

## ORIGINAL

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA EN ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MALLORCA: UN ESTUDIO CON GRUPOS FOCALES****Salvadora Sancho Viudes (1), Clara Vidal Thomàs (2), Rosa Cañellas Pons (3), María José Caldés Pinilla (4), Josep Corcoll Reixach (5) y María Ramos Montserrat (6).**

- (1) Centro de Salud Son Ferriol. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut.
- (2) Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut.
- (3) Centro de Salud Torrent de Sant Miquel. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib Salut.
- (4) Azienda Sanitaria Locale. Dipartimento della prevenzione. Pistoia. Italia.
- (5) Centro de Salud Tramuntana. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut.
- (6) Responsable de la Unidad de apoyo a la investigación. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Ib-Salut.

## RESUMEN

**Fundamento.** La reforma de la atención primaria (RAP) ha dado lugar a mejoras importantes en la profesión enfermera. Objetivos del estudio: analizar los logros obtenidos por las enfermeras, identificar los problemas que tienen actualmente en atención primaria y proponer líneas de trabajo para el futuro.

**Método:** Investigación cualitativa (técnica del grupo focal). Se realizaron ocho grupos segmentados según la categoría profesional y el puesto desempeñado. Dimensiones de análisis: rol de la enfermera, oferta y organización de servicios, participación y gestión, marketing y formación.

**Resultados:** Para los entrevistados, la RAP ha supuesto una ampliación de las competencias de las enfermeras, aunque su rol sigue sin estar bien definido. Consideran que no existe una cartera de servicios propia de enfermería, a pesar de su claro protagonismo en atención domiciliaria y educación para la salud. Se ha identificado la necesidad de revisar, en términos de resultados, los programas de salud existentes. Se comentan dificultades relacionadas con la falta de ajuste de las plantillas en relación con el incremento poblacional. Destacan problemas de comunicación interna en los equipos y la escasa difusión de los servicios de enfermería. Se percibe la necesidad de ampliar la formación pregrado en algunos contenidos (educación para la salud) y habilidades (trabajo en equipo).

**Conclusiones:** Si bien la RAP ha supuesto mejoras para las enfermeras, quedan aspectos por resolver (definición de cartera de servicios, ajuste de plantillas, comunicación interna, marketing, formación, entre otros) y dada la oportunidad que representan las transferencias sanitarias hay que avanzar hacia propuestas innovadoras para mejorar los servicios de salud.

**Palabras clave:** Enfermería. Atención primaria de salud. Investigación cualitativa. Gestión sanitaria.

## ABSTRACT

**Current Status Analysis and Suggestions for Improvement in Primary Care Nursing in Mallorca, Spain. A Research with Focal Groups**

**Background:** The primary care reform (PCR) has give rise to some major changes in the nursing profession. The objectives of this study are to analyze the achievements made by the nurses, to identify the problems they currently have in primary care and to suggest some lines along which work can be done for the future.

**Method:** Qualitative research (focal group method). Eight groups were made segmented by occupational category and the position held. Scope of the analysis: the role of nurses, services supply and organization, participation and management, marketing and training.

**Results:** In the opinion of those surveyed, the PCR has entailed a broadening of the nurses' skills, although their role is still well-defined. The nurses are of the opinion that there is no listing of services inherent to nursing despite the leading role they obviously play in home care and health education. The need has been identified of assess the existing health programs in terms of results. Concerning to health services organization, main problems were related to the lack of adapting staffing in keeping with the rise in population and difficulties of internal communications within the health professional teams and the very small degree to which nursing services are disseminated. The need is felt of broadening pre-diploma training with regard to some subjects (health education) and skills (teamwork).

**Conclusions:** Although the PCR has meant improvements for the nurses, solutions have as yet to have been provided to some aspects (including defining a listing of services, adapting staffing, internal communications, marketing, training) and given the opportunity the transferring of authorities over health care entail, further progress must be made toward innovative proposals to improve the health services.

**Keywords:** Nursing. Primary health care. Qualitative research. Health care management.

Correspondencia:  
Clara Vidal Thomàs  
Tel. 971 17 58 83/4 Fax. 971 17 58 88.  
Correo electrónico: mcvidal@ibsalut.caib.es

## INTRODUCCIÓN

La reforma de Atención Primaria (RAP) en el Estado Español, iniciada en el año 86, pretendía ofrecer a los ciudadanos una atención integral, longitudinal y continuada, para conseguir mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario y menores costes del conjunto de los servicios<sup>1-4</sup>. El proceso de RAP en el ámbito del Insalud, se ha caracterizado fundamentalmente por el trabajo en equipo, una mayor dedicación horaria, el uso sistematizado de la historia clínica, la renovación de las infraestructuras, un importante incremento de recursos humanos y un proceso interno de dirección participativa por objetivos, a través de los «contratos programa». Aunque últimamente parece que existe un agotamiento de los ideales que impulsaron la RAP, y ante las expectativas de los procesos transferenciales, se está cuestionando el actual modelo de gestión desarrollado en atención primaria (AP), tanto respecto a la organización como a la evaluación<sup>5,6</sup>.

En cuanto a la profesión enfermera, se crearon grandes expectativas tanto en el ámbito profesional como económico y laboral. Se esperaba recibir una formación adecuada antes de la incorporación al centro de salud (CS), para lo cual los planes de estudio de enfermería debían incorporar la formación necesaria para asumir los nuevos campos de actuación de la AP<sup>7-9</sup>.

Es incuestionable que la evolución de la enfermería en los últimos años ha sido muy importante. A partir de la reforma se amplió el campo de competencia de las enfermeras (utilizaremos este término a partir de ahora por denominar tanto a las enfermeras como a los enfermeros), se crearon las consultas de enfermería, no sin alguna oposición, y se entendía el modelo de AP como el ámbito ideal para la aplicación y desarrollo de los contenidos profesionales enfermeros. Poco a poco se fue consolidando la actuación enfermera en actividades técnicas, en atención

a enfermos crónicos y en educación para la salud. Pero también surgieron factores que han tenido un impacto negativo en el desarrollo profesional enfermero, frustrando muchas expectativas y creando sentimientos de insatisfacción y desmotivación. Estos factores podrían dividirse en institucionales y profesionales. Entre los primeros destacan: la puesta en marcha en el año 91 de la Cartera de Servicios de AP del Insalud, que englobaba la oferta de aquellos servicios que se iban a prestar desde los CS. En ella el producto enfermero se entendía como intermedio dentro del proceso asistencial. Los indicadores solicitados institucionalmente para las enfermeras se referían exclusivamente a la presión asistencial tanto en consulta como en domicilios, ignorándose el resto de la actividad enfermera. Esto produjo un efecto indeseado, el que no se reconociera de manera institucional la oferta de servicios enfermeros basados en actividades independientes, a través de la puesta en marcha de método enfermero<sup>5</sup>, lo que a su vez dificultó la evaluación de la calidad de las actividades realizadas.

Por otra parte, el sistema retributivo de las enfermeras, sumatorio de las tarjetas sanitarias individuales (TSI) asignadas a todo el equipo de atención primaria (EAP) dividido por el número total de enfermeras que trabajan en el mismo, ha dado lugar a una retribución uniforme del trabajo sea cual sea la carga laboral. Por último, tampoco se contempla la posibilidad de la libre elección de enfermera por parte del usuario.

Entre los factores profesionales, los más relevantes son la ausencia de un modelo que facilite el enfoque y la orientación de los cuidados, y la diferente orientación de las Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE), que determina en gran medida las futuras actitudes profesionales<sup>10,11</sup>.

Se percibe un estado de preocupación y reflexión sobre el papel de las enfermeras, a la vez que críticas y alusiones a su eficacia/eficiencia desde los gestores y otros pro-

fesionales de la salud. En este contexto se publican artículos y ponencias, escritos por enfermeras y por otros profesionales, donde se reflexiona, se discute y se cuestiona el modelo de AP y el papel que tiene la enfermera en los EAP<sup>11-13</sup>.

Por todos estos motivos, desde la Gerencia de Atención Primaria (GAP) de Mallorca nos planteamos que se debería clarificar el papel de las enfermeras como miembros de un equipo interdisciplinar, para responder con mayor calidad y eficiencia a las necesidades de salud de la población en el presente y en el futuro. Pensamos que para poder abordar estas cuestiones era necesario hacer una reflexión profunda sobre los logros obtenidos y los problemas surgidos desde el comienzo de la RAP.

Los objetivos de este trabajo fueron analizar los logros obtenidos por las enfermeras en la reforma de atención primaria, identificar los problemas y/o déficits que tiene actualmente la enfermería de atención primaria y proponer líneas de trabajo a desarrollar por las enfermeras de atención primaria en el futuro, teniendo presente la dinámica del resto del equipo de atención primaria.

#### SUJETOS Y MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas grupales (grupos focales). Para llevar a cabo la investigación se contó con el asesoramiento de una especialista en investigación cualitativa de la Universidad de Perugia (Italia) y con la colaboración de una enfermera de la Asociación Balear de Enfermería Comunitaria (ABIC), que participó en todo el proceso con el objetivo de garantizar la transparencia del mismo.

Una vez aprobado el proyecto por el equipo directivo de la GAP, se invitó a todos los profesionales de AP a participar en la investigación. Entre las 145 personas que manifestaron su deseo de participar se hizo una selección procurando que en todos los grupos hubiera representantes de las zonas ru-

rales y urbanas, que los profesionales tuvieran un mínimo de 5 años de experiencia en AP y que todos los CS que habían propuesto personas para formar parte de los grupos estuvieran representados.

Se llevaron a cabo 8 grupos focales. La segmentación de los mismos se hizo según la categoría profesional y el puesto desempeñado, como se muestra en la tabla 1. El número de participantes por grupo osciló entre 5 y 10.

**Tabla 1**  
Segmentación de grupos focales

Grupo	N.º asistentes
1 Coordinadores	8
2 Médicos Pediatras	6 3
3 Responsables de enfermería	10
4 Enfermeras de adultos	9
5 Enfermeras de pediatría	9
Matronas	4
6 Enfermeras de las Unidades de Atención a la Mujer	2
Enfermeras de las Unidades de Salud Mental	2
7 Administrativos	5
8 Equipo Directivo	8
Gabinete Técnico	4
TOTAL PARTICIPANTES	70

Cada grupo realizó dos reuniones con una duración media de dos horas y media cada una, la primera para analizar los logros obtenidos por las enfermeras con la RAP e identificar los problemas que existen actualmente (objetivos 1 y 2), y la segunda para proponer líneas de trabajo a desarrollar (objetivo 3).

Para coordinar las reuniones se contó con un conductor y un observador por grupo, en total 7 personas, todas ellas personal exter-

no a la GAP con experiencia en investigación cualitativa. Se les entregó un dossier con documentación relativa a los temas a tratar y se realizaron 2 reuniones previas al

inicio de los grupos focales para explicarles el proyecto, situarles en el contexto de la investigación y consensuar el guión que se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2**  
**Guión de las reuniones**

<i>PROBLEMAS/LOGROS</i>	<i>PROPUESTAS</i>
A: ¿Cómo ha influido la reforma en el cambio de enfermera «tradicional» a enfermera «comunitaria»?	A: Respondiendo por una parte a las necesidades de la población y por otra a mejorar la satisfacción de los profesionales, ¿tenéis alguna propuesta concreta?
B: ¿Cómo ha influido la reforma de AP en los servicios de enfermería respecto al modelo tradicional?	B: ¿En qué y cómo podrían mejorar los servicios que se dispensan actualmente? ¿Qué otros servicios se podrían ofrecer?
C: ¿Cómo ha influido la reforma de AP en la organización de los nuevos servicios de enfermería respecto al modelo tradicional?	C: ¿Tenéis propuestas concretas de mejora de la organización de los servicios de enfermería?
D: ¿Se ve reflejada la participación de las enfermeras en la gestión de AP?	D: ¿Creéis que es suficiente o sería susceptible de mejora y en qué términos la participación de la enfermería en los diferentes niveles de gestión (INSALUD, GAP, EAP)?
E: ¿Creéis que la enfermería de AP se ha dado a conocer en el nuevo papel al resto de profesionales y a la población?	E: ¿Tenéis propuestas concretas para mejorar el conocimiento por parte de los profesionales y la población sobre los servicios de enfermería?
F: ¿Cómo ha influido la formación de las enfermeras (ATS o DUE) en la reforma de AP? ¿De que manera ha influido la reforma en la formación postgraduada?	F: ¿Tenéis propuestas concretas para mejorar la formación actual de la enfermera (pregrado y postgrado)? ¿Qué aspectos consideráis prioritarios?

Toda la información generada por los grupos se grabó para su posterior transcripción e interpretación de los resultados.

Se triangularon los resultados de tres formas, por una parte el análisis de la información fue realizado independientemente por dos personas mediante un análisis de contenido de acuerdo a las dimensiones definidas: rol de la enfermera, oferta de servicios, organización de los mismos, participación y gestión, marketing y formación, por otra parte, los resultados fueron contrastados tanto con los moderadores, como con los participantes.

## RESULTADOS

A continuación se señalan los principales resultados referentes a los logros y los problemas/déficits en relación con la profesión enfermera a lo largo de la reforma de AP. Las citas textuales de los participantes aparecen en cursiva.

### Rol de la enfermera

La mayoría de participantes dice que, respecto al modelo tradicional, la RAP ha supuesto ventajas en todos los sentidos, sobre todo en la mejora de la accesibilidad, amplia-

ción de horarios y oferta de servicios. A pesar de ello, en opinión de los entrevistados, *la reforma no está acabada, no se han alcanzado todos los objetivos ni se ha consolidado en la práctica el modelo teórico. Los servicios de atención primaria siguen orientados más a la enfermedad que a la salud.*

En la mayoría de grupos se considera que la RAP ha supuesto una ampliación de las competencias de las enfermeras: de realizar sólo funciones técnicas y burocráticas se ha pasado a trabajar con programas y protocolos, pero *las expectativas que había creado la reforma no se han cumplido*, sobretodo en los aspectos en los que se daba más protagonismo a este colectivo profesional (promoción, educación para la salud, atención domiciliaria). Esto ha causado frustración en algunos profesionales.

Hay participantes, principalmente médicos, que consideran que *la profesión de enfermería es la que tiene menos definido su perfil*, lo que se atribuye a la existencia de un *vacío normativo* en este sentido. Por otra parte, muchos profesionales piensan que se ha ganado autonomía y capacidad de organización. Sin embargo en opinión de los participantes, esta autonomía está limitada por: *la dependencia de las órdenes médicas que se derivan de programas y protocolos, la reticencia de unos a ceder funciones y de los otros a asumirlas.*

En cuanto a la confianza y reconocimiento por parte del EAP, opinan que *la falta de contacto, de trabajo en común, el aislamiento de cada uno en su consulta, provoca desconocimiento del trabajo del otro y falta de confianza.* Algunas enfermeras se sienten infrutilizadas por falta de confianza.

### **Oferta de servicios**

Los profesionales entrevistados perciben que los usuarios confían sobre todo en las enfermeras de perfil más definido (pediatría y matronas), así como en las que visitan periódicamente a los enfermos crónicos, aun-

que a veces no saben como referirse a ellas: *la señorita del azúcar, la que va a las casas, la doctora del pediatra...*

También manifiestan que a pesar de que la oferta de servicios aumentó con la RAP, no existe una oferta propia y global de cuidados de enfermería, *ésta depende de cada profesional y de cada centro.* Los planes de cuidados estandarizados, elaborados en el área, *no son suficientemente conocidos ni puestos en práctica.*

Respecto a los programas y protocolos en general, la mayoría opina que *hay una gran participación de las enfermeras, fundamentalmente en la atención a [enfermos] crónicos, atención domiciliaria, niño sano, atención a la mujer, actividades preventivas y promoción de la salud.*

En todos los grupos hay quejas de que *los programas y protocolos aumentan sin tener en cuenta la dotación de personal, la formación de los profesionales, ni haber hecho estudios de las necesidades de la población.*

En la atención domiciliaria se destacan como aspectos positivos: *Es uno de los grandes campos de desarrollo de la enfermería.* Las enfermeras son bien recibidas por la población, los usuarios y familiares necesitan sus cuidados, estos van muy ligados a conseguir la autonomía del paciente, a realizar educación para la salud. *Está reconocida por la administración que la ha convertido en un programa estrella.* Pero se señalan las siguientes dificultades: *No todos los profesionales la asumen de la misma manera. Hay sensación de soledad porque faltan recursos sociosanitarios, se detectan problemas que no se pueden resolver por falta de medios materiales, falta infraestructura, faltan trabajadoras sociales. Falta formación en intervenciones familiares.* No se reconoce el tiempo que se ha de dedicar para obtener buenos resultados.

En lo que se refiere a las actividades de promoción y educación para la salud hay consenso en que *las enfermeras son y han de*

*seguir siendo las protagonistas, aunque se han expresado dudas de sus resultados. Muchos piensan que la educación para la salud a grupos podría ser más efectiva que la individual, es bien recibida por la población, pero se necesita tiempo para llevarla a cabo.*

La realización de recetas de tratamientos de larga duración (TLT) por parte de las enfermeras es un tema que ha sido considerado como conflictivo en todos los grupos: *la presión asistencial ha sido un factor distorsionador, la burocracia, sobre todo las TLT, ha causado muchos enfrentamientos.*

### **Organización de los servicios**

Todos los grupos coinciden en que *aumenta la población pero no las plantillas de profesionales. La población no está bien asignada, no se tienen en cuenta [a] los transeúntes, [a] los inmigrantes, las zonas con alto crecimiento demográfico, la atención a los adolescentes y a las familias desestructuradas.*

La angustia ante la presión asistencial se manifiesta de forma diferente según los estamentos. Así, mientras los médicos piden *más apoyo administrativo y auxiliar*, las enfermeras dicen que *con una enfermera cada 2 o 3 médicos es imposible hacer el trabajo bien hecho*, y respecto a los administrativos se manifiesta en todos los grupos que *cada vez asumen más tareas sin aumentar la plantilla.*

Las enfermeras manifiestan *desacuerdo en que sus retribuciones sean en función del reparto del total de la población de la zona básica de salud (ZBS) entre todas las enfermeras del EAP.*

Con respecto a la accesibilidad, para la mayoría de participantes *la diversidad de actividades que realizan las enfermeras en lugares diferentes (sala de curas/urgencias, domicilios, residencias de ancianos, escuelas) dificulta su localización.* Este problema se ve agravado por el *desconocimiento por parte de algunos servicios de admisión del planning de enfermería.*

La mayoría de profesionales considera que *la inexistencia de cita previa centralizada para enfermería representa una disminución de la accesibilidad y una pérdida de tiempo por parte de las enfermeras*; para algunos se percibe como *un lujo y un reparto inequitativo de las cargas de trabajo.*

En relación con el funcionamiento de los EAP, la mayoría de los grupos considera que sigue sin estar resuelto el problema de la comunicación interna. Algunas de las causas que se apuntan son: *falta de tradición y experiencia de trabajo en equipo, falta de coincidencia de horarios para sesiones, falta de espacios físicos y de tiempo. En el modelo tradicional se trabajaba en solitario. Con la reforma se crearon unas expectativas demasiado altas en cuanto a comunicación interdisciplinar.* La mayor parte de los participantes opina que existen *más dificultades en los centros urbanos, porque normalmente están formados por grupos de profesionales más numerosos.*

Predomina la opinión de que *el equipo no existe*, lo que en parte se atribuye a que *el comité de dirección del centro no es suficientemente operativo..., el coordinador pocas veces es un líder..., se hacen pocas reuniones, siempre tratan de los mismos temas, se hacen en situaciones de crisis, son poco resolutivas y hay enfrentamientos entre estamentos. No se trasmite la información de las reuniones de coordinadores a las responsables de enfermería y a la inversa, y las unidades de apoyo tienen dificultades de comunicación con el resto del equipo.*

Con respecto al microequipo (médico y enfermera) en la mayoría de los grupos se apunta a que *su funcionamiento depende de factores personales, se realizan pocas reuniones de microequipo, la comunicación es informal, se hace en el pasillo de una manera rápida.* Entre los factores que dificultan la comunicación se apuntan: *la coexistencia de profesionales integrados y no integrados; la diversidad en el origen y formación de las enfermeras; la falta de interés por*

*parte de los médicos de entender el trabajo específico de las enfermeras.*

En cuanto a registros e indicadores todos los participantes coinciden en que *son inadecuados, se tiene más en cuenta la cantidad que la calidad, no reflejan la actividad real, se duda de su objetividad y no todos los profesionales registran siguiendo los mismos criterios.* Se señala que *no se pueden comparar los registros de los médicos con los de las enfermeras debido a las diferentes actividades que realizan.*

### **Participación y gestión**

Diversos grupos se quejan de la falta de comunicación entre los centros y la GAP. En general se opina que *las direcciones tienen poca predisposición a ir a visitar los centros personalmente y que los profesionales tienen poca opción a dar su opinión, se sienten poco representados.* La mayoría de los grupos considera que *cada vez hay menos representación de enfermería en el Insalud central y que no están suficientemente definidas por la GAP las funciones de las responsables de enfermería*

La descentralización ha supuesto una serie de avances pero también algunas dificultades. La mayoría de las enfermeras entrevistadas considera que *la descentralización de los centros de salud ha llevado a una menor participación de las enfermeras en la gestión; el coordinador tiene poco en cuenta las opiniones de las enfermeras y de los administrativos.*

### **Marketing**

En referencia al conocimiento que la población tiene de los servicios que ofertan las enfermeras se expresa que *no son suficientemente conocidos por falta de definición del papel de la enfermera entre otras causas.* La mayoría coincide en que ha habido una escasa difusión del trabajo de las enfermeras, *ni la población ni los propios compañeros conocen bien cuál es su función especí-*

*fica.* Las iniciativas de darse a conocer a la comunidad por parte de las enfermeras *a veces se han visto coartadas por la administración o por los propios compañeros, por miedo a crear más demanda. Si se conoce el trabajo de la enfermera ha sido por esfuerzo individual.* Pero también hay sentimientos de autculpabilización por parte de algunas enfermeras: *no nos hemos sabido dar a conocer, tenemos lo que nos merecemos, ni la Gerencia nos reconoce.* Casi todos los grupos coinciden en que *sólo conoce los servicios de enfermería la población que acude frecuentemente al centro de salud.*

### **Formación**

La mayoría opina que el cambio de la formación de ayudante técnico sanitario (ATS) a diplomado universitario de enfermería (DUE) ha supuesto una mejora: *actualmente está más orientada a la atención primaria pero se considera que se hacen pocas horas de prácticas y se necesitaría más formación en educación para la salud, trabajo en equipo, entrevista clínica...*

En general, se manifiesta que *la formación de las enfermeras de atención primaria es dispar.* Se considera que *no ha habido suficiente apoyo institucional para formar en los nuevos contenidos.* La mayoría piensa que la formación continuada es básica, pero *que depende fundamentalmente de la iniciativa individual.*

La formación que oferta el departamento de docencia de la GAP está bien valorada, pero *los cursos se deben realizar en tiempo libre o reorganizando las agendas y con dificultades para encontrar sustitutos, sobre todo en la zona rural.* Un problema añadido es la insularidad, que hace que *los costes para realizar cursos fuera de la isla se disparen.* Se considera que *los médicos tienen más facilidades para asistir a cursos y congresos porque tienen más financiadores.*

Las principales propuestas realizadas por los participantes se recogen en la tabla 3.

**Tabla 3**  
**Propuestas y líneas a desarrollar**

<i>PROPUESTAS</i>	<i>CITAS TEXTUALES</i>
<b>A. ROL DE LA ENFERMERA</b>	
Definir las funciones de la enfermera de AP	<i>La gerencia debe dar las directrices a cada estamento</i>
Definir un modelo de enfermería	<i>El modelo debe estar consensuado entre los profesionales y el equipo directivo de la GAP.</i>
Fomentar la corresponsabilidad de profesionales	<i>Se deben compartir las cargas de trabajo, evitar la duplicidad de visitas</i>
<b>B. OFERTA DE SERVICIOS</b>	
Definir la cartera de servicios de enfermería	<i>Definir la cartera de servicios según los problemas más prevalentes y/o relevantes de la ZBS</i>
	<i>Realizar planes de cuidados estandarizados</i>
	<i>Protocolizar las actividades</i>
Evaluar los programas de salud	<i>Revisar los programas vigentes, realizar estudios que demuestren la efectividad en términos de salud de nuestras intervenciones</i>
Potenciar la educación para la salud	<i>Potenciar la educación para la salud a grupos</i>
Fomentar la autonomía del usuario	<i>Evitar las actitudes paternalistas. Corresponsabilizar al usuario...</i>
<b>C. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS</b>	
Aumentar las plantillas de profesionales	<i>Deben contemplarse variables como: edad, transeúntes, inmigrantes, zonas con alto crecimiento demográfico, población marginal.</i>
Retribuir según capitación	<i>Retribuciones según población atendida</i>
Mejorar la comunicación interna	<i>Potenciar el funcionamiento del comité de dirección del CS</i>
	<i>Reuniones del EAP de formación y organizativas (con orden del día y acta)</i>
	<i>Reuniones formales y consultas conjuntas de microequipo</i>
Mejorar la accesibilidad de las enfermeras	<i>Cita previa informatizada y centralizada en admisión, los administrativos deben tener el planing de las enfermeras</i>
Revisar y unificar criterios de los registros	<i>Establecer indicadores que midan los resultados en salud y la calidad de los servicios</i>
<b>D. PARTICIPACIÓN/GESTIÓN</b>	
Dirección participativa por objetivos	<i>Definir el perfil y el peso que debe tener cada cargo directivo en el organigrama de la GAP</i>
	<i>Participación del equipo directivo de la GAP en temas conflictivos donde el EAP no llega al consenso</i>
	<i>Reuniones conjuntas coordinadores y responsables de enfermería</i>
	<i>Las responsables de enfermería deben tener participación activa en la toma de decisiones y reconocimiento por parte de la GAP y de los EAP</i>
<b>E. MARKETING</b>	
Difundir la cartera de servicios del CS usando múltiples canales	<i>Catálogo informativo para los usuarios, página web, prensa, radio y tv local. Espacios de comunicación de la comunidad</i>
<b>F. FORMACIÓN</b>	
Potenciar en los estudios pregrado de enfermería la atención primaria	<i>Educación para la salud, entrevista clínica, trabajo en equipo, atención a familias, atención a urgencias</i>
Acreditar los CS y los tutores de la docencia pregrado de enfermería	<i>Reconocimiento y compensación a la labor de tutorización de alumnos</i>
	<i>Formación específica para tutores</i>
Facilitar la formación continuada	<i>Debe realizarse en horario laboral, sustituido y durante 15 a 20 días al año</i>
	<i>Conceder más becas para formación externa y subvencionar los desplazamientos</i>
	<i>Dotación de una enfermera a tiempo completo en la unidad de docencia</i>



## DISCUSIÓN

Se optó por una técnica cualitativa pues se consideró útil para la comprensión en profundidad de los fenómenos que se deseaban investigar, ya que dichas técnicas aportan el punto de vista de los propios sujetos implicados<sup>14</sup>. Cuando se propuso a los EAP participar en el estudio, hubo opiniones contrapuestas, por una parte algunas enfermeras manifestaron su desacuerdo en que otros profesionales opinaran sobre su trabajo, algunos profesionales expresaron dudas de la utilidad de realizar el estudio y, en cambio, otros la necesidad de llevarlo a cabo. A pesar de todo ello, la GAP consideró adecuado realizarlo dada la utilidad que había mostrado previamente la participación de los profesionales en distintas acciones orientadas a la planificación y organización de los servicios<sup>15-17</sup>.

Entre los resultados más relevantes, se señalan avances del nuevo modelo respecto al modelo tradicional, pero las expectativas no se han visto satisfechas<sup>11,13,18</sup>. Las propuestas que realizan los participantes están en la línea de definir el rol profesional y de fomentar la responsabilidad y competencias de las enfermeras, lo que concuerda con otros estudios realizados sobre el tema<sup>7,10,11,13,19,20</sup>.

Pensamos que, a pesar de la gran ilusión con la que se inició la RAP, faltaron por una parte directrices claras respecto al trabajo que debían desarrollar las enfermeras y, por otra, la formación necesaria para ello. El proceso de reflexión que suscitó este estudio, junto con las recomendaciones de las líneas de actuación en AP para el año 2001 del Insalud<sup>21</sup> entre otros, ha propiciado el inicio de un proyecto de gestión de cuidados para la adopción de un modelo enfermero que fomente la responsabilidad en los cuidados y la independencia del usuario con respecto a su salud. Se pretende generalizar la utilización del método científico para planificar acciones, unificar criterios y permitir así evaluar el trabajo de las enfermeras, pro-

moviendo la investigación orientada hacia la mejora de los cuidados<sup>11,12</sup>. Este proyecto, iniciado durante el año 2000, se realiza conjuntamente con el departamento de enfermería y la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de las Islas Baleares.

Con respecto a la oferta de servicios de enfermería, el problema más relevante es que no existe una oferta propia y global de cuidados de enfermería, aunque consideran que hay un gran protagonismo de las enfermeras en los programas de salud y, en general, en las actividades preventivas y de promoción de la salud. El programa de atención domiciliaria, concretamente, es considerado como una de las estrategias clave de AP donde el papel de las enfermeras es relevante<sup>5,10,11,13,18,22</sup>. A pesar de ello, los participantes han manifestado dificultades para llevarlo a cabo relacionadas sobre todo con el déficit de servicios sociosanitarios y la coordinación con los mismos, ya evidenciados anteriormente<sup>23-26</sup>. Algunas de las acciones realizadas en este sentido han sido la creación del equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD) y la implantación del informe de continuidad de cuidados de enfermería tras el alta hospitalaria. Asimismo, la puesta en marcha del Plan Sociosanitario<sup>27</sup>, aprobado por el *Consell de Govern de les Illes Balears* en marzo de 2002, que define el modelo de atención sociosanitaria y contempla la creación de una red de servicios, creemos que mejorará la situación presente.

En general, la opinión respecto a los programas de salud vigentes es que deberían revisarse y evaluarse en términos de resultados en salud. De hecho, actualmente la GAP está iniciando una línea de trabajo para la implementación de guías de práctica clínica como instrumento de mejora de la efectividad y de la calidad de la asistencia<sup>28</sup>.

Con respecto a la organización de los servicios, uno de los principales problemas detectados por los participantes es la infrado-

tación de recursos humanos. Se trata de un problema crónico en Baleares, relacionado con un crecimiento de la población mucho mayor que en el resto del Estado, debido fundamentalmente a la inmigración<sup>29,30</sup> y al turismo. En estos momentos, recién asumidas las competencias sanitarias por nuestra Comunidad Autónoma, es de esperar que este tema se aborde en profundidad adaptándose las plantillas a las necesidades reales de los servicios de salud.

En relación con la asignación de la población a las enfermeras, mientras que un sector era partidario de mantener la situación actual (enfermera vinculada a cupo médico), otro sector propuso la creación de cupos de enfermería distribuidos en función de zonas geográficas y vinculados a las retribuciones. Bajo nuestro punto de vista lo importante es establecer mecanismos que vinculen a la enfermera con una comunidad concreta (barrio, pueblo...) para potenciar la colaboración con otros agentes de la comunidad y hacer más efectiva la promoción de la salud y el abordaje de los problemas de esa comunidad<sup>8,31</sup>.

Por otra parte, también se ha evidenciado la aparente falta de accesibilidad de las enfermeras dentro de los CS, lo que estaba relacionado con la autogestión de las agendas por parte de las mismas enfermeras, y ya ha sido abordado por la GAP mediante la instauración de cita previa centralizada para enfermería.

Otro de los principales problemas con respecto a la organización de los servicios es el de la comunicación interna. Tanto en éste como en otros estudios<sup>13,18</sup>, es uno de los temas más debatidos. Existen dificultades en el trabajo en equipo que se han atribuido principalmente a la falta de liderazgo de algunos coordinadores, a la falta de comunicación entre los miembros del equipo directivo del CS y a la indefinición del papel de las responsables de enfermería. Desde la GAP se han realizado acciones, fundamentalmente formativas, hacia los responsables

de los EAP basadas en los principios de la comunicación interna<sup>33</sup>. Asimismo, tal y como proponían los participantes, se han ido realizando algunas reuniones conjuntas de coordinadores y responsables de enfermería con el equipo directivo de la GAP, y a las reuniones de responsables de enfermería ha asistido siempre el gerente y alguna persona de la dirección médica.

En cuanto a los registros e indicadores, los participantes manifiestan que reflejan más la cantidad que la calidad de los servicios. Proponen la revisión de los mismos y la informatización integral de los CS para mejorar, entre otros aspectos, los sistemas de información y disminuir la burocracia. En estos momentos una de las actuales prioridades del *Servei Balear de Salut* es la unificación del programa informático en la red de AP y su conexión con los centros de atención especializada<sup>4,21</sup>.

Respecto a la difusión de los servicios que ofrecen las enfermeras, los participantes opinan que dicha difusión ha sido escasa y sólo se han realizado actividades aisladas. Nuestra opinión es que deberían utilizarse más los medios de comunicación, ya que como algunos autores sugieren, «lo que no sale en los medios de comunicación es como si no existiera... los medios de comunicación son además de un buen instrumento para la imagen, un recurso preventivo»<sup>33</sup>.

Por último, en cuanto a la formación se puede afirmar que la formación de DUE está más orientada hacia la AP que los estudios de ATS<sup>10,11,18</sup>, aunque existen áreas de conocimiento que se deberían potenciar como la educación para la salud, el trabajo en equipo y la entrevista clínica. La falta de desarrollo de la especialidad de enfermería de salud familiar y comunitaria ha contribuido a la indefinición del rol profesional y ha dificultado la oferta de servicios específicos. La OMS en su documento de Salud 21, en el objetivo 15, dice: «en el núcleo del sistema debe estar una enfermera bien formada que proporcione un amplio asesoramiento

en materia de hábitos de vida, asistencia familiar, y servicios de atención domiciliaria a un número limitado de familias. Igualmente deberá interactuar con las estructuras de la comunidad local con relación a los problemas sanitarios»<sup>34</sup>.

En cuanto a la formación continuada, los profesionales opinan, como en otros estudios<sup>11,35</sup>, que es necesaria pero que existen dificultades referentes a la realización de las actividades en horario laboral y la financiación de las mismas. La mayor parte de la formación continuada organizada por la GAP ha sido en función de las necesidades formativas manifestadas por los propios profesionales, siendo la asistencia a cursos generalmente voluntaria, lo que ha supuesto que se formaran las personas con más inquietudes y más disponibilidad. Creemos que, además de esta formación continuada «voluntaria», la GAP debería apostar también por una formación continuada generalizada sobre temas priorizados por la propia GAP como, por ejemplo, la formación en gestión de cuidados.

A modo de conclusión, podemos decir que el estudio ha permitido poner sobre la mesa muchos de los problemas y tensiones que se percibían, pero que sólo se verbalizaban de manera informal, y se han iniciado acciones teniendo en cuenta las propuestas de los participantes. Si bien la RAP ha supuesto mejoras para las enfermeras, quedan aspectos por resolver. Así, el ajuste de las plantillas de profesionales de acuerdo al crecimiento poblacional de Mallorca, la comunicación interna, la definición y difusión de una cartera de servicios de enfermería, la promoción de la investigación orientada hacia la medición de los resultados en salud y por último, la revisión curricular de la formación pre y postgrado, son temas en los que se debería profundizar.

La oportunidad que representa el que en esta Comunidad Autónoma se hayan asumido recientemente las competencias sanitarias, junto al hecho de que la reforma esté

concluida en nuestra área, hace imprescindible que nos planteemos avanzar hacia propuestas innovadoras para un mejor desarrollo de la AP y específicamente de la enfermería comunitaria.

## AGRADECIMIENTOS

A todos los participantes en los grupos focales por sus interesantes aportaciones, que esperamos haber reproducido con fidelidad, y por su participación desinteresada. A los conductores y observadores de los grupos por su excelente labor. A l'Associació Balear d'Infermeria Comunitaria (ABIC) por su apoyo y participación en todo el proceso. A Joan Carles March y a M.<sup>a</sup> Angeles Prieto por su asesoría en el informe final. A Elena Pastor por su eficacia en realizar las búsquedas bibliográficas. A Magdalena Esteva por la revisión final del artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V. La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario. *Jano* 1995; 1148: 1587-1602.
2. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
3. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo «Delphi». *Cuad Gest Prof Aten Primaria* 1999; 5 supl 1.
4. Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Mirret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
5. 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.
6. Tamborero Cao G Coord. Bases estratégicas del modelo de autogestión del Centro de Salud de Son Pisà. 1.<sup>a</sup> ed. Palma de Mallorca: Insalud, 2000.

7. Alberdi Castell R, Jiménez Otero M. Atención Primaria de Salud: un análisis del trabajo enfermero (I). *Rev Rol Enf* 1991; XIV(152): 19-22.
8. Corrales Nevado D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. *Aten Primaria* 1996; 18(10): 577-80.
9. Custey MA. Expectativas de enfermería en atención primaria. En: *Debate sobre enfermería*. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 1995.
10. 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.
11. 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; 25: 34-47.
12. Teixidor Freixa M. Los espacios de profesionalización de la enfermería. *Enf Clíin* 1997; 7(3): 126-36.
13. Casajuana Brunet J. El trabajo médico-enfermera. *Aten Primaria* 1998; 22 supl 1: 49-57.
14. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999; 13(4): 312-9.
15. *Jornades d'atenció primària de Mallorca*. Palma de Mallorca: Gerencia de atención primaria; 1996.
16. *Descentralización de la Gestión en Atención Primaria*. Propuesta de un sistema de monitorización. Palma de Mallorca: Gerencia de atención primaria; 1993.
17. *Diagnóstico situación y propuestas para una nueva etapa*. Barcelona: Consultoria i gestió; 1997.
18. Duarte Clíments G, Izquierdo Mora D. Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención primaria. Tenerife: Dirección General de Programas Asistenciales; 2000.
19. Alberdi Castell R. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Rev Rol Enf* 1998; (239-240): 27-31.
20. Anglada Mirabent N, Cañadell Ledesma, E. Satisfacción de enfermería de atención primaria en las comarcas del Alt y Baix Empordà. *Aten Primaria* 2000; 25(5): 90-6.
21. Insalud. Subdirección General de Asistencia Sanitaria. *Líneas de Actuación en Atención Primaria*. Madrid: Insalud; 2000.
22. Gervás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria*; 2001; 28: 472-7.
23. Ib-salut. *Propostes estratègiques del servei de salut de les illes Balears. Un model de salut propi per al mil·leni*. Palma: Ib-Salut; 2002.
24. Benito E, Llobrera J, Pons O, Santamaria J. L'atenció al malalt oncològic terminal a les Illes Balears. Elements tècnics per a la elaboració d'un pla d'atenció. Palma: Govern Balear. Conselleria de Sanitat i Consum; 1999.
25. Esteva M, Llobera J, Miralles J, Bauzá ML. Management of terminal cancer patients: attitudes, knowledge and skills of doctors and nurses working in primary health care. *Support Care Cancer* 2000; 8: 464-71.
26. Llobera J. Evolución de los enfermos de cancer terminal: aspectos epidemiológicos, clínicos, de calidad de vida y uso de servicios. [Tesis doctoral]. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2001.
27. *Pla Sociosanitari de les Illes Balears (document previ)*. Palma: Conselleria de Sanitat i Consum, Conselleria de Benestar Social; 2001.
28. Marzó M. Guías clínicas de práctica clínica en España. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 supl 3: 30-5.
29. Ramos M, March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura recaptura. *Aten Primaria* 2002; 29: 463-8.
30. Ramos M, Garcia R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001; 15: 320-6.
31. Gené Badía J, Jodar G. Noves perspectives en la enfermería d'atenció primària. *Ann Med (Barc)* 1993; 3: 41-2.
32. Villafañe J. *Imagen positiva. Gestión estratégica de la imagen de las empresas*. Madrid: Pirámide; 1993.
33. March JC, Martínez Olmos J, Cremades R, Arrozamena J. La salud es transmisible. Los medios de comunicación y la atención primaria de salud.

- FMC. Formación médica continuada en Aten Primaria 1999; 6: 13-21.
34. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Introducción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
35. Martínez Ros MT, Ballesteros Pérez AM, Molina Durán F, Sánchez Sánchez, F, Soto Calpe R. Formación continuada en atención primaria: necesidades sentidas por médicos, pediatras y personal de enfermería. Aten Primaria 1996; 1: 124-6.