

Análisis de situación de la enfermería en el Área 11 de Atención Primaria de Madrid

Milagros Beamud Lagos

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid
mbeamud.gapm11@salud.madrid.org

Tutor

José Luis Pacheco del Cerro

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid
pacheco@enf.ucm.es

Resumen: Comparar la actividad de la enfermera de Atención Primaria según el modelo organizativo. Por ello nos planteamos investigar si el modelo organizativo influye en los indicadores clave de la organización. Para el análisis de situación se realizará un estudio descriptivo, considerando los diferentes sistemas de organización (enfermera de familia o enfermera de adultos/pediatría) con los indicadores de proceso y resultado identificados.

Palabras clave: Enfermería comunitaria-Gestión. Centros de salud-Personal.

Abstract: To compare the nurses of Primary Health Care, with according to the organizational pattern. For we think about it to investigate if the organizational pattern influences in the key indicators of the organization. For the situation analysis he/she will be carried out a descriptive study, considering the different organization systems (family nurse or adults nurse/pediatric nurse) with the process indicators and identified results

Key words: Community nursing. Community health services.

INTRODUCCIÓN

Desde la publicación en el año 1984 del Real Decreto de Estructuras Básicas y la incorporación de los profesionales de Enfermería a los Equipos de Atención Primaria se han producido importantes cambios tanto a nivel normativo, como a nivel práctico/asistencial para adaptarse a las nuevas necesidades de salud de la población⁽¹⁾.

En el año 1990 con el Real Decreto 1466, se establece el título de Diplomado en Enfermería, las directrices y contenidos de los planes de estudios, aparece y desarrolla la materia en enfermería comunitaria, con contenidos propios de la enfermera en la comunidad.

En este contexto, las enfermeras han adquirido una mayor responsabilidad en la provisión de servicios sanitarios, convirtiéndose en auténticos gestores de cuidados. Se ha pasado de un modelo asistencial biologicista, cuyo objetivo era la curación y el control de la enfermedad, a un modelo integral holístico de prestación cuidados de enfermería que ha hecho posible encuadrar el campo de actividades que el profesional de enfermería, esta capacitado para poderlo realizar⁽²⁾.

En el año 2001 se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Se define que la misión de los servicios de enfermería es prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo⁽³⁾.

Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia profesional, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención⁽⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Sra. Ainna Fawcett-Henesy, Directora General de Política Sanitaria para la Región Europea, indica que en el núcleo del Sistema Sanitario debe estar la enfermera de familia y comunitaria, que asesore ampliamente en materia de: hábitos de vida, asistencia familiar y servicios de atención domiciliaria.

La enfermera comunitaria es sin duda un profesional clave en la Atención Primaria de Salud (APS): cuida a personas y familias, así como al resto de la comunidad; ayuda en el autocuidado específico en los diferentes estados de salud, en las discapacidades y problemas crónicos; proporciona asesoramiento sobre estilos de vida saludables; e identifica el riesgo derivado de los comportamientos. Además, orienta a las familias en cuestiones relacionadas con la salud⁽⁵⁾.

Según el documento publicado en la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Organización de Servicios de Salud (OPS)/ Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS)/025.02. La enfermería ha contribuido eficazmente al fortalecimiento de los programas y proyectos de prevención de enfermedades infecciosas y crónicas, así como en la atención y el control al recién nacido y al menor de 7 años⁽⁶⁾.

El consejo internacional de enfermería en el año 2001 manifiesta “Las enfermeras, dispuestas siempre a ayudarte”. Cuidar a la familia y tiene por objeto: hacer a las personas más conscientes de la función que desempeña la enfermera en los cuidados y salud de la familia, inclusive como punto principal de entrada en el sistema de prestación de cuidados de salud⁽⁷⁾.

En los países más desarrollados, la atención de la salud y la enfermería en general está más diversificada y la atención domiciliaria es una estrategia que centra la atención en los grupos más vulnerables como los ancianos, los discapacitados y los niños, y es una alternativa para garantizar el acceso, la calidad, la oportunidad y la disminución de costos de los servicios.

Se reconoce la necesidad de unas actividades de enfermería que ofrezcan cuidados a la familia, como eje generador de hábitos saludables entre sus integrantes y en la comunidad⁽⁸⁾.

La Atención Sanitaria integrada debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios. La enfermera es capaz de gestionar directa o indirectamente los cuidados de forma integral y coordinada dentro este equipo. Siendo responsable última de la calidad de la asistencia que presta^(9,10).

La Enfermería de APS fue protagonista inicial y fundamental de la reforma sanitaria, bajo la filosofía de Alma Ata. En los años sucesivos pasó del entusiasmo, a la “desmotivación” y a la “desmovilización”, quizás promovido por la propia cultura organizativa del sistema.

Actualmente desde la propia enfermería hay un perfil profesional emergente y con fuerza ante las nuevas demandas socio sanitarias de la población: gestión en los cuidados, atención domiciliaria, apoyo a la dependencia, con una orientación al autocuidado de la familia y la comunidad⁽¹¹⁾.

En el año 1999 se plantea en el Área 11 la realización del Plan Estratégico, definiéndose la Misión, Visión, Valores y Principios; desplegando la aplicación del mismo en 2001.

El especial compromiso del Área con la Mejora Continua, unido a la línea estratégica establecida en la Comunidad de Madrid encaminada al desarrollo de la Calidad, ha conducido a mantener la utilización del Modelo EFQM, adicionalmente a su aplicación inicial dentro del Plan Estratégico, abordando en el 2003 y en el 2006 la segunda y tercera autoevaluación, en el entendimiento de que permitirá un direccionamiento para alcanzar los objetivos de la organización y mejorar el sistema de gestión.

En el Área 11 el cuidado de la población se ha considerado un proceso clave dentro del modelo de excelencia de la organización (EFQM), siendo la misión del Área

promover, cuidar y restablecer la salud de la población que atiende, con servicios satisfactorios, eficientes y de calidad.

Nuestro trabajo se orienta a proporcionar los cuidados necesarios para el mantenimiento de la salud y la calidad de vida, estimulando los hábitos saludables y autonomía de las personas. Prestamos una atención sanitaria orientada al servicio del ciudadano y la comunidad, que responde a las necesidades y demandas de la población y promueve el uso adecuado de los recursos disponibles. La mejora continua de la calidad es el eje central de nuestra actuación, intentando generar satisfacción y confianza tanto en los profesionales que trabajan en nuestro Área como en los ciudadanos que atendemos.

Por este motivo, se realizó un taller “Enfermería Comunitaria: Un espacio para la reflexión...” con responsables de enfermería de los equipos de Atención Primaria. La visión dada por nuestros profesionales no difiere sustancialmente del concepto de enfermera de familia que antes hemos definido. Entonces, “¿por qué algunos profesionales enfermeros proponen organizaciones diferentes a la enfermera de familia?”. De hecho en nuestro Área las organizaciones son diversas: enfermera de familia y comunitaria, enfermera de adultos (Población mayores de 14 años) y enfermera de pediatría (población menores de 14 años).

Desde algunos profesionales enfermeros sigue existiendo una resistencia para asumir plenamente la misión de la enfermera comunitaria, los problemas que suelen plantear son de tipo organizativo, quizás influenciados por el modelo establecido en los primeros años de la atención primaria, donde se organizó como el modelo médico. Además afloran comentarios negativos desde otras disciplinas, dificultando este modelo de asistencia.

Existen pocos estudios para valorar la eficiencia de los diferentes modelos organizativos en enfermería, solo un estudio piloto para el análisis de la eficacia del modelo de Enfermera de Familia, multicéntrico, está auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (Región Europea) con el objetivo de conocer el impacto del modelo en la salud de los individuos, la familia y la comunidad en Cataluña⁽¹²⁾. No estando publicados los resultados.

En algunos estudios se ha analizado la acción de las enfermeras, pero no el sistema organizativo. En un estudio hecho por la Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos se demostraba que las matronas que son enfermeras tituladas dispensan cuidados que abrevian las estancias hospitalarias, reducen el número de partos prematuros, y de los partos, resultan niños igualmente sanos que cuando asisten los médicos⁽¹³⁾.

En Alberta, Canadá, las enfermeras de salud pública empleadas por los consejos de salud locales, son las responsables de inmunización a los niños pequeños y a los que están en edad preescolar. En Ontario esas mismas inmunizaciones son administradas

por médicos; el resultado de las inmunizaciones demuestra que Alberta y Ontario tienen el mismo éxito en la prevención de la difteria, el tétanos y la polio, pero los costes son muy inferiores en Alberta⁽¹⁴⁾.

En un estudio inglés se planteó comparar la accesibilidad en el día a la consulta de la enfermera, en relación a la de médicos generalistas. De 1.815 pacientes que pidieron y consiguieron cita el mismo día, 78,6% con la enfermera mientras que los médicos generalistas recibieron al 76,4%. Los resultados indican que un servicio de citas para el mismo día resulta aceptable para la mayoría de los pacientes y que las enfermeras prestan servicios clínicamente eficaces⁽¹⁵⁾.

En general, se requiere una mayor innovación en la oferta de los servicios comunitarios que dentro de las restricciones económicas que caracterizan los sistemas de salud actuales, puedan dar respuesta a la problemática principal de demanda de servicios, mejorar el acceso y establecer unos indicadores de resultados de salud⁽¹⁶⁾, sensibles y validados para medir la actividad enfermera^(17,18). La medición de los resultados enfermeros, incrementaría la satisfacción de del usuario⁽¹⁹⁾ y establecería una herramienta para medir la calidad de los cuidados y sus indicadores correspondientes⁽²⁰⁾.

Por ello nos planteamos conocer: la situación actual que tenemos en el Área 11 de Atención Primaria en relación a la opinión y dificultades de los profesionales para desarrollar el modelo de enfermera de familia/comunitaria e identificar los factores están condicionando⁽²¹⁾ para que el trabajo de la enfermera en nuestra Área de Salud, no termine de enfocarse hacia la atención integral del individuo desde su nacimiento hasta su vejez. Por otro lado valorar la situación en cuanto a los dos sistemas organizativos que están implantados en el Área.

El objetivo es conocer la implantación de los dos modelos de enfermería y para ello vamos a analizarlo mediante un estudio descriptivo transversal.

CONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN ASISTENCIAL

Objetivo general

Determinar si el modelo organizativo de atención de enfermería influye en los indicadores claves de la organización.

Objetivos específicos

- Comparar la utilización de los planes de cuidados, según el modelo de organización de enfermería.

- Contrastar la cobertura de vacunación en el niño y en el adulto, según el modelo organizativo.
- Cuantificar la participación comunitaria y grupos de educación para la salud, según el modelo organizativo.
- Comparar la satisfacción de los usuarios, según la organización de las enfermeras.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio

Equipos de Atención Primaria del Área 11 de Madrid.

Se seleccionarán los equipos según organización: enfermera de familia 166 profesionales y 222 enfermeras de adultos y/o pediatría.

Criterios de inclusión

Enfermeras de atención primaria del área 11 de Madrid.

Criterios de exclusión

Menos de un año en modelo organizativo.

Periodo de estudio

1 de Enero del 2006 a 31 de diciembre 2006.

Selección de la muestra

Se aleatorizará por población asistida durante el periodo de estudio.

Material y método

En el área existen desde el inicio la organización los dos modelos de trabajo de enfermería por familias y adulto/pediatría. El marco de actuación es el mismo para los dos modelos organizativos.

Además se ha trabajado en los últimos años una línea específica sobre indicadores de cuidados monitorizando periódicamente los considerados indicadores claves para el seguimiento del proceso enfermero.

Desde la Subdirección General de Programas Asistenciales de la Comunidad de Madrid, se tienen definidos y establecidos los criterios de evaluación y cumplimiento, donde se explicitan los criterios de inclusión, así como los indicadores de calidad de cada uno de los servicios.

Estos indicadores son monitorizados periódicamente para la evaluación continua en los equipos.

Los indicadores los podemos determinar como de proceso y resultados.

- **Los indicadores de proceso**

- ✓ Número de enfermeras que realizan planes de cuidados.
- ✓ Número de planes de cuidados de enfermería realizados por centro.
- ✓ Número de planes de cuidados con la calidad global del proceso enfermero.

- **Los indicadores de resultados**

- ✓ Planes de cuidados enfermeros con evolución positiva (considerando alta por resolución y/o buena evolución).
- ✓ Porcentaje de planes de cuidados realizados en ≥ 65 años.
- ✓ Porcentaje de planes de cuidados realizados en ≤ 14 años.
- ✓ Porcentaje de planes de cuidados realizados en mujeres.
- ✓ Porcentaje de planes de cuidados realizados en hombres.
- ✓ Porcentaje de planes de cuidados realizados en el domicilio del paciente.
- ✓ Cobertura de vacunación en el calendario vigente de la Comunidad de Madrid en el niño.
- ✓ Cobertura de vacunación de tétanos y difteria en el adulto.
- ✓ Cobertura de vacunación de rubéola a la población diana.
- ✓ Cobertura de vacunación de la gripe y neumococo.
- ✓ Número de actividades participación comunitaria realizadas en el año (asociaciones de vecinos, etc.).
- ✓ Número de personas incluidas en grupos de educación para la salud a crónicos.
- ✓ Numero de grupos con actividad de educación para la salud en la escuela.
- ✓ Atención Domiciliaría al inmovilizado, terminal y puerperio.
- ✓ Encuesta de satisfacción del usuario.
- ✓ Porcentaje de población atendida por su enfermera.

- **Encuesta de satisfacción al usuario**

Se utilizará la encuesta de satisfacción de los usuarios, empleada en Atención primaria con respuestas tipo likert. Se realizará una prueba piloto en 20

personas para valorar la fiabilidad y capacidad de discriminación de los ítems de la encuesta.

- **Fuentes de datos**

La recogida de los datos se realizara en las historias clínicas informatizadas, donde esta establecido por protocolo cada uno de los indicadores.

- **Análisis de los datos**

Las variables continuas se describirán por la media y la desviación estándar para las de distribución simétrica y por la mediana y la amplitud intercuartil para las que presenten distribuciones asimétricas.

Las comparaciones de medias se realizarán con la prueba de la t de Student para las variables que lo permitan.

Las variables discretas se caracterizaron por su porcentaje con intervalo de confianza y serán comparadas mediante la prueba de la χ^2 .

Encuesta: Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de los encuestados (frecuencia absoluta y relativa).

Para analizar la fiabilidad del cuestionario se utilizará el método de las dos mitades (coeficiente de correlación de Pearson con la corrección de Spearman-Brown) y La capacidad de discriminación de los ítems deberá estar entre 0,20 a 0,80.

- **Variables de estudio**

Variable dependiente: organización de enfermería de familia y/o adulto/pediatría.

Variables independientes (Tabla 1)

Variables independientes	Tipo
Número de enfermeras que realizan planes de cuidados	Cuantitativa
Número de planes de cuidados de enfermería realizados.	Cuantitativa
Número de planes de cuidados con la calidad global del proceso enfermero	Cuantitativa
Planes de cuidados enfermeros con evolución positiva	Cuantitativa
Planes de cuidados realizados en ≥ 65 años	Cuantitativa
Planes de cuidados realizados en ≤ 14 años	Cuantitativa
Planes de cuidados realizados en mujeres	Cuantitativa
Planes de cuidados realizados en hombres.	Cuantitativa
Planes de cuidados realizados en el domicilio del paciente.	Cuantitativa
Cobertura de vacunación en el calendario vigente de la Comunidad de Madrid en el niño.	Cuantitativa
Cobertura de vacunación de tétanos y difteria en el Adulto.	Cuantitativa
Cobertura de vacunación de Rubéola a la población diana	Cuantitativa
Cobertura de vacunación de la gripe y neumococo	Cuantitativa
Número de actividades participación comunitaria	Cuantitativa
Número de personas incluidas en grupos de Educación para la salud a crónicos.	Cuantitativa
Número de grupos con actividad de educación para la salud en la escuela.	Cuantitativa
Atención Domiciliaría al inmovilizado, terminal y puerperio.	Cuantitativa
Población atendida por su enfermera	Cuantitativa
Encuesta de satisfacción del usuario	Cuantitativa

Tabla 1. Variables independientes.

RESULTADOS

Porcentaje de enfermeras con el modelo organizativa por familias es el 41,6% y el modelo organizativo de consultas de adulto/niño 58,3%.

En la tabla 2 están los resultados de todos los indicadores analizados, no existiendo diferencias clínicamente relevantes, aunque si existen desde la significación estadística.

	Enfermera de Familia		Enfermera adulto/niño		Significación estadística
Año 2006 Indicadores	%	(n)	%	(n)	
Domicilios Concertados	85,7	(30978/36111)	79,9	(36834/46078)	0,0000
Consultas Concertadas	49,3	(420315/852346)	50,9	(584423/1166568)	0,0000
Cobertura de vacunación infancia	82,3	(38750/47065)	89,9	(54434/60540)	0,0000
Cobertura de vacunación de tétanos	27,8	(80008/287943)	30,8	(112471/3643129)	0,0000
Cobertura de vacunación Rubéola	24,5	(12949/52784)	23,3	(15364/65779)	0,0000
Cobertura de vacunación gripe en >60 años	62,1	(12949/68430)	61,2	(619667/101139)	0,0006
Educación en las escuelas	26,2	(18/69)	26,5	(27/99)	0,878
Personas con participación en grupos de EpS	5,3	(1672/31330)	4,9	(4833/98440)	0,002
Atención al paciente terminal	28,05	(188/670)	29,4	(259/878)	0,5359
Planes de Cuidados a niños ≤ 14 años	5,00	(483/ 9654)	8,65	(1192/13772)	0,0000
Planes de cuidados a ≥ 70 años	47,81	(4616/ 9654)	39,78	(5492/13772)	0,0000
Planes de cuidados en Hombres	44,10	(4258/9654)	43,15	(5702/13772)	0,0170
Planes de cuidados en Mujeres	66,97	(6466/9654)	58,09	(7675/13772)	0,0000
Planes de cuidados en domicilio	7,73	(55/9654)	8,73	(74/13772)	0,475

Tabla 2. Resultados de los indicadores analizados.

CONCLUSIÓN

Parecen existir diferencias entre ambos modelos, en los indicadores estudiados sin poder concluir que exista una diferencia a favor de una a otra organización.

Deberían plantearse nuevas investigaciones en esta línea de trabajo, siendo necesarios diseños diferentes para poder analizar los resultados y valorar adecuadamente las diferencias estadísticas. Por ello nos planteamos realizar un estudio cualitativo utilizando la técnica de Grupo Focal, con el objetivo de determinar los factores que influyen en la implantación del modelo de enfermera familia y comunitaria en los equipos de Atención Primaria del Área 11 de Madrid.

El poder tener criterios establecidos para poder decidir sistemas organizativos, ayudaría a la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. (BOE nº 27 de 1 de febrero de 1984).
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). (BOE nº 280 de 22 de noviembre de 2003).
3. Real Decreto 1231/2001, de 8 de Noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería (BOE nº 269 de 9 de Noviembre de 2001).
4. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería (BOE nº 180 de 6 de mayo de 2005).
5. Martín Zurro A, Cano Pérez. Manual de atención primaria. : organización y pautas de actuación. 2ª ed. Barcelona: Doyma; 1993.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud 21: el marco político de salud para todos de la región europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
7. International Council of Nursing. International Classification for Nursing Practice (ICNP) version 1,0. Ginebra: ICN; 2005.
8. Baltuille Fernández RM. Enfermería en salud pública y atención primaria de salud. Barcelona: Olalla; 1995.
9. Guía de enfermería en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Planificación Sanitaria; 1989.
10. Auñón A, García M. El desarrollo de las enfermeras en Atención Primaria: Funciones y roles. Centro de Salud. 1999; 7:651- 653.
11. Perfil, actitudes y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Barcelona: Doyma; 1999.

12. Icart Isern MT , Pulpón Segura AM, Coll M, Pedreny Oriol R, Ubeda Bonet I, Icart MC. Estudio piloto para el análisis de la eficacia del modelo de enfermería de familia en Cataluña. *Enf Clín.* 2002; 12(3):122-6.
13. Brown S, Gimes, D. A meta-analysis of process of care, clinical outcomes and costeffectiveness of nursing in primary care roes, nurse-practitioner and nurse-midwives. Washington DC: American Nurses Association; 1992.
14. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nursing research.* 1995; 44(6): 332-339.
15. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *Br Med J.* 2000. 320: 1048-1053.
16. Alexander JW, Kroposki M. Community health nursing outcomes. I. Inventory. outcomes management for nursing practice. 2001; 5(2):75-81.
17. Huston C J. Outcomes measurement in healthare: new imperatives for professional nursing practice. *Nurs Case Management.* 1999; 4(4): 188- 195.
18. Morales Asencio JM. Investigación de resultados en enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm.* 2004; 44-45:37-41.
19. Serrano Gallardo P. Características profesionales de la enfermeria comunitaria. ¿Qué opina la población? *Metas de enfermería.* 1999; 16:30-38.
20. Susan F, Pierce PhD. Nurse- sensitive health care outcomes in acute care setting: An integrative analysis of the literature. *J Nurs Care Qual.* 1997; 11(4):60-72.
21. Galindo Casero A, Escobar Bravo MA, Corrales Navarro D, Palomo Cobos L. Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. *Enf Clín.* 2002; 12(4):157-165.

Recibido: 17 junio 2010.

Aceptado: 11 agosto 2010.