y está de acuerdo con una cartera propia. (9)
- **(c)** Gran similitud en las respuestas por Áreas. No existen diferencias significativas entre los distintos grupos etarios. (13)
- **(d)** Existen mínimas diferencias por edad, un 4%, y ninguna por situación laboral.(21)
- **(e)** Así mismo, los que señalan que existe suficiente autonomía para iniciar proyectos comunitarios: 64% (pregunta 17), son los que piden más formación en este campo.(24.1)
- **(f)** Es el segundo grupo etario el que está más de acuerdo y por situación laboral, los propietarios, un 9%. (5)

DISCUSIÓN

El estudio realizado en el año 2006 sobre la situación de la Enfermería de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, surge ante el creciente malestar manifestado por el colectivo y ha tratado de profundizar y enfocar en él, buscando la detección de la problemática que lo genera y sobre las causas que lo producen.

Ya desde los primeros momentos del trabajo, tras el análisis de los datos de la primera encuesta, aparecía con claridad que los problemas detectados estaban íntimamente relacionados con el entorno organizacional y con la situación por la que atraviesa la Atención Primaria.

Tal y como se ha presentado en el apartado de los resultados, los diez problemas que las enfermeras de Atención Primaria presentan como su máxima preocupación y que según su opinión, están afectando a su desempeño profesional en el medio comunitario son por orden de importancia a nivel de todas las Áreas:

- 1.- Exceso de carga de trabajo
- 2.- Falta de reconocimiento social
- 3.- No definición de funciones
- 4.- Falta de suplentes
- 5.- Retribuciones insuficientes
- 6.- No reconocimiento del resto de profesionales del Equipo de A. P.
- 7.- Escasa formación-investigación
- 8.- Desigualdad entre el ratio de Enfermeras-Médicos
- 9.- Desmotivación
- 10.- Falta de apoyo de las Direcciones de Enfermería

Cabe destacar que, al constar el estudio de dos partes, el índice de participación de profesionales en el mismo no solo no disminuyó en la segunda vuelta, sino que aumentó considerablemente.

Así, el nº de enfermeras de AP de la CAM en la 1ª encuesta era de 3 099 y se recogieron 530 encuestas, lo que suponía el 17,10%. En el momento de la 2ª, eran 3 105 enfermeras y contestaron 860, aumentando la proporción al 27,85%.

En ambos casos se trata de una muestra representativa de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Madrid y por tanto, los resultados permiten tener una idea clara sobre la situación de los Servicios Enfermeros en esta Comunidad Autónoma.

De los problemas recogidos en la primera encuesta es de destacar que en todas las Áreas, el principal detectado es “**la sobrecarga de trabajo**” que supone el 17,3 % de las opiniones, con diferencia en importancia con respecto al resto de las cuestiones.

Sin embargo, llama la atención la uniformidad, también por Áreas, con la que aparecen los dos siguientes problemas: “**falta de reconocimiento social**” y “**no definición de funciones**”, que hablarían de confusión y de falta de objetivos claros en los EAP, generando elementos de desmotivación entre las enfermeras que se consideran profesionales poco valorados básicamente por su Organización y por los que la dirigen.

Tras veinte años de desarrollo de la Atención Primaria, y aun siendo las enfermeras el colectivo que más ha cambiado sus prácticas y más se ha esforzado en la adecuación de sus actividades para el desarrollo del modelo, sustentando la cartera de servicios y las actividades de prevención y promoción, esas enfermeras, se sienten hoy poco consideradas, lo que les esta generando malestar y falta de compromiso.

Los datos de la segunda encuesta profundizan en la problemática del colectivo, poniendo de manifiesto la complejidad del mismo y la estrecha relación que mantiene con la situación general de la Atención Primaria.

Estructurando los resultados y agrupándolos por bloques temáticos, a continuación se realiza la presentación de los mismos:

1) RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

En relación a este bloque, los trabajadores perciben una distribución poco homogénea de los recursos tanto entre las áreas como entre los equipos de una misma área de salud.

Se percibe que dicha distribución no responde a criterios claros. Sobre todo, no tiene relación con la dependencia de cuidados de la población, elemento clave en el desarrollo de la actividad de las enfermeras comunitarias.

En Madrid hay enfermeros que trabajan con 1600 usuarios frente a otros que lo hacen con más de 2200. Simplemente con revisar las memorias de las áreas de salud se puede confirmar.

En la actualidad, los médicos han llegado a bajar su ratio en el caso de la medicina de familia de algunas áreas con las nuevas acciones, hasta 1400 usuarios por médico y las enfermeras no solo no han disminuido su ratio sino que éste está aumentando como es el caso del área 3, que se puede utilizar a modo de ejemplo: en enero del año 2000 las enfermeras de este área de salud estaban trabajando con ratios medios de 1672 usuarios y en enero del 2006 con ratios de 1894 ciudadanos por enfermera.

Esta proporción se entiende con dificultad sobre todo porque cada día la carga de trabajo que generan las necesidades de cuidados de la población es mayor.

Asumiendo que este es un tema de alta repercusión en la política sanitaria, no solo autonómica sino estatal, parece confirmarse una disparidad de medios ofertados a los ciudadanos.

En este sentido, vale la pena pensando en el futuro, comparar los datos con los de nuestro entorno más próximo. Así es interesante señalar aquí el Informe publicado por el Consejo General de Enfermería 2007 sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea, según el cual, tenemos un 35% menos enfermeras que el resto de Europa, ocupando el lugar 22: 531,83/ 100.000 hab., frente a 808,48 de media de la Unión.

Los profesionales reclaman más capacidad de gestión por parte de las direcciones de enfermería y de los responsables de Enfermería de EAP, de manera que aumente su formación en este campo y tengan mayor capacidad para conseguir un aumento de recursos humanos. Una estructura poco reconocida y por tanto, poco estable, genera en los servicios enfermeros una rotación y una cobertura de ausencias inadecuadas.

No tiene sentido que no se escuchen las recomendaciones que la OMS, en sus distintos informes, lleva poniendo encima de la mesa desde la década de los años 80. En ellos se recomienda a los países la participación activa de las enfermeras en la toma de decisiones de las organizaciones sanitarias y en las políticas de salud de los estados. En esta línea, la falta de presencia de la enfermería en la gestión de las estructuras de las organizaciones y la ausencia de reconocimiento de la existencia de divisiones enfermeras perjudica claramente la capacidad de enfermería, lo que repercute en la calidad asistencial y en la seguridad de las prácticas enfermeras.

Se manifiesta en este bloque la referencia al primer problema detectado: el exceso de cargas de trabajo.

En un nivel operativo, la repercusión de estas políticas es devastadora. Con plantillas muy exiguas y cada vez más deficitarias, existe a nivel general la pauta de no suplir las ausencias por formación, enfermedad corta, asuntos familiares graves, días de libre disposición etc., lo que obliga a un colectivo ya mermado, a rectificar su agenda con suma frecuencia y hacerse cargo de los pacientes de las compañeras ausentes, repercutiendo este hecho claramente, en la asistencia prestada a los pacientes.

EN RESUMEN, SE PRECISAN MÁS RECURSOS Y MEJOR DISTRIBUIDOS PORQUE:

. SE PERCIBE UNA DISTRIBUCIÓN HETEROGÉNEA DE LOS RECURSOS

. SE DETECTA LA NECESIDAD DE UN CAMBIO EN LA FORMACIÓN Y CAPACIDAD DE GESTIÓN DE LOS RESPONSABLES DE ENFERMERÍA.

. EL COLECTIVO DEMANDA DE SUS DIRECCIONES MAYORES RECURSOS HUMANOS PARA SUPLENCIAS.

2) COMPETENCIA PROFESIONAL: FUNCIONES Y TAREAS

Se quiere llamar la atención sobre este bloque de preguntas con una gran complejidad en la interpretación de las respuestas.

Por parte de los investigadores, cabe reseñar alguna aclaración a la hora de revisar este apartado. Se habla de funciones, entendiéndose que hay un desfase claro, quizás por desconocimiento en como el sistema ha visto a las enfermeras (con funciones de ayudante propias del antiguo estatuto del año 1973, aunque ampliado en el artículo 54 bis, para encajar el nuevo perfil de las enfermeras de Atención Primaria) y la realidad que supuso un cambio en el perfil competencial de los profesionales del siglo XXI, con funciones propias y capacidad de ejercicio profesional independiente. Entre lo que son las enfermeras desde el año 1977, es decir con formación académica de diplomatura universitaria y lo que fueron en el pasado, con un perfil técnico casi en exclusiva.

Los investigadores observan problemas de semántica en la utilización del término “funciones” que es necesario tener en cuenta ante la lectura.

Más del 80% de las enfermeras reclama una Cartera de Servicios propia que defina y permita evaluar su trabajo. Esto hace pensar que la enfermería considera que su actividad profesional no es reconocida por el resto del equipo ni por parte de la Administración Sanitaria.

El peso del cuidado enfermero en la cartera de servicios actual es importante. En ellos recaen actividades de seguimiento con pacientes crónicos, despistaje, educación para la salud, prevención, promoción de la salud, además de la detección de problemas de cuidados y la instauración de planes de cuidado de enfermería, tales como el trabajo en conductas generadoras de salud, afrontamiento familiar comprometido o trabajo con el riesgo de cansancio en el rol del cuidador. La atención domiciliar a personas inmovilizadas por problemas de cronicidad, síndromes de desuso, dependientes, post-operados o apoyo a pacientes en alta temprana y convalecencia etc., que tienen una penosidad y requieren un tiempo y un peso específico que no se corresponde con la valoración que la administración hace de ella, sobre todo porque es en este tipo de usuarios donde la enfermera de atención primaria ejerce su rol de gestor de casos que precisa de mas recursos y que en la actualidad se encuentra en el lado invisible de los servicios.

Por todo lo anterior parece fundamentada la opinión de casi dos tercios de los encuestados al opinar que hay indefinición de las funciones de la enfermería. No tanto porque no estén

explicitadas, que lo estarían desde el momento en que con la formación del pregrado se adquieren competencias propias, como porque no se valoren ni cuantifiquen de manera adecuada por los planificadores y gestores del sistema.

Además, un tercio de los profesionales piensan que sus tareas son delegadas. Sería interesante realizar un estudio que profundizara en las causas de esta apreciación. Como hipótesis se plantea que el sistema está muy medicalizado. La falta de enfermeras en lugares estratégicos hace que el propio sistema utilice de manera insuficiente todo el potencial del conocimiento enfermero, generando servicios más caros y menos eficientes.

Si se retoma la cartera de servicios actual se puede decir que, hoy día, es criterio de Sistema de Salud que la obligatoriedad del cumplimiento de cartera es de todos, sin definir específicamente la responsabilidad de cada tipo de profesional, quien hace qué y, además, sólo se valora la presión asistencial por parte de las direcciones, comparándola con la actividad a demanda, numérica, de los médicos. Sin discriminar el peso que tienen los distintos procesos en carga de trabajo para médicos y enfermeras y sin diferenciar que son dos modelos de práctica distintos y que por ello, no se pueden comparar.

A todas estas percepciones, ciertamente negativas, se añade que, poco más de la mitad de la enfermería opina que los facultativos conocen sus funciones o, más bien, que nadie cuestiona ni su práctica ni su forma de hacer.

EN RESUMEN, ES NECESARIO QUE SE REDIMENSIONE POR PARTE DEL SISTEMA LAS RESPONSABILIDADES QUE SE PIDEN A LAS ENFERMERAS Y QUE SE CONTEMPLE SU ESPECIFICIDAD PARA CONSEGUIR SERVICIOS EFICACES Y MÁS EFICIENTES, COMO SERVICIO PÚBLICO QUE ES. POR ELLO, EN LA ENCUESTA, LAS ENFERMERAS:

. RECLAMAN UNA CARTERA PROPIA QUE PERMITA DEFINIR Y EVALUAR SU TRABAJO.

. UNA MAYORÍA DE PROFESIONALES CONSIDERA QUE SUS FUNCIONES NO ESTÁN BIEN DEFINIDAS O NO SON CONOCIDAS POR EL RESTO.

. SE CREE QUE QUIZÁS SEA LA ACTUAL CARTERA LA QUE ORIGINE ESA PERCEPCIÓN DE INDEFINICIÓN DE FUNCIONES, AL NO DISCRIMINAR QUIÉN HACE QUÉ.

. LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA VALORA LAS CARGAS DE TRABAJO EN FUNCIÓN DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL, COMPARÁNDOLA CON LA DE LOS FACULTATIVOS, LO QUE GENERA MALESTAR EN EL COLECTIVO Y EN EL SENO DEL EAP, SIENDO ESTO UN GRAVE ERROR.

. SE CREE, POR ESTOS RESULTADOS, QUE ESTE ES UNO DE LOS BLOQUES QUE CONTRIBUYEN A UNA MAYOR INSATISFACCIÓN DEL COLECTIVO.

3) MODELO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Los Médicos de Atención Primaria (MAP) llevan años intentando una ponderación de los cupos en relación a inmigración, mayores de 65 años, patología crónica, nivel socioeconómico, dispersión geográfica..., y llama la atención que la enfermería no tenga ni siquiera una mera compensación económica por población.

Se aprecia una mala definición del modelo de organización de los servicios enfermeros. Si bien existe una circular de INSALUD, la 5/90, que proponía el modelo de organización y las actividades claves de las enfermeras de Atención Primaria, ha habido muchas dificultades para ponerla en práctica, básicamente por la propia inercia generada en los equipos de Atención Primaria.

Algo más de la mitad de las enfermeras además, opina que deben ponderarse los cupos de población según hemos definido anteriormente, sobre todo teniendo en cuenta que la enfermería “comparte”, cada vez con más frecuencia población con un mayor número de médicos (se recuerda aquí la desaparición actual del ratio médico/enfermera 1/1). Todo ello, parece indicar una gran discriminación hacia la enfermería y de manera indirecta una merma de medios y recursos hacia el usuario. Además, esto se agrava por la falta de identificación del nombre de la enfermera del usuario en su tarjeta sanitaria y en las distintas aplicaciones informáticas que tiene la Consejería, lo que dificulta el acceso a los servicios por parte de los ciudadanos.

Aparece la percepción de que existen diferencias entre los modelos de organización de la actividad enfermera y por tanto entre las tareas realizadas en los distintos EAP evidenciado, especialmente, por los trabajadores eventuales o suplentes, que han de rotar por diversos centros.

Así, no sólo los recursos son distintos por áreas e incluso por EAP, sino que las actividades realizadas, también varían las responsabilidades asignadas y asumidas por las enfermeras, lo que significa que la oferta a la población no es uniforme.

Parece así mismo importante destacar, ese 74,6 % que está de acuerdo en dedicar parte de su tiempo de trabajo a actividades comunitarias, bloque de servicios considerado el gran olvidado por parte del Sistema.

El colectivo reconoce esa actividad como propia, dado que son las enfermeras los profesionales expertos en el fomento del autocuidado y quienes mayor número de horas invierten

dentro de los equipos de atención primaria en estrategias de cambio de actitudes de la población frente a rutinas de cuidado poco deseables.

La enfermería se aferra a este campo de acción que considera le da identidad específica en Atención Primaria en estos momentos de precariedad y confusión.

Señalar que son los jóvenes, interinos y eventuales, los más interesados en ella.

En diez puntos menos está la proporción de los que creen tener autonomía hoy para iniciar o participar en dichas actividades.

Se quiere llamar la atención sobre este dato que pone de manifiesto la contradicción existente entre la elevada proporción de profesionales que estarían dispuestos a participar en actividades comunitarias y el pequeño número de ellos que lo lleva a cabo en la actualidad.

Se podrían señalar como causas, el poco interés institucional por lo comunitario, la falta de objetivos claros en el seno de los EAP, la presión a la que se ven sometidos los profesionales dada la escasez de recursos y la dinámica existente hoy de rutina y aislamiento, de los distintos colectivos entre sí, en el seno de los equipos.

Parece lógica la proporción importante de acuerdos en la reivindicación de un mayor apoyo de las Direcciones de Enfermería en la potenciación de esta actividad comunitaria, así como reclaman mayor capacidad para dotarlas de más formación y la obligación de abrir líneas de investigación sobre el impacto que su trabajo tiene en la salud de los ciudadanos y en la mejora de su calidad de vida.

EN RESUMEN LAS ENFERMERAS DEBEN TENER UN MODELO DE ORGANIZACIÓN DE SU ACTIVIDAD QUE RESPONDA DE MANERA ADECUADA A LAS NECESIDADES DE LOS CIUDADANOS, INCORPORANDO EN ÉL LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA COMO UNA RESPONSABILIDAD PROPIA, DADO QUE:

. LAS ENFERMERAS ESTÁN DE ACUERDO EN PONDERAR LOS CUPOS SEGÚN CARGAS DE TRABAJO.

CREEN QUE ES NECESARIO ESTUDIAR EN PROFUNDIDAD CÓMO SE PUEDE DISTRIBUIR LA CARGA QUE SUPONE LA DEPENDENCIA DE CUIDADOS DE LA POBLACIÓN ENTRE LAS ENFERMERAS DE LOS EAP, GARANTIZANDO LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DE LOS CIUDADANOS Y LA CAPACIDAD DE LOS PROFESIONALES.

. LA SITUACIÓN ACTUAL SUPONE UNA GRAN DISCRIMINACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LOS EAP.

. ENTRE LAS QUE PLANTEAN QUE NO HAY SUFICIENTES RECURSOS EN LOS CENTROS, UNA GRAN MAYORÍA OPINA A SU VEZ QUE SE REALIZAN DISTINTAS TAREAS EN ELLOS. ES NOTABLE LA PERCEPCIÓN DE DIFERENCIA DE TAREAS ENTRE LOS DISTINTOS EAP DE UNA MISMA ÁREA, LO CUAL HABLARÍA DE DIFERENTES ORGANIZACIONES POR CENTROS Y DE DIFERENTES PRESTACIONES DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN.

. RESULTA LLAMATIVA LA PROPORCIÓN DE ACUERDOS EN DEDICAR TIEMPO A ACTIVIDADES COMUNITARIAS AL SER ESTA UNA ACTIVIDAD HABITUALMENTE MINORITARIA. ENTRE LAS POSIBLES CAUSAS QUIZÁS SE PODRÍA APUNTAR LA BÚSQUEDA DE UNA IDENTIDAD EN MOMENTOS DE CONFUSIÓN Y PRECARIEDAD.

. ES RAZONABLE EN LA SITUACIÓN ACTUAL (EL PRIMER PROBLEMA PERCIBIDO A NIVEL GENERAL EN LA 1ª PARTE DEL ESTUDIO, ERA LA SOBRECARGA DE TRABAJO), QUE LOS ENFERMEROS RECLAMEN UN MAYOR APOYO DE LAS DIRECCIONES DE ENFERMERÍA.

4) LA FORMACIÓN CONTINUADA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA

La formación es una herramienta imprescindible de manejo y transformación de la realidad laboral y profesional.

La mitad de la enfermería considera necesaria la profundización y adquisición de herramientas de cuidados a través de la formación continuada en cuatro de las áreas básicas de la Enfermería Comunitaria: Atención al Anciano, Inmigración, Trabajo Comunitario y Técnicas de trabajo en Equipo.

Cabría desear que con el grado, las maestrías y las especialidades, la Enfermería fuera capaz de diseñarse recorridos formativos más coherentes y acordes a sus necesidades.

Para ello se precisa que las estructuras de la división de enfermería en Atención Primaria dispusiese de técnicos enfermeros que ayudasen a las enfermeras clínicas en este diseño personal, realidad inexistente de manera formal hoy en día, tal y como se encuentran los organigramas de las gerencias donde todos los técnicos con nombramiento son médicos.

En el momento actual, la formación recibida no se pone en común en el EAP, tal y como está diseñada, es decir en modelo de “réplica”, puesto que los profesionales perciben de la formación continuada, en lugar de un elemento motivador, una carga más para su quehacer diario por la situación de sobrecarga percibida, existiendo además dificultades de acceso a ella por la presión añadida que supone para los compañeros el que no se suplan esas ausencias.

Esto está dificultando la posibilidad de innovación y la incorporación de una nueva oferta de servicios más acorde con las necesidades de los ciudadanos.

Una proporción muy importante de las encuestadas está de acuerdo con la participación de la enfermería en la docencia de alumnos.

Se quiere llamar la atención sobre este tema en el sentido de que parece este acuerdo más teórico que real, puesto que en la práctica es difícil en ocasiones encontrar enfermeras tutoras para las estancias clínicas de los alumnos de pregrado.

El análisis del equipo investigador sobre las causas, una vez observada la realidad y entrevistados con informadores clave, hace que se ponga encima de la mesa alguna hipótesis:

los profesionales, tras un tiempo, denotan desinterés por asumir la figura de tutor dado el esfuerzo que supone: al menos durante un mínimo de 6 semanas y hasta 8 meses pueden tener a alguien a su lado que les acompaña y a quien enseñan, lo que les obliga a emplear más tiempo por usuario y consulta, sin contar los tiempos de reunión con los titulares de la asignatura para planificar objetivos o evaluar a cada alumno, lo que se repite en cada rotatorio.

A cambio, no existe ningún reconocimiento por esta labor ni a nivel académico, aunque se certifique (hoy por hoy este documento carece de valor para la Consejería de Sanidad), ni a nivel investigador, dado que las enfermeras parecen vetadas en la mayoría de los estudios como investigadores principales ni, por supuesto, se utiliza para calcular cargas de trabajo o distribuir tiempos, no suponiendo ninguna recompensa mas allá del “buen hacer” y de la solidaridad corporativa.

En este orden de cosas, la Organización Sanitaria alude a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias para indicar a las enfermeras su obligación de tener alumnos, a lo que se añade su necesidad dar respuesta institucional a los compromisos adquiridos por otros, (dado que el SERMAS es quien ha firmado el acuerdo con las universidades sin contar en sus comisiones técnicas, ni en sus grupos asesores con ninguna enfermera). Esta situación conlleva paradojas como que las áreas están obligadas a tener alumnos y las direcciones de enfermería no tienen donde mandarlos. Un problema para la sociedad a la que no se le puede garantizar esta formación para sus futuros profesionales.

En ese sentido, es urgente reflexionar sobre por qué no está reconocida en absoluto esta actividad. Los centros no tienen acreditación docente para enfermería, tener alumnos supone una enorme sobrecarga y responsabilidad que no aparece con ningún valor añadido y muchos profesionales pierden con el tiempo las ganas de realizar ese esfuerzo.

EN RESUMEN: LA FORMACIÓN ES UNA PIEZA CLAVE EN EL DESARROLLO DE CUALQUIER SERVICIO PERO ES NECESARIO SU RECONOCIMIENTO Y PARA ELLO HAY QUE DISPONER DE RECURSOS QUE LA HAGAN UNA REALIDAD PUESTO QUE:

. LAS ENFERMERAS QUIEREN FORMACIÓN CONTINUADA EN ÁREAS ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.

. SE PODRÍA CONSIDERAR ACTUALMENTE LA FORMACIÓN COMO UNA ACUMULACIÓN DE CRÉDITOS PARA MEJORAR CURRÍCULUM CON POCO CRITERIO Y SIN ENFOQUE EN EL DESARROLLO PROFESIONAL INDIVIDUAL, PRECISANDO RECORRIDOS FORMATIVOS MÁS ESPECÍFICOS.

. SE VISUALIZA COMO UNA CARGA Y NO COMO ELEMENTO MOTIVADOR. TAMBIÉN PODRÍAN INFLUIR LAS DIFICULTADES QUE VIVEN LOS PROFESIONALES PARA PODERSE FORMAR SIN SACRIFICAR EXCESIVAMENTE A LOS COMPAÑEROS.

. ES DESTACABLE LA NECESIDAD DE RECONOCER EL VALOR QUE DAN LAS ENFERMERAS A SU PARTICIPACIÓN EN LA DOCENCIA DE ALUMNOS, ASPECTO QUE NO CONCUERDA CON LA REALIDAD, EN CUANTO A SU DISPONIBILIDAD REAL, POSIBLEMENTE POR EL POCO VALOR QUE TIENE Y EL GRAN ESFUERZO QUE SUPONE. (CENTROS NO ACREDITADOS, NINGÚN VALOR ACADÉMICO).

5) RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL

Aunque la gran mayoría del colectivo se siente reconocido y apreciado por sus pacientes y ese porcentaje baja un tanto con los de su centro, un 54 % de las encuestadas piensa que no coincide la realidad cotidiana de su labor de ayuda y apoyo individual, con la imagen social proyectada.

Se aprecia cierta contradicción entre la abrumadora mayoría que refirió, en la primera encuesta, la falta de reconocimiento social como un problema muy importante y los resultados en esta segunda.

En su entorno, las enfermeras se sienten apreciadas y valoradas, lo cual esta en línea con lo que es la esencia de la práctica del cuidado: algo muy próximo a la persona, correlacionado con acciones de privacidad, desde lo íntimo.

Pero sienten que no ocurre así a nivel general. Es decir, es en el ámbito de lo público, tanto dentro de los equipos de trabajo como a nivel de las estructuras gerenciales y mucho más si se piensa en el nivel estratégico y político, donde palabras y hechos llegan a la contradicción.

Solo con mirar el Plan de Mejora de la Atención Primaria de Madrid, revisar aplicaciones informáticas como por ejemplo el programa Cibeles o escuchar la presentación de la Nueva Cartera de Servicios de la Consejería por parte de sus técnicos como se ha hecho en los meses de junio y julio, se puede constatar.

Podrían considerarse en este sentido, otras circunstancias que quizás también están incidiendo: los problemas de género y la cultura mítica de la relación de dependencia de las enfermeras frente a los médicos, que no hay que olvidar que todavía estaba vigente en la década de los años 70.

Colectivo mayoritariamente femenino, con la tarea específica del “cuidado” que tiene una gran carga social “femenina” a la que quizás cueste dar un contenido, o un valor, específicamente profesional.

Vale la pena reflexionar y poner sobre la mesa la gran confusión en la que se encuentran sumidas las organizaciones sanitarias en nuestro país, o mejor dicho, sus dirigentes, alrededor de las acciones de cuidado.

“Cuidar” parece una tarea sencilla. Las mujeres, tradicionalmente, cuidan. Pero no parece fácil considerar ese cuidado desde una perspectiva profesional.

El cuidado personal tiene sus raíces en las acciones de cuidado doméstico y de mantenimiento de la vida, pero el cuidado profesional incorpora a este, el elemento de su base científica y la capacidad de los profesionales para la planificación de recursos y la gestión del cuidado. Este es el aporte de las enfermeras profesionales a los equipos: ser el profesional del cuidado en el ámbito sanitario. Por eso no es fácil de sustituir por otros que no dispongan de sus características.

Las enfermeras y sus pacientes tienen interiorizada esa disposición social y cultural como garante de las prácticas de cuidado en todas sus dimensiones.

En este sentido, en la primera parte de este estudio, aparecía la apreciación de uno de los expertos que aportaron sus valoraciones, en la que se hablaba de la percepción generalizada dentro del sistema y para la sociedad de que “el saber está en el hospital”, en lo “tecnológico”.

Quizás sea esta una de las causas que intervienen en el poco valor que tanto la Institución Sanitaria, como el público general, dan a las actividades de promoción, prevención, educación para la salud y el esfuerzo que a veces cuesta a las enfermeras justificar sus actuaciones.

Sobre todo, cuando lo que se valora actualmente es el nº de pacientes, cuantos, no el “cómo” ni el “para qué”. La presión asistencial, en vez de la capacidad de resolución de problemas de la enfermera en una sola visita o la calidad de un buen plan de cuidados, en vez de 15 tomas de tensión arterial del programa de Hipertensión.

En este mismo bloque, llama la atención que un 54 % considere que la carrera profesional debe ser sólo retributiva.

En este sentido, cabe pensar que existe poca información a cerca de lo que es una carrera profesional, de reciente implantación en nuestra comunidad. Resulta llamativo, por el poco interés aparente que lo académico produce. Esto enlazaría con el bloque anterior de Formación en cuanto a que las enfermeras estarían habituadas, o considerarían, que el desarrollo formativo ha contribuido bastante poco a su promoción profesional.

EN RESUMEN, EL CUIDADO TIENE UN COMPONENTE DE INVISIBILIDAD QUE LAS ENFERMERAS ACEPTAN DE LOS CIUDADANOS PERO ESTE, NO PUEDE SEGUIR SIENDO ASÍ EN EL CASO DE LAS ORGANIZACIONES, DADO QUE REPORTA ELEMENTOS DE DESMOTIVACIÓN Y GENERA INEFICIENCIA AL NO CONSIDERAR QUE LA OFERTA DE SERVICIOS ENFERMEROS ES REAL Y QUE HAY COMPETENCIAS PROPIAS DE LAS ENFERMERAS COMUNITARIA DADO QUE :

. LAS ENFERMERAS PERCIBEN QUE NO EXISTE CONCORDANCIA ENTRE LA IMAGEN SOCIAL PROYECTADA Y SU REALIDAD COTIDIANA.

. LA RECIENTE IMPLANTACIÓN DE LA CARRERA PROFESIONAL Y SU FALTA DE DIFUSIÓN ADECUADA, CONTRIBUYEN A QUE EL 53,3 % CREA QUE LA CARRERA DEBE SER SOLO RETRIBUTIVA. TAMBIÉN, QUE BUENA PARTE DEL COLECTIVO ESTÁ HABITUADO A QUE LA FORMACIÓN HAYA CONTRIBUIDO BASTANTE POCO A SU PROMOCIÓN PROFESIONAL.

. PARECE QUE LOS PROBLEMAS DE GÉNERO, LA CULTURA MÍTICA DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LOS MÉDICOS, QUE NO HAY QUE OLVIDAR QUE TODAVÍA ESTABA VIGENTE EN LA DÉCADA DE LOS AÑOS 70, EL ERROR EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO, LA CARGA SOCIAL ESTEREOTIPADA, HACEN DIFÍCIL OTRA IMAGEN MÁS PROFESIONAL, OTRA IDENTIDAD.

6) MODELOS ASISTENCIALES

Según el primer problema detectado en la primera encuesta de sobrecarga de trabajo, resulta totalmente coherente que la casi totalidad de las enfermeras encuestadas coincida en reclamar un ratio por población al menos igual al del médico.

Así mismo, parece lógico que sean los más jóvenes los que opinen que no se ha desvirtuado el contenido de la AP en los últimos años, así como es coherente que la mayoría, los propietarios y más mayores que han vivido los inicios de la A. P. y tienen la percepción de proceso, crea que sí, que se esta perdiendo capacidad resolutive del modelo y que las enfermeras en concreto están perdiendo autonomía y su enfoque integral.

Una gran mayoría considera que las enfermeras son un importante agente socio sanitario.

Una proporción mucho menor, aunque también representativa, considera la atención domiciliaria a personas dependientes como parte esencial de su trabajo, donde una buena planificación de cuidados es la diferencia entre un servicio a favor de la mejora de la calidad de vida, de otro que ni cumple expectativas.

Nuevamente emerge, ante la afirmación de un valor que da identidad, es decir, el que las enfermeras comunitarias asuman el liderazgo de los servicios de salud en el ámbito domiciliario y sociosanitario, una dura realidad que cuesta llevar a la práctica, sobre todo al segundo grupo de edad y a propietarios, por su escepticismo, dado que en este momento el grado de desmotivación es muy alto.

Avalan igualmente una mayoría (61 %), el modelo de enfermería de familia, siendo los más jóvenes y los interinos y eventuales los que están más a favor.

Sin embargo, no se pueden obviar las presiones que se reciben por parte del colectivo de pediatras para que las enfermeras comunitarias se especialicen en la atención al niño.

En este caso, no parece que se responda con la evidencia, la justificación de tal petición de especialización sacrificando la unidad familiar como elemento clave en el fomento del autocuidado, para la práctica de la enfermería comunitaria. No tiene fundamento en atención primaria.

Sirvan además de ejemplo países como Canadá, donde los niños reciben atención pediátrica hasta los 2 años, o Inglaterra, donde este tipo de atención de promoción y de prevención

es asumido por las enfermeras comunitarias de distrito o las enfermeras visitadoras y no hay atención médica pediátrica en el ámbito comunitario.

En cambio, parece lógica esta respuesta al cuestionario si se considera la tradición, histórica en los principios de nuestra AP, por la que una gran mayoría de equipos tenían la figura de enfermera de pediatría, actualmente en vías de desaparición por la reducción del nº de enfermeras en relación al de médicos y también por la propia reorientación del servicio enfermero que busca la desmedicalización de la práctica asistencial, sobre todo en lo que a promoción se refiere.

Se reivindica, sobre todo por parte de los pediatras, que la enfermera de pediatría requiere una formación muy específica, existiendo un interés concreto por el mundo del niño que no todos los profesionales de enfermería comparten.

Resultaría muy interesante seguir profundizando en el estudio de la viabilidad de este modelo para adecuarlo a los cambios sociales, culturales y profesionales de los últimos años y a la búsqueda de alternativas de mejora.

EN RESUMEN, EL MODELO DE ENFERMERA DE FAMILIA, APOYADO EN EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y EL TRABAJO CON LOS CUIDADORES ES EL QUE DEBE RESPONDER A LAS NECESIDADES ACTUALES, SI BIEN ES URGENTE DISMINUIR LOS RATIOS DE POBLACIÓN POR ENFERMERA, RECOMENDÁNDOSE POR LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EL NUMERO DE 1500 PERSONAS POR ENFERMERA O 300 FAMILIAS.

. PARECE LÓGICO, EN LAS ACTUALES CONDICIONES DE SOBRECARGA DETECTADA, QUE EXISTA UNANIMIDAD EN RECLAMAR LA PARIDAD EN EL Nº DE ENFERMERAS/MÉDICOS

. NOS PARECE COHERENTE QUE SEAN LOS MÁS JÓVENES LOS QUE PIENSAN QUE NO SE HA DESVIRTUADO EL CONTENIDO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, YA QUE NO TIENEN LA PERCEPCIÓN DE PROCESO DE LOS MÁS ANTIGUOS.

. UNA ELEVADA PROPORCIÓN DE PROFESIONALES CONSIDERA AL COLECTIVO UN ELEMENTO ESENCIAL COMO AGENTE SOCIO SANITARIO.

. TAMBIÉN ES INTERESANTE OBSERVAR QUE SON LOS MÁS MAYORES Y LOS PROPIETARIOS LOS QUE ESTÁN MÁS EN DESACUERDO CON LA CONSIDERACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA COMO ESENCIAL, LO QUE QUIZÁS PODRÍA SIGNIFICAR LA PENOSIDAD, EN LAS ACTUALES CIRCUNSTANCIAS DE SOBRECARGA, QUE IMPLICA DICHA ATENCIÓN.

. EMERGE LA AFIRMACIÓN DE UN VALOR QUE DA IDENTIDAD Y UNA DURA REALIDAD QUE CUESTA LLEVAR A LA PRÁCTICA.

. SON TAMBIÉN LOS MÁS JÓVENES, INTERINOS Y EVENTUALES, LOS MÁS FAVORABLES AL MODELO DE ENFERMERA DE FAMILIA, POSIBLEMENTE POR SER LOS MÁS FAMILIARIZADOS CON EL MISMO. (TENDENCIA A ELIMINAR A LA ENFERMERA DE PEDIATRÍA AL AUMENTAR LA DIFERENCIA ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS DE LOS EAP).

CONCLUSIONES

1. Existen diez problemas comunes a todas las enfermeras de Atención primaria de la Comunidad de Madrid: El primero de ellos es la sobrecarga de trabajo, con gran diferencia sobre los demás. El segundo y tercer puesto lo ocupan “falta de reconocimiento social” y la “indefinición de funciones”. Profundizando en las causas de estos problemas en una segunda encuesta, comprobamos:
2. Los profesionales encuestados manifiestan que existen diferentes recursos materiales y humanos entre Áreas y entre EAP de una misma Área de salud, con la consiguiente discriminación en la oferta de servicios para la población.
3. Reclaman mayor formación específica y capacidad de gestión de sus responsables y direcciones.
4. Están en desacuerdo con la cartera actual y reclaman una propia que refleje la especificidad de sus cuidados.
5. En relación a sus responsabilidades dentro del sistema sanitario, da la impresión de que estas no están bien definidas. Parece que el sistema solo valora actividades delegadas, aunque las enfermeras tengan funciones independientes.
6. La mayoría se considera con autonomía para realizar actividades comunitarias y una proporción aún mayor, está de acuerdo en dedicar parte de su tiempo a esta tarea, que en la actualidad está poco reconocida por las autoridades sanitarias.
7. Un 54 % considera que necesita profundizar su formación continuada en Áreas específicas de la Enfermería Comunitaria: Atención al anciano, Inmigración, Trabajo comunitario y Trabajo en equipo.
8. Se considera apreciada por sus pacientes, pero no cree que sea así socialmente, ni por la Administración Sanitaria.
9. La casi totalidad del colectivo opina que se deberían respetar, al menos, los ratios anteriores de población médico- enfermera de 1/1.

10. Las enfermeras creen ser importantes agentes socio-sanitarios y tener capacidad para liderar la atención domiciliaria.

11. Algo más de la mitad del colectivo está de acuerdo con el modelo de enfermera de familia, pero sería necesario estudiar otras alternativas más acordes con la realidad social y cultural.

12. Teniendo en cuenta los datos específicos del estudio, parecería que las enfermeras están plenamente inmersas en la problemática general de la Atención Primaria, puesto que la mayor parte de los problemas detectados forman parte de la preocupación habitual de todos los colectivos.

13. En ese sentido, parece existir una crisis de identidad entre las enfermeras, que no tienen claro cual su misión para el Sistema, que no se sienten consideradas, que cada vez están más sobrecargadas de tareas y al mismo tiempo parece que no hacen nada, porque su presión asistencial está muy por debajo de la de los médicos, que es el rasero por el que la administración mide la actividad de los profesionales.

14. Preocupa la situación de indiferencia hacia la formación ordenada y orientada hacia los objetivos de desarrollo profesional en lo comunitario, lo que alerta sobre la desmotivación de este colectivo.

15. Así y coincidiendo con la actual situación de pérdida de objetivos iniciales de la AP, todo el énfasis y el estímulo de los primeros tiempos, en que las enfermeras fueron pioneras en las experiencias novedosas de trabajo comunitario, ha quedado sólo en una reivindicación teórica que no concuerda con el esfuerzo que tienen que realizar actualmente para cumplir dentro y fuera del EAP.

16. Finalmente creemos que este estudio debería llamar la atención de las Autoridades Sanitarias. La Atención Primaria es el pilar en el que se asienta un buen Sistema Sanitario. En ella se deberían resolver la mayor parte de las necesidades de atención de los ciudadanos.

Las enfermeras son profesionales imprescindibles para satisfacer muchas de ellas. El deterioro del colectivo, su desmotivación, puede contribuir, de manera notable, al resquebrajamiento del sistema, potenciando la inseguridad de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Alonso Fernández M., Iglesias Carbajo A.I, Franco Vidal A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. Aten primaria 2002;30:483-89*
2. *Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.*
3. *Alonso LE. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis; 1994.p. 225-240*
4. *Álvarez-Nido R., Sánchez- González R., Lorenzo-Borda MS ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario? Aten Primaria. 2006; 37:305.*
5. *Anaya Cintas F. Lillian Wald, nace la Enfermería Comunitaria (II) Boletín de Enfermería Comunitaria 2003; 9 (2): 23-25.*
6. *Antón MV. Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos; 1998*
7. *Bilbao Acedos, Izaskun; March Cerdá, Joan Carles; Prieto Rodríguez, María Angeles Diez aportaciones del es empleo de la metodología cualitativa en una auditoria de comunicación interna en Atención Primaria. Revista Española de Salud Pública, 2002, vol.76, n. 5, ISSN 1135-5727.*
8. *Cardeñoso R, Sinobas PE, Gutiérrez L, Pérez C, Ruiz MT. Manual de metodología de trabajo enfermero en atención primaria de salud. Asociación de Enfermería de Cantabria; 2003.*
9. *Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea; 2007*
10. *Consejo Internacional de Enfermeras (2006). Personal fiable, vidas salvadas: conjuntos de instrumentos de información y actuación. Disponible en el sitio web del CIE: <http://www.icn.ch/indkit2006sp.htm>*
11. *Consejo internacional de Enfermeras (2007). Entornos de prácticas favorables: Lugares de trabajo de calidad = Atención de calidad al paciente. Disponible en el sitio Web del CIE: <http://www.icn.ch/indkit2007sp.htm>*
12. *Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria 2000;4, 214-219*
13. *Cortés Rubio JA, Martín Fernández J, Morente Páez M, Caboblanco Muñoz M, Garijo Cobo J, Rodríguez Balo A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? Aten Primaria 2003; 32: 288 – 295*
14. *Custey MA. Expectativas de enfermería en atención primaria. En: Debate sobre enfermería. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 1995.*
15. *Esteras Casanova Pilar Mª Los profesionales de enfermería y la conciliación de la vida familiar, laboral y personal. Nursing. 2006; 24:56-61.*
16. *Federación de Sanidad de CC.OO. La atención primaria de salud en España. Análisis de situación actual y propuestas de futuro.*

17. Fernández MI, Moinelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Rev. esp. Salud Pública*. 2000;74:139-47
18. Fernández MI, Villagrasa JR, Gamo MF, Vázquez J, Cruz E, Aguirre MV, Andradás V. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública* 1995;69:487-497.
19. Ferrer Arnedo C. Diseño de una Dirección de Enfermería de Atención Primaria: experiencia en la aplicación de la gestión del conocimiento. *Revista de Administración Sanitaria*, 2000, Vol. 3, Nº 1:177-192
20. Flores J.G. and Alonso C.G. Using focus groups in educational research, *Evaluation Review* 19 (1): 84-101. *Sociology at Surrey*, 1995
21. Gabriel Gómez García, Manuel Marín López, Enrique Peña Gómez. Evolución de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y sus repercusiones en Andalucía. El caso del Centro de Salud de Maracena (Granada). *Salud* 2000. nº 112. Junio 2007
22. Galeano, Eumelia, et al. Curso Especializado en la Modalidad a Distancia sobre Investigación en las Ciencias Sociales, Modulo 5, La Investigación Cualitativa, Teoría. Medellín, ICFES, INER, Universidad de Antioquia. 1993.
23. García García, J.L. 2000 “Informar y narrar”; el análisis de los discursos en las investigaciones de campo. *Revista de Antropología Social*, 9-75-104
24. HIDALGO GONZALEZ, Rosalina, HIDALGO GONZALEZ, María Caridad, GARCIA DIAZ, Estrella et al. El desarrollo profesional en enfermería. *Rev. Cubana Enf, ene.-mar. 2002, vol.18, no.1, p.8-14. ISSN 0864-0319.*
25. Huberman, A.M. y Miles M.B. 1994. Data management and análisis methods. (manejo de datos y métodos de análisis). En Denzin, N.K y Lincon, Y.S., *Handbook of Qualitative Research*. ThousandOaks.CA:Sage Pp 428-444
26. Ibáñez J. Cómo se hace una investigación mediante grupos de discusión. En: García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza Editorial; 1990.p. 489-501.
27. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Los equipos de atención primaria. *Propuestas de mejora. Documento de Consenso*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
28. Jubete Vázquez M.T. Lacalle Rodríguez-Labajo M, Riesgo Fuertes R. Cortés Rubio J.A, Mateo Ruiz C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área I de Madrid. *Aten Primaria*. 2005;36
29. krueger, R.A. 1991. El grupo de discusión. *Guía practica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide. Capítulo 2:35-56
30. Martín-Arribas M Concepción, Santiago-Santos Isabel. Rodríguez-Rodríguez Fidel. Moreno-Casbas M Teresa. Andrés-Copa Pilar de. Casadevall-Doménech Asunción. González-María Esther. Fernández-García Candelas. Quilchano-Gonzalo Begoña. Meneses-Jiménez M Teresa. Flores-Pérez Luis Alberto. Fraile-Calle Luis. Amez-López Benilde. Posada de la Paz Manuel. Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermería de la Comunidad de Castilla y León. *Enf. Clin*. 2006;16:119-26
31. Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gac. Sanit*. 2004;18(2):129-36

32. *Martín Robledo E, García López F, Sánchez de la Calle PP. La profesión enfermera a lo largo de 14 años de modelo de Atención Primaria. Metas 1999; (14): 31-5.*
33. *Molina Sigüero A. García Pérez M.A, Alonso González M. Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten. Primaria 2003;31(9);564-74*
34. *Mora Martínez J.R., Ferrer Arnedo C., Ramos Quirós E. - Revista de Administración Sanitaria, 2002. Vol. 6, Nº 21:135-159*
35. *Muñoz-Seco E, Coll-Benejama JM, Torrent-Quetglasb M, Linares-Pouc L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. Aten Primaria 2006; 37: 209 – 214*
36. *Nieto de Antonio I., Gómez de Cádiz Villareal A., Aragón Lavale D., Flores Berza L. y. Vega González M.A. Enfermería de familia frente a enfermería de pediatría. Madrid. An. Esp. Pediatría 2000, 53: 395-398.*
37. *Palacio Lapuente, F.; Marquet Palomer, R.; Oliver Esteve, A.; Castro Guardiola, P.; Bel Reverter, M.; Piñol Moreso, J.L.; Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud?. Un estudio cuali-cuantitativo Atención primaria 2003*
38. *Robles M, Dierssen T, Martínez E, Herrera P, Díaz AR, Llorca J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gac. Sanit. 2005;19(2):127-34*
39. *Rodríguez A. Qué se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde Atención Primaria. Rev Adm Sanit. 2006;4(2):251-70*
40. *Salvadora Sancho Viudes, Clara Vidal Thomàs, Rosa Canellas Pons, María José Caldés Pini-lla, Joseph Corcoll Reisach y María Ramos Montserrat. Análisis de situación y propuestas de mejora en Enfermería de Atención Primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública 2002, vol.76, nº 5*
41. *Soto R, Santamaría MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. Enfermería Clínica. 2005; 15(3):123-30*
42. *Viñas Maestre M, Castel Simon S. Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. Aten Primaria 2000; 26: 309-313.*

AUTORES:

Josefa García Gil, Purificación Carmona Soler, Benito Dieguez Sánchez, Víctor Langreo Oliver, Agustín Reoyo Jiménez, Rosa M^a Cuadrado Abad

GRUPO ESTUDIO ENFERMERIA:

Área 1 AP: M^a Luisa Fernández Ruiz, Isabel Batanero cabras

Área 2 AP: José M^a González Cornejo, David Vellisco Pascual

Área 3 AP: Mercedes Zamarreño Mansilla

Área 4 AP: Virginia García Campos, Teresa Barrios Santos

Área 5 AP: Mónica Martínez Crespo

Área 6 AP: Gonzalo Muñoz Hernández, Ángel Luis Alcántara de la Cruz

Área 7 AP: Rosa Muelas Ruiz, Amparo Gómez Calvo

Área 8 AP: Cecilia Muñoz Díaz,

Área 9 AP: M^a Isabel Flores batlle, M^a José Carrasco Ruiz, Mercedes Armas Cordones

Área 10 AP: Eugenio Fernández Redondo

Área 11 AP: Evangelina Mateos Teniente.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento al gran número de enfermeros y enfermeras que participaron en el estudio de forma desinteresada; ellos y ellas son los verdaderos artífices de este trabajo..

Nuestra gratitud especial para:

Carlos Gutiérrez Ortega. Unidad de Investigación del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

ESTUDIOS DE LA FUNDACIÓN

“ESTUDIO SOBRE LA ENFERMERIA COMUNITARIA EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD”

|22/01/2008

José Ángel Maldonado Sanz. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Javier Segura del Pozo, Dirección General de Salud Publica de la Comunidad de Madrid

Emilio Irazabal Martín. Psicólogo Clínico, Servicios de Salud Mental del Área 4, Madrid

Manuela Medina Fernández, Enfermera Docente, Escuela Universitaria La Paz

Nuestro mas especial reconocimiento por su entusiasmo, su inestimable ayuda, y su permanente disposición a la colaboración:

Carmen Ferrer Arnedo. Directora de Enfermería del Área 3 de At. Primaria.



Fundación Sindical de Estudios

Sebastián Herrera, 12. 28012 Madrid. Tel.: 915063056. Fax: 914684058

fse@fundacionsindicaldeestudios.org | www.fundacionsindicaldeestudios.org