

DEJAR DE HACER

¿Cómo trabajar menos y tener mejores resultados?

Estrategias imaginativas para añadir valor a la actividad asistencial reduciendo la carga de trabajo.

Cómo convertir un contexto de amenaza en una fuente de oportunidades.

Gutiérrez Sequera J.L. (1), Narbona Rodríguez F.J. (2)

1. Enfermero de Familia. Master en Gestión de Centros y Servicios de Salud. Experto Univ. en Gestión de Cuidados. Responsable de Sistemas de Información y Comunicación del Distrito Sanitario Guadalquivir.// 2. Lic. en Ciencias del Trabajo. Dip. En Trabajo Social. Responsable de Calidad del Distrito Sanitario Guadalquivir

NOTA ACLARATORIA

El Análisis de las diferentes situaciones asistenciales que se describen en el presente documento corresponde a la generalidad de la realidad observada y extraída de las fuentes de información del Distrito Guadalquivir, de la observación directa, y de las impresiones recogidas a los cargos intermedios.

Sin duda existirán excepciones, y por tanto, habrá profesionales y centros que no se identifiquen con la descripción de la realidad asistencial actual que se expresa en el presente documento. El informe generaliza situaciones clínicas que aparecen en la mayoría de los centros por lo que la aplicabilidad de las medidas que se proponen habrá de plantearse de manera individualizada.

Es labor de los Directores de UGC y Coordinadores de Cuidados, que son los mejores conocedores de la realidad asistencial y organizativa de cada centro, identificar la rentabilidad de poner en marcha o no estas medidas, así como la capacidad para motivar a los equipos y transmitir los beneficios de la reorganización que aquí planteamos.

Los Autores.



¿Dónde está el truco?

“¿Una iniciativa de Distrito basada en menos carga de trabajo? Esto tiene gato encerrado...”

Sin duda no faltarán los que de entrada no habrán podido evitar esta reflexión. A menudo trabajamos con esquemas mentales fijos en los que el establecimiento de determinadas etiquetas nos facilita la comprensión de la realidad. Esto nos permite manejarnos cómodamente en los entornos complejos, simplificando los conceptos, pero en la mayoría de los casos nos impide ver oportunidades.



Os invitamos a abrir la mente, a desarrollar lo que se conoce como “pensamiento lateral”, y a contemplar el siguiente documento sin esquemas fijos, sin etiquetas, sin “pensamiento rígido” y sin prejuicios sobre cómo debe ser cada cosa, que sólo pertenecen a una concepción de la realidad que tenemos como habitual, pero que en ningún caso es inamovible.

Efectivamente. No hay gato encerrado. Si se ha impulsado la elaboración de este proyecto, es porque entendemos que en la actual situación asistencial –elevada presión asistencial, elevada frecuentación, alta rotación de pacientes...-, es difícil obtener buenos niveles de satisfacción profesional, y por tanto, de calidad.

Indudablemente, existen otros factores de todo tipo, no sólo relacionados con la carga de trabajo, que disminuyen la motivación de los profesionales. Serán objeto de debate, de discusión o de tratamiento en otro momento.

El presente proyecto se basa en la mejora de la organización de la actividad, tomando como eje central **DEJAR DE HACER** tareas, actividades, y procesos innecesarios, para quedarnos con lo realmente importante, siguiendo un desarrollo escalonado: ORGANIZACIÓN INDIVIDUAL, COORDINACIÓN MÉDICO-ENFERMERA, ORGANIZACIÓN DEL CENTRO, ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD.



Ejemplo de Pensamiento Lateral = liberación de etiquetas y esquemas rígidos.

Un verdugo ofrece a un condenado a muerte la posibilidad de elegir el método de ejecución:

-“Si dices una verdad, te ejecutaré con inyección letal, casi sin dolor. Si por el contrario dices una mentira, te ejecutaré en la silla eléctrica”.-

PENSAMIENTO RIGIDO = “Me matan seguro, diré una verdad para que escojan el método menos doloroso”.

PENSAMIENTO LATERAL (rompe esquemas, etiquetas... no da nada por sentado) = “tiene que haber una manera de salvarme que dependa de mí mismo”.

El reo se despachó con la siguiente frase: “ME VAS A MATAR EN LA SILLA ELECTRICA”.



Se salvó. Si lo mataban en la silla eléctrica, los verdugos incumplían su palabra porque había dicho una verdad, y por tanto debían ejecutarlo con inyección letal. Si lo ejecutaban con la inyección, también incumplirían su palabra, porque el reo habría mentido y por tanto correspondería el otro método. De modo que al no saber qué hacer le liberaron.

No siempre las cosas son como las etiquetamos.

El pensamiento rígido nos limita las oportunidades.



Ejemplos de pensamiento rígido

- Eso no es así.
- Eso no funciona.
- Eso no puede cambiar.
- No es una nueva idea.
- Es demasiado caro.
- Es irreal.
- Es estúpido.

Pero... no se premiaba la actividad?

“Siempre nos dijeron que cuantas más consultas y más pacientes...mejor”

Una vez más insistimos en la necesidad de replantearse conceptos y etiquetas que de algún modo hemos interiorizado, y que como ya hemos dicho, pueden cuestionarse.



Productividad (mucho trabajo), y eficiencia (buenos resultados con el consumo adecuado de recursos), son conceptos antagónicos. ¿Es mejor una mano de pintura sobre 4 paredes, o 4 manos de pintura sobre la misma pared?. Los resultados cantan. Pintar 4 paredes en el mismo tiempo me genera estrés. Pintar una me permite hacerlo con más comodidad, genera más satisfacción, y mejora los resultados.

Si nos damos cuenta, los acuerdos de objetivos de las Unidades de Gestión Clínica se basan en su mayoría en criterios de proceso o de resultados sobre los pacientes, y no tanto en “cantidad de trabajo”. Se trata, en definitiva, de **DEJAR DE HACER** lo innecesario para dedicar más tiempo a lo importante.

Ya... pero el problema es “el sistema”

“Que cobren 10 euros por consulta, que contraten más médicos, y que eduquen a la gente por televisión para que no abuse.”

Sobre las causas de la sobrecarga asistencial, podemos debatir durante horas, y dar vueltas a las etiquetas que todos conocemos: problemas de que falta de personal, medidas que deberían establecerse para “frenar” el hábito de consumo de los pacientes, etc.



Con el proyecto **DEJAR DE HACER**, no pretendemos evitar este tipo de debates, pero tampoco son objeto de nuestra atención, porque buscamos identificar qué podemos hacer por nosotros mismos, mientras esperamos que otros tomen o no determinadas medidas que no sabemos si llegarán, y que tal vez nosotros no tomaríamos si tuviésemos esa responsabilidad. Mientras llegan, el estrés, la sobrecarga asistencial y la presión de la demanda los soportamos nosotros. Simplemente invitamos a ser más prácticos, y a hacer aquello que se circunscribe a nuestro ámbito de toma de decisiones.



¿En qué se basa “DEJAR DE HACER”?

“Se ha realizado una potente búsqueda bibliográfica sobre experiencias similares en otros sistemas sanitarios parecidos al nuestro, y otras dentro de España, e incluso en el ámbito de nuestra comunidad.”

No resultaría responsable por nuestra parte elaborar un proyecto que busca promover cambios en la organización de los centros y la práctica de los profesionales del Distrito, sin que estas propuestas no estuviesen debidamente fundamentadas.

Las sugerencias y análisis que componen el PROYECTO **DEJAR DE HACER**, están basadas en la mejor evidencia disponible, tanto en el ámbito de la clínica como el de la Gestión. Uno de los primeros pasos en la elaboración del trabajo, fue realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica localizando las mejores fuentes de conocimiento, con la pretensión de identificar la mejor práctica clínica, así como las mejores estrategias de gestión, allí donde se hayan llevado a cabo.

Queríamos asegurar en todo momento la consistencia de las sugerencias aquí recogidas, tanto por el calado del proyecto, como por **respeto hacia los profesionales a los que va dirigido**.

Se han consultado las siguientes fuentes:

a) **Guías de Práctica Clínica** (sólo guías validadas por Guíasalud)

Las GPCs son conjuntos de recomendaciones basadas en la evidencia sobre un proceso determinado. En este caso, sólo se han tenido en cuenta las Guías recogidas en Guíasalud (Catálogo de GPCs del Sistema Nacional de Salud), donde sólo se incluyen guías validadas con los instrumentos disponibles, lo cual garantiza su independencia editorial, y su fundamentación en la mejor evidencia.

b) **Manuales de Procesos Asistenciales Integrados** del Servicio Andaluz de Salud

Utilizar los los Procesos Asistenciales Integrados garantiza la calidad, y evita consultas innecesarias. Hemos recopilado y elaborado guías rápidas –que se adjuntan-, y propuestas de seguimiento de Procesos a fin de reducir el número de visitas, y dar el máximo valor a cada contacto con el paciente.

c) **Revisiones sistemáticas y metaanálisis** de la Colaboración Cochrane

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis son recopilaciones de trabajos de investigación agrupadas por temas, donde se comparan los diferentes resultados obtenidos en la investigación, así como la calidad de los estudios. Las revisiones sistemáticas garantizan una actualización permanente del conocimiento disponible y la mejor evidencia sobre un tema concreto, ya sea de clínica, o de Gestión.

d) **Búsqueda Manual en Doyma**

La Hemeroteca de Doyma reúne la mayor parte de las publicaciones sobre salud en español.

e) **Búsqueda Manual en Pubmed-Medline**

Pubmed es la mayor base de datos mundial de artículos de investigación en Ciencias de la Salud, y tiene catalogadas las mejores revistas.

f) **Búsqueda Manual en Cuiden Plus**

Cuiden Plus es probablemente la base de datos más completa del mundo en castellano, por lo que respecta a publicaciones sobre Cuidados de Enfermería.

1. Análisis de Situación

“Todos los indicadores de carga de trabajo asistencial del Distrito están muy por encima de la media de Andalucía, mientras que el tamaño medio de cupo se sitúa por debajo.”

Unos pocos datos nos dan una idea de la situación asistencial que vivimos en nuestro entorno:

- a) **Elevada presión asistencial** (alrededor de 50 pacientes al día en consulta médica), lo que disminuye el tiempo por paciente, es fuente de estrés, y no permite una atención de calidad.
- b) **Elevada frecuentación** (8.800 TIS/1000) que implica que los usuarios acuden con demasiada frecuencia a la consulta, consecuencia de poco tiempo por paciente.
- c) **Elevada rotación en Consulta de Enfermería** (10 consultas/año), cuando todas las guías de seguimiento recomiendan 4-5 consultas si se adapta el contenido. (Recordemos el ejemplo anterior de la pared y la pintura).
- d) **Elevado número de recetas**, que merma la efectividad, la seguridad del paciente, y repercute negativamente sobre el cumplimiento de objetivos individuales y de equipo.
- e) **Escenario de ajuste presupuestario**
- f) **Sensación subjetiva de baja eficiencia**, “hago cosas que no sirven para nada”, “actos repetitivos”.
- g) **Flujos de pacientes rígidos, burocratizados.**



2. Objetivos del Proyecto “Dejar de Hacer”

Objetivos Generales

- **Proponer estrategias de reorganización de la actividad asistencial tendentes a mejorar la eficiencia y adecuar el tiempo de trabajo de los profesionales a las necesidades reales de la población y a los criterios de calidad de la Cartera de Servicios y los Procesos Asistenciales.**
- **Adecuar la demanda al nuevo escenario, fomentando las propuestas de atención mínima a procesos y problemas crónicos. Dotar de herramientas para la gestión efectiva del tiempo de los profesionales en su labor diaria.**

Objetivos Específicos

- a) Definir estrategias estructurales que fomenten la eficiencia.
- b) Identificar tareas ineficientes, y proponer cambios en las mismas.
- c) Implementar el uso de guías rápidas, guías de práctica clínica, así como todas aquellas evidencias que refrenden su uso.
- d) Fomentar el trabajo conjunto el equipo.
- e) Dinamizar la demanda.
- f) Poner en marcha la atención atendiendo a criterios de calidad.
- g) Potenciar la autonomía de los profesionales dentro del equipo.



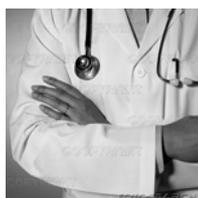
3. Ideas clave



a) Filosofía de pacto

Las propuestas que planteamos no son decretos de la Dirección, sino que se presentan como sugerencias para reorganizar la actividad asistencial en los Centros del Distrito Sanitario Guadalquivir. Hay que interpretarlas como una propuesta de pacto entre la Dirección y los profesionales.

Del mismo modo, la otra cara del pacto es entre los profesionales y los pacientes. No estamos recortando prestaciones ni calidad de asistencia, sino mejorando la eficacia intentando definir estrategias que nos permitan aportar el máximo valor a cada contacto con el usuario, evitando las situaciones asistenciales de baja efectividad.



b) Ventajas para los profesionales

La implantación de las medidas que proponemos aporta ventajas claras a los profesionales, ya que persiguen una importante reducción de la presión asistencial y de la frecuentación de los pacientes, llenando de contenido y valor todos los contactos del usuario con el sistema, eliminando pasos innecesarios.



c) Ventajas para los usuarios

Los usuarios salen beneficiados desde el punto de vista de la seguridad, la confidencialidad, la satisfacción, ya que las medidas que se proponen fomentan la personalización de la atención, y limitan los contactos con el sistema a actividades que aportan beneficio real para el usuario.



d) Ventajas para la Unidad

Toda medida impulsada con el propósito de mejorar la efectividad y la eficiencia, repercutirá positivamente en la consecución de los objetivos y resultados de las Unidades Clínicas.

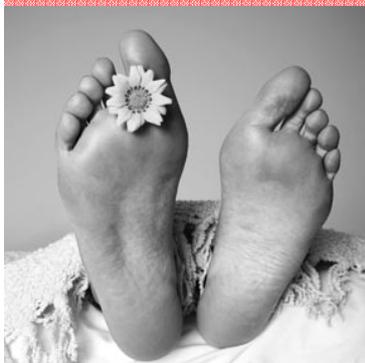
4. Metodología para DEJAR DE HACER

Etapas del “DEJAR DE HACER”

Para reducir la carga de trabajo, podemos esperar estrategias impulsadas desde determinados ámbitos de decisión superiores, pero mientras llegan, **DEJAR DE HACER** propone la siguiente pregunta:



¿Qué puedo hacer por mí mismo? ¿Puedo influir en mi carga de trabajo?



La metodología que hemos seguido para el desarrollo de proyecto, se basa en detectar oportunidades de influencia en la carga de trabajo individual . Pero no trabajamos solos ni aislados del resto del equipo, por lo que habrá que detectar en primer lugar, qué cambios puedo realizar en mi práctica diaria que impliquen disminución de la carga de trabajo, y que no afecten a los demás. En definitiva, se trata de responder a la siguiente pregunta:

¿Qué puedo DEJAR DE HACER sin que afecte a mis compañeros?

En el análisis de cada una de las tareas que realizamos durante la jornada laboral, identificaremos tareas ineficientes, que puedo DEJAR DE HACER.

- Muchas de ellas podré modificarlas, reducirlas, o eliminarlas por mí mismo.
- En otros casos, requeriré una estrategia de coordinación con otros compañeros para conseguir **DEJAR DE HACER**.
- También detectaremos tareas en las cuales, para **DEJAR DE HACER**, requeriremos cambios en la organización del centro donde trabajamos – remodelación de circuitos y flujos de pacientes, etc.-
- Igualmente aparecerán aspectos en los que el **DEJAR DE HACER** dependerá de una estrategia conjunta en toda la UGC.
- Algunas de las tareas harán necesario el apoyo o el pacto con la Dirección del Distrito Sanitario.
- Por último, detectaremos tareas para las cuales sólo cambios estructurales a nivel Central permitirían **DEJAR DE HACER**.

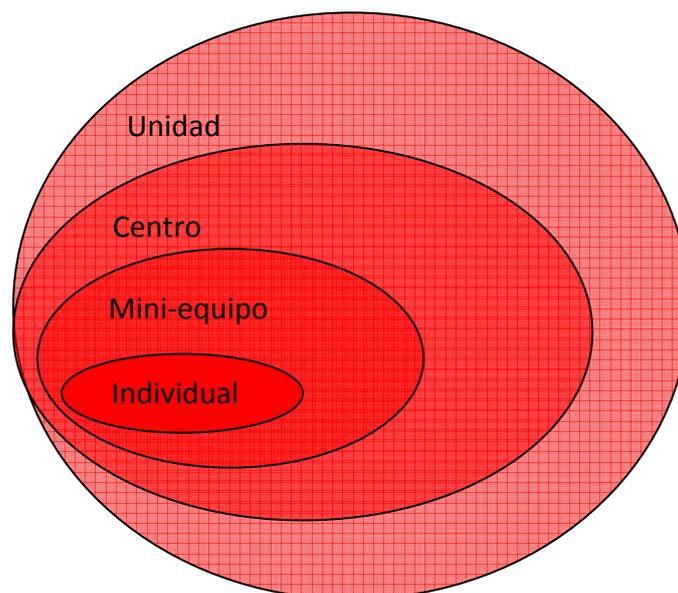


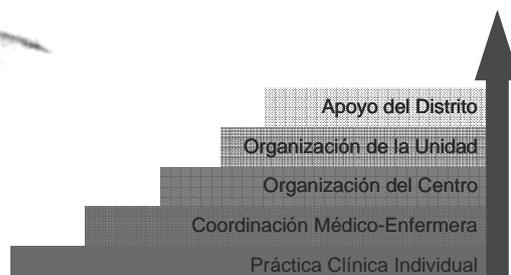


Como vemos, el ámbito de decisión que permite modificar de forma autónoma la práctica diaria y la organización asistencial, y que nos encamina hacia el **DEJAR DE HACER**, sigue una estructura escalonada. Las grandes decisiones estratégicas del “sistema” sólo están en el último peldaño. Hasta llegar a él, disponemos de un ámbito de maniobra muy grande que a menudo despreciamos, y que empieza por nosotros mismos. Esa es la filosofía del **DEJAR DE HACER**. Empezar por preguntarse **qué puedo hacer yo por mí mismo**, qué podemos hacer por nosotros como equipo, o como Unidad, y así sucesivamente.

AMBITOS DE DECISION

Todos somos dueños de una parte de nuestra realidad, y somos siempre una parte importante de la solución a nuestros problemas





5. DEJAR DE HACER para Médicos de Familia

Estrategias en el ámbito individual de decisión

DEJAR DE HACER con la puerta abierta... ¿Misión imposible?

Una de las principales dificultades que sin duda tiene la actividad del médico de familia para empezar a plantearse la estrategia **DEJAR DE HACER**, es la accesibilidad máxima o “demora cero” que forma parte de nuestro sistema.

Siendo una dificultad, no debe sin embargo convertirse en una excusa para permanecer inmóvil y dar por sentado que en tanto en cuanto tengamos la puerta abierta, no podemos hacer nada para controlar la demanda.

La literatura existente nos enseña que el primer paso para hacer algo en la demanda, es precisamente, **DEJAR DE HACER**.

En este caso hay que pensar como el reo del ejemplo de la primera página. Si seguimos pensando “me matan seguro”, no haremos nada, y seguiremos igual. Si creemos que nosotros podemos hacer algo, enseguida veremos los resultados.



Estructura de la Demanda Clínica de Medicina de Familia

La Consulta de Medicina de Familia, se puede clasificar en dos tipos de demanda:

- DEMANDA ADMINISTRATIVA
- DEMANDA CLINICA

A su vez, cada uno de ellas, se subdivide en dos:

- DEMANDA ADMINISTRATIVA PREVISIBLE
- DEMANDA ADMINISTRATIVA IMPREVISIBLE
- DEMANDA CLINICA PREVISIBLE
- DEMANDA CLINICA IMPREVISIBLE



Tareas generales que componen cada uno de los tipos de demanda:

1. DEMANDA ADMINISTRATIVA PREVISIBLE

- Renovación de recetas de largo tratamiento
- Renovación de partes de IT
- Entrega de resultados de pruebas complementarias(*)

2. DEMANDA ADMINISTRATIVA IMPREVISIBLE

- Incidencias con renovación de recetas de LT
- Petición de recetas no LT(*)
- Petición de Informes
- Comunicación de Altas Hospitalarias(*)

(*) Tareas administrativas con más o menos componente clínico

3. DEMANDA CLINICA PREVISIBLE

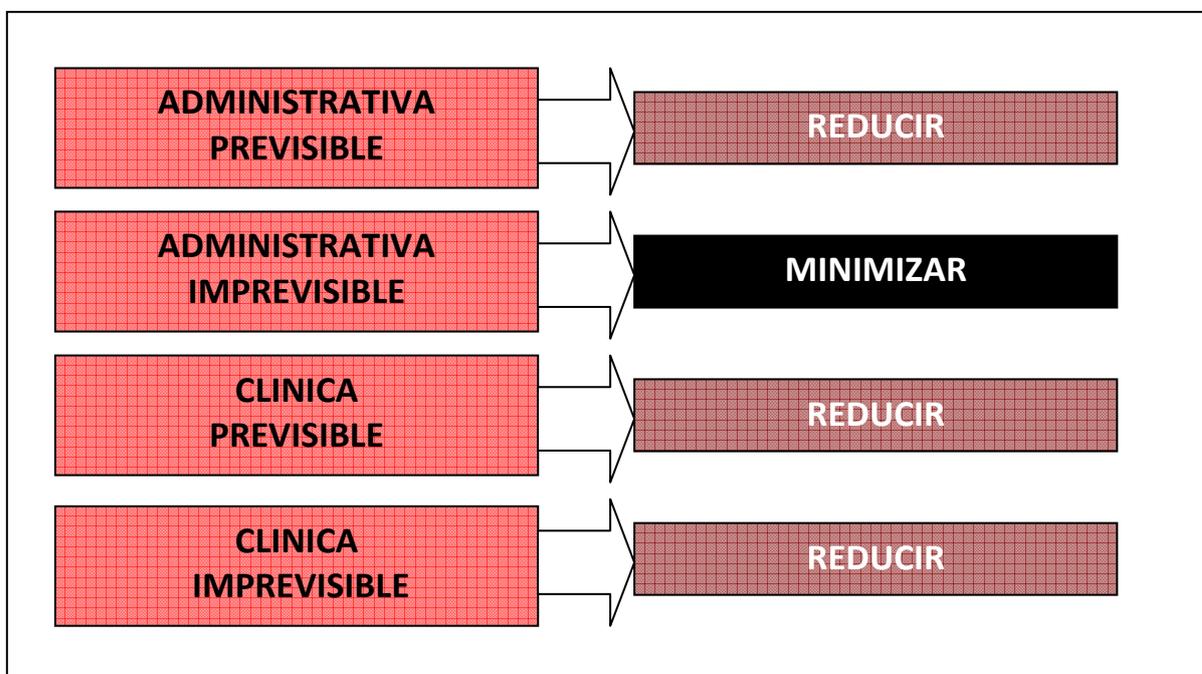
- Seguimiento y control de procesos, programas y crónicos
- Entrega de resultados de pruebas complementarias(*)
- Seguimiento y control de evolución de procesos agudos

(*) Tareas clínicas con más o menos componente administrativo.

4. DEMANDA CLINICA IMPREVISIBLE

- Demanda por procesos agudos
- Demanda por reagudización de procesos crónicos
- Demanda inducida por otros profesionales (Servicio de Urgencias)

Claves para dejar de hacer...



¿Qué hay en mi ámbito de decisión?

Lo siguiente es determinar si cada una de las estrategias –reducir o minimizar-, están dentro de mi ámbito de decisión, o requieren la colaboración de otros profesionales, cambios en la organización del centro, o estrategias a nivel de UGC o incluso Distrito. Hagamos un análisis por tareas.

DEMANDA ADMINISTRATIVA PREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ámbito de decisión
Renovación de recetas de largo tratamiento	Revisión polimedicación, Receta XXI	Individual
Renovación de partes de IT	Gestionar su entrega fuera de la consulta	Org. Del Centro
Entrega de resultados de pruebas complementarias	Gestionar su entrega fuera de la consulta, salvo cambio terapéutico que implique la presencia del médico	Coord.Enfermera/ Org. Del Centro
DEMANDA ADMINISTRATIVA IMPREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ámbito de decisión
Incidencias de renovación de recetas de LT	No se puede, pero no es significativo	
Petición de recetas NO LT	Eliminar la consulta de recetas	Individual/Org. Del Centro
Petición de informes	No se puede, pero representan una mínima parte de la carga de trabajo	
Comunicación de altas hospitalarias	Gestionar fuera de la consulta	Org. Del Centro
DEMANDA CLINICA PREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ámbito de decisión
Seguimiento y control de programas, procesos y crónicos	Uso de las Guías de seguimiento	Individual/Coord.Enfermera
Entrega de resultados de pruebas complementarias	Gestionar su entrega fuera de la consulta	Coord.Enfermera/Org. Del Centro
Seguimiento y control de evolución de procesos agudos	Fomento del autocuidado, entrega de recomendaciones (...SOLO DEBE VENIR SI...) para el paciente en procesos frecuentes (catarro, gastroenteritis, fiebre, lumbalgia...) y salir con la cita asignada para revisión SI LO PRECISA	Individual
DEMANDA CLINICA IMPREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ámbito de decisión
Demanda por procesos agudos	Fomento del autocuidado, entrega de recomendaciones (...SOLO DEBE VENIR SI...) para el paciente en procesos frecuentes (catarro, gastroenteritis, fiebre, lumbalgia...) y salir con la cita asignada para revisión SI LO PRECISA	Individual
Demanda por reagudización de procesos crónicos	Gestión compartida	Coord. Enfermera
Demanda inducida por otros profesionales	Eliminar el "...y mañana a su médico". No monodosis, resolver en Urgencias.	Organización de la UGC
URGENCIAS, NO DEMORABLES...SIN CITA	No tener demora, Apoyo de todo el equipo, Triage, resolver....	Organización del Centro

En estas tablas se recogen las estrategias para **DEJAR DE HACER** en el ámbito de la consulta de medicina de familia, especificando en cada caso las estrategias que hemos encontrado en la literatura, así como el ámbito de decisión en el que pueden llevarse a cabo.

Las acciones que corresponden al ámbito INDIVIDUAL, pueden ponerse en marcha sin tener en cuenta la colaboración con el resto de profesionales. Las resumimos a continuación.

Cosas que yo puedo hacer...

TAREA	¿Cómo dejar de hacer?	Ámbito de decisión
Renovación de recetas de largo tratamiento	Revisión polimedicación, Receta XXI	Individual
Petición de recetas NO LT	Eliminar la consulta de recetas	Individual/Org. Del Centro
Seguimiento y control de programas, procesos y crónicos	Uso de las Guías de seguimiento	Individual/Coord.Enfermera
Seguimiento y control de evolución de procesos agudos	Fomento del autocuidado, entrega de recomendaciones (...SOLO DEBE VENIR SI...) para el paciente en procesos frecuentes (catarro, gastroenteritis, fiebre, lumbalgia...) y salir con la cita asignada para revisión SI LO PRECISA	Individual
Demanda por procesos agudos	Fomento del autocuidado, entrega de recomendaciones (...SOLO DEBE VENIR SI...) para el paciente en procesos frecuentes (catarro, gastroenteritis, fiebre, lumbalgia...) y salir con la cita asignada para revisión SI LO PRECISA	Individual



En cuanto al impacto sobre la carga de trabajo de estas estrategias que pueden acometerse de forma individual, dependerá de la composición de la consulta de cada profesional. En los datos analizados existe gran variabilidad entre profesionales, y los pesos de cada una de las tareas sobre el total de la carga de trabajo, oscilan bastante de unos profesionales a otros.

Al tratarse de estrategias individuales, cada profesional debe analizar el impacto que la aplicación de estas medidas tendría sobre su carga de trabajo.

Cuantificación del DEJAR DE HACER PARA MEDICOS DE FAMILIA

Según Casajuana (2001), la moda de la composición de una consulta tipo que no ha implantado medidas organizativas como las que proponemos, sería la siguiente. Los análisis realizados por la Consultoría de Gestión Clínica del Distrito Guadalquivir, hacen pensar que nuestro entorno no se aleja demasiado de esta composición:

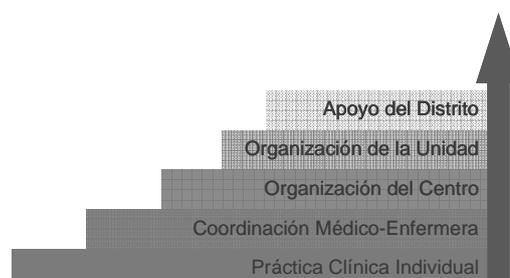
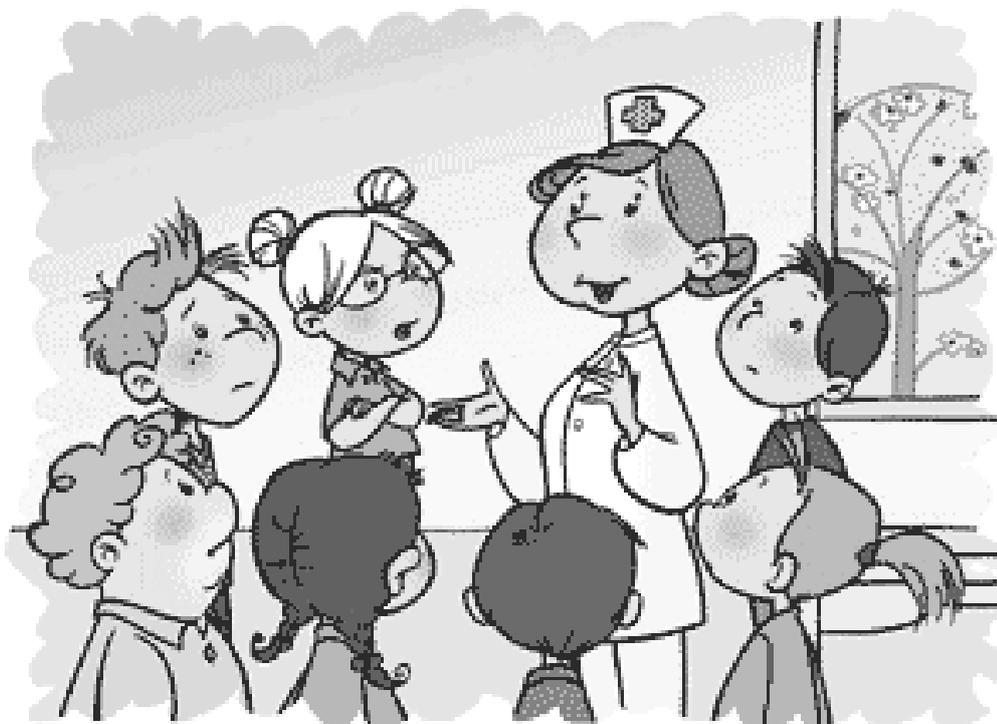
Presión asistencial: 60 pacientes/día	Clinica	Administrativa
Motivo Previsible	30%	48%
Motivo Imprevisible	20%	2%

La distribución de la consulta y la presión asistencial están directamente relacionadas. Esta composición (48% de consulta administrativa previsible) implica que no se han implantado medidas, por ejemplo, del tipo Receta XXI, por lo que la carga de renovación de recetas de LT es elevada.

Cuando se implantaron las medidas, la composición pasó a ser la siguiente:

Presión asistencial: 30 pacientes/día	Clinica	Administrativa
Motivo Previsible	35%	13%
Motivo Imprevisible	50%	2%

Estos datos corresponden a experiencias reales dentro de España. Nosotros partimos de una Presión Asistencial de 50 pacientes al día, y una composición similar, con lo cual disponemos de un amplio margen de mejora en este sentido.



6. DEJAR DE HACER para Enfermeras de Familia

Estrategias en el ámbito individual de decisión

DEJAR DE HACER a puerta cerrada... algo más fácil

La mayoría de los problemas identificados en nuestro **análisis de situación** –elevada presión asistencial, hiperfrecuentación...-, corresponden al ámbito de la consulta médica. Eso no quiere decir que enfermería deba permanecer ajena a ellos, antes bien, tal como hemos visto en el apartado DEJAR DE HACER PARA MEDICOS DE FAMILIA, una buena parte de las soluciones pasan por la colaboración y el establecimiento de estrategias de coordinación en el seno del mini-equipo médico/enfermera.

Cuando abordábamos las posibles soluciones en el ámbito de la consulta médica, hablábamos de la dificultad añadida que suponía la ACCESIBILIDAD MAXIMA o “DEMORA CERO” a la hora de modular la carga de trabajo. En el caso de las enfermeras, esa dificultad es relativa, ya que las agendas de trabajo se basan fundamentalmente en actividades programadas.

No obstante, sabemos que existe demanda encubierta dentro de la actividad enfermera, pero que sin embargo no está agendada ni contemplada dentro de la organización de los centros. Esto a menudo supone una importante fuente de estrés para los profesionales, que deben intercalar las situaciones de demanda dentro de unas agendas a menudo organizadas de manera poco eficiente.

A pesar de esta pequeña “ventaja” de no tener accesibilidad máxima, las enfermeras manifiestan sensaciones relacionadas con elevada carga de trabajo, estrés, prisas constantes durante la jornada, que por tanto requieren igualmente un análisis y un planteamiento para **DEJAR DE HACER** similar al de los médicos.

Estructura de la Actividad Enfermera en Atención Primaria

A continuación analizaremos cada una de las tareas que llevan a cabo las enfermeras de familia, que podríamos dividir en dos grandes bloques:

- a) **Actividades personalizadas**, donde cada enfermera atiende a su “cupó” de pacientes.
- b) **Actividades dispensarizadas**, donde las enfermeras atienden a todos los pacientes del centro, generalmente según planillas rotatorias organizadas por tareas.



TAREA: EXTRACCIONES-TOMA DE MUESTRAS

a) Descripción de la tarea

Extracciones de sangre procedentes de peticiones del propio centro, o de atención especializada. Toma de muestras de los pacientes con TAO.



b) Cuestiones que influyen en el aumento de la carga de trabajo

- Proceso de petición-cita-extracción no filtrado.
- Duplicidad de peticiones especializada-primaria
- Más frecuentación de la necesaria
- Si analizamos Nº de extracciones/Nº



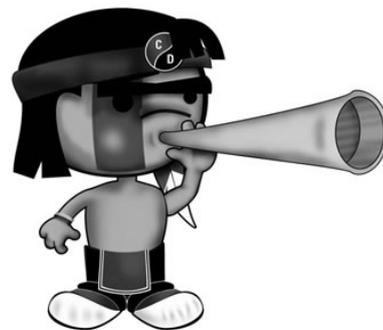
enfermeros, salen unas 8 diarias por profesional. Con el sistema actual, normalmente cada enfermero extrae unas 20, lo cual genera estrés y sensación de saturación, que de la otra forma se evitaría.

- En los centros grandes, se concentran entre 50 y 100 pacientes a la misma hora en la misma sala. ¿Tercer mundo?
- No se distingue entre extracciones complicadas y extracciones sencillas. Cuando hay varias complicadas se producen retrasos-estrés- reclamaciones...
- En el caso de las domiciliarias, siempre son a criterio del médico y no siempre justificadas (hay quien tiene extracción domiciliaria y luego viene al médico a por los resultados... de estos... muchos).

TAREA: PRUEBAS FUNCIONALES: EKG, ESPIROMETRIA

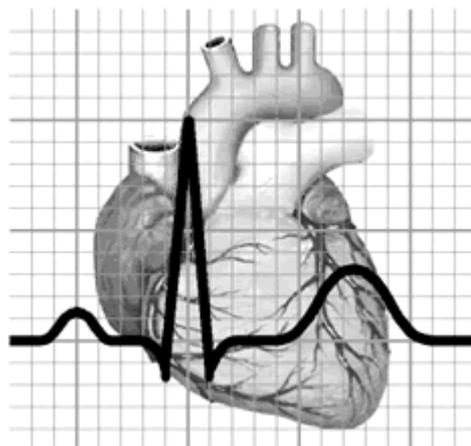
a) Descripción de la tarea

Pruebas funcionales, generalmente en un espacio muy reducido de agenda, y en días muy concretos. En este caso, cuando está personalizado, se produce aún más problema, porque los pacientes casi no pueden elegir día ni hora.



b) Cuestiones que influyen en el aumento de la carga de trabajo

- Limita la accesibilidad, obliga al paciente a acudir en “la hora de los electros”
- Dificulta el acto único
- Aun tratándose de tareas fundamentalmente para crónicos, inexplicablemente se sacan de la consulta de enfermería, y se tratan de forma aislada. Un paciente puede acudir a las 9 a la consulta y a las 12 al EKG, por ejemplo. En el peor de los casos puede ser gestionado en el mostrador.
- Al generarse demora en algunos cupos, los médicos que no quieren complicaciones los piden URGENTES de forma sistemática.



TAREA: SERVICIOS COMUNES

a) Descripción de la tarea

Atención a tareas relacionadas con técnicas (curas e inyectables fundamentalmente). En casi la totalidad de los centros, se trata de agendas dispensarizadas, generando los mismos vicios que la agenda de extracciones.



b) Cuestiones que influyen en el aumento de la carga de trabajo

- Aglomeraciones (todos los pacientes del centro a la misma hora)
- En muchos casos, no se distingue entre inyectables y curas, y se producen retrasos (curas largas)
- Seguimiento de las curas con alta variabilidad. Alta frecuentación.
- Sensación de estrés en la enfermera a la que le “tocan” los servicios comunes. Por ejemplo, en un centro de salud con 5 profesionales de mañana, una sola enfermera se “enfrenta” a una sala de espera con 40 citas de servicios comunes casi todas a la misma hora...

TAREA: VISITA DOMICILIARIA

a) Descripción de la tarea

Control domiciliario de pacientes crónicos o inmovilizados. Actualmente, en la mayoría de los casos se focaliza en un control MENSUAL de TA o Glucemia capilar. En general, es raro que se recoja otro tipo de intervención, a excepción de las visitas realizadas por las ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS. (Fuente: Diraya)

b) Cuestiones que influyen en el aumento de la carga de trabajo

- Acudir todos los meses a un domicilio para hacer un test de constantes no aporta ningún valor, consume tiempo y recursos.
- Tramo de agenda acotado que no permite flexibilidad.
- Nos obligamos artificialmente a acudir a primera hora a las personas diabéticas, en la falsa creencia que la glucemia capilar en ayunas aporta algún valor.
- Frecuentación homogénea. Distintas necesidades de los pacientes inmovilizados, pero misma atención = ineficiencia.

En muchos casos la visita domiciliaria de enfermería viene pautada desde la consulta médica, indicando la frecuencia de los controles sin relación alguna con la evidencia.



TAREA: AVISOS DOMICILIARIOS (INYECTABLE Y CURA DOMICILIO)

a) Descripción de la tarea

Curas e inyectables a domicilio a indicación del médico, y en otras ocasiones a criterio de la enfermera. En la mayoría de nuestros centros, esta actividad es de las pocas que está total o parcialmente personalizada.

b) Cuestiones que influyen en el aumento de la carga de trabajo

- Casi siempre son a criterio del médico y no siempre justificadas (hay quien tiene cura o inyectable a domicilio porque lo ponía en un p10 y luego viene al médico o a otros servicios).
- Hay pacientes que pasan por la consulta médica sólo para obtener una ORDEN de asistencia a domicilio para una cura o inyectable.
- Las úlceras por presión o vasculares no se curan siguiendo Guías Clínicas, aumentando la frecuentación y la rotación de las mismas.

TAREA: CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERIA

a) Descripción de la tarea

Difícilmente podemos encontrar en el Sistema Sanitario, una actividad tan distorsionada y tan alejada de su concepto inicial, como la consulta programada de enfermería. La actual perversión de esta actividad, que se limita en muchos casos a una toma de constantes, hace necesaria una reflexión profunda sobre cuánto tiempo más estamos dispuestos a seguir manteniendo esta carga de trabajo, que con los contenidos actuales, presenta dudosa utilidad. Por ejemplo, la media de rotación de los diabéticos por consulta de enfermería es de 10 veces al año. Sin embargo, sólo un 24% de los diabéticos tienen registrada una revisión de pies. La pregunta es clara: ¿Qué hacemos en esas 10 visitas, si una de las pocas cosas que debemos hacer sólo se la realizamos a 1 de cada 4 pacientes?.



Esto explica que las consultas de enfermería estén llenas de pacientes con un perfil determinado, mientras que buenos candidatos a recibir un seguimiento –por ejemplo, adulto debutante de diabetes o hipertensión, en activo- no esté por lo general dentro de la población captada.

b) Cuestiones que influyen en el aumento de la carga de trabajo

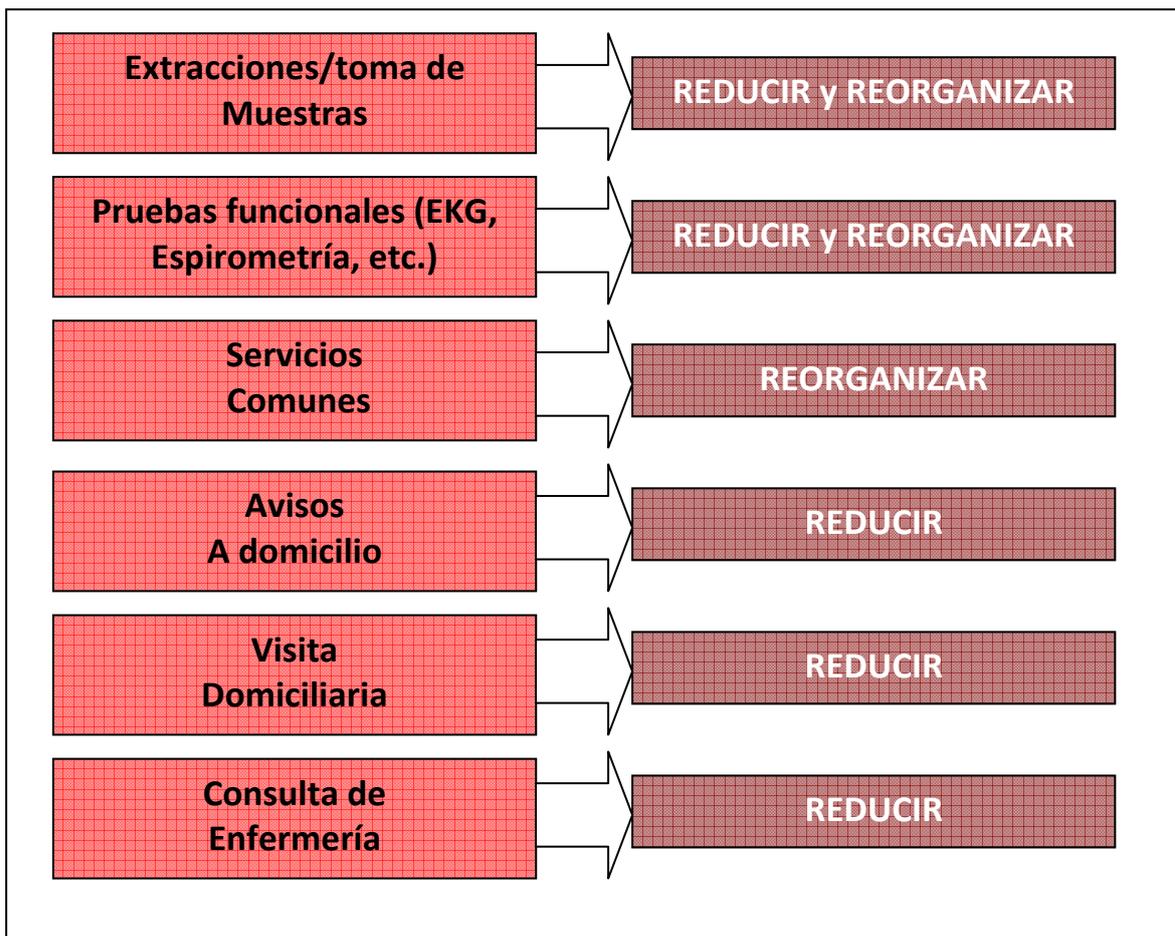
Además de todo lo anterior...

- La Consulta programada de enfermería ocupa gran parte de la agenda, con tareas que en la mayor parte de los casos no aportan ningún valor.
- El índice de rotación es de 10 visitas al año, y sin embargo esto no se refleja en los resultados de normas de calidad de los procesos.
- La consulta se circunscribe en la mayoría de los casos a Hipertensos y Diabéticos mayores de 65 años, olvidando procesos en los que hay sobradas evidencias de la efectividad de la intervención enfermera (EPOC, ICC, Obesidad, tabaquismo, atención a cuidadoras...)



- No tiene cabida la demanda, ni existe acceso externo a las agendas en la mayoría de los centros. La consulta de enfermería está blindada a la cita otorgada directamente por la enfermera. Si el médico deriva un paciente, éste debe abordar a la enfermera en un pasillo para suplicar un minuto de su tiempo. (Mientras, la enfermera corre porque a esa hora ha de saltar a otra tarea).
- No se toman apenas decisiones ni se establecen objetivos, o al menos no se registran, ya que la práctica está centrada en la toma de constantes.
- En muchos casos hay duplicidad de controles. El médico y la enfermera citan al mismo paciente – y a veces el mismo día- para realizar un control de diabetes prácticamente con los mismos contenidos.
- No se emplea el tiempo de la consulta para detectar incidencias relacionadas con la medicación: revisión de polimedicados, detección de efectos adversos, manejo efectivo...

Claves para dejar de hacer en el ámbito de la enfermera



¿Qué hay en mi ámbito de decisión?. La dispensarización como dificultad.

Al igual que hicimos cuando analizábamos la consulta médica, **DEJAR DE HACER** para enfermeras de familia propone una estrategia en escalera, comenzando por pequeños cambios que cada profesional puede hacer en su ámbito individual de decisión, pasando posteriormente a las decisiones que dependen de acuerdo o coordinación con el médico o con el resto de las enfermeras, y así sucesivamente.

En el caso de las enfermeras, que tienen una actividad dispensarizada próxima al 54% de su carga de trabajo total, las decisiones sobre el propio cupo de pacientes, que son las que se encuentran en el ámbito individual, sólo pueden afectar al 46% de su trabajo.

La fuerte dispensarización de muchas de las tareas anteriormente relacionadas, dificultan la auto-organización, y suponen un obstáculo para que cada enfermera pueda organizar su trabajo individualmente, ya que depende de acuerdos con el resto de sus compañeras. No obstante, apuntamos algunas ideas.

Problemas de exceso de carga de trabajo en la actividad enfermera. ¿Cómo dejar de hacer?

EXTRACCIONES	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Proceso no filtrado	Intervenir en la filtración y gestión de citas de laboratorio	Coordinación con Médico del cupo
Más frecuentación de la necesaria	Utilizar guías de atención a procesos crónicos	Coordinación con Médico del cupo
Mala organización - estrés- aglomeraciones	Buscar mejoras en la organización de las extracciones (personalización?)	Organización del Centro
Extracciones a domicilio injustificadas y/o mal distribuidas en la semana	Intervenir en la filtración y gestión de citas de laboratorio	Coordinación con Médico del Cupo/Org. Del Centro
PRUEBAS FUNCIONALES (EKG, ESP...)	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Dificulta el acto único- Incrementa el número de consultas	Incluir en la agenda personal	Individual/Org. Del Centro
Falta de control sobre la frecuentación	Intervenir en la filtración y gestión de citas	Coordinación con el médico/ Org. Del Centro
SERVICIOS COMUNES	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Aglomeraciones	Reorganizar los servicios comunes (Personalización?)	Org. Centro
Alta variabilidad/alta frecuentación	Uso de Guías de Práctica Clínica en Curas	Individual/ Org. Centro
Estrés	Reorganizar los servicios comunes (Personalización?)	Org. Centro
VISITA DOMICILIARIA	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Alta frecuentación (1 visita al mes)	Reducir la frecuentación, adaptándola a las necesidades reales de cuidados	Individual
Agenda inflexible	Flexibilizar la agenda	Org. Centro
Contenido poco eficiente (toma de constantes)	Dotar de contenido con menos visitas (guías clínicas)	Individual
AVISOS DOMICILIARIOS	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Criterio casi exclusivo del médico	Intervenir en la gestión de avisos domiciliarios	Coord. Con Médico del cupo
Alta frecuentación en curas /variabilidad	Usar GPC de Ulceras vasculares y de presión	Individual
CONSULTA DE ENFERMERIA	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Gran espacio en la agenda no relacionado con su contenido	Reducir la frecuentación, aumentando la frecuencia de las visitas, según guías de seguimiento de crónicos	Individual/Coord. Con el Médico del cupo
La demanda no tiene sitio - cuando aparece genera estrés	Dejar sitio para la demanda	Individual/Org. Del Centro

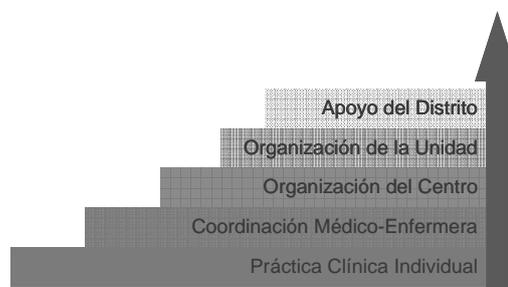
Cosas para DEJAR DE HACER que sólo dependen de mí mismo

Por los motivos anteriormente expuestos, el ámbito de decisión individual de la enfermera para iniciar la estrategia **DEJAR DE HACER** no es todo lo amplio que podría ser, merced a la elevada dispensarización (54%) que persiste en nuestros centros, y que hace que casi cualquier cambio de práctica individual dependa de modificaciones en la organización del trabajo de los centros.

En el apartado dedicado a las estrategias para **DEJAR DE HACER** que corresponden al ámbito de decisión CENTRO o UNIDAD CLINICA, abordaremos ampliamente este tema. Mientras tanto, las enfermeras pueden iniciar individualmente, las estrategias que se detallan a continuación, algunas de las cuales requieren la colaboración con el médico para su desarrollo completo.

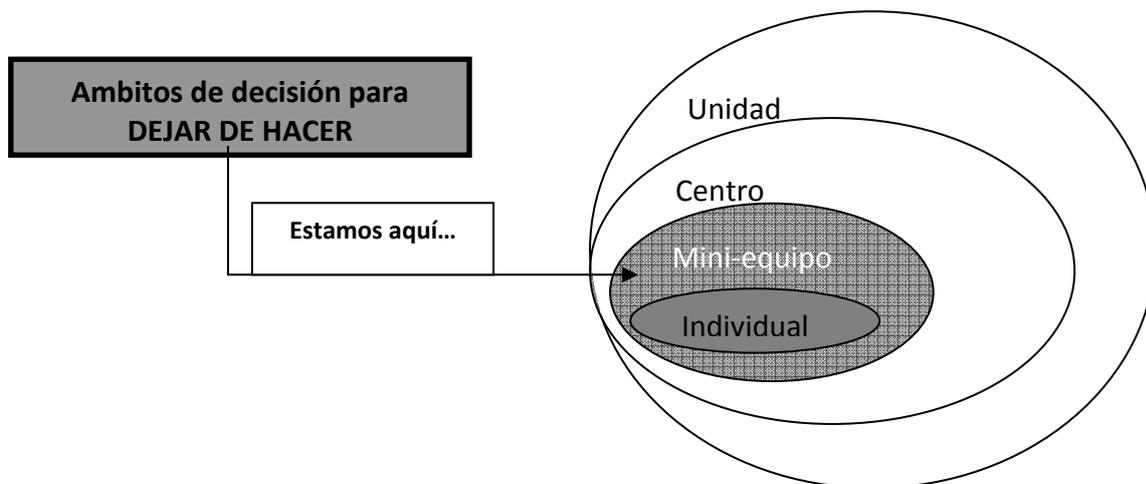
PRUEBAS FUNCIONALES (EKG, ESP...)	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Dificulta el acto único- Incrementa el número de consultas	Incluir en la agenda personal	Individual/Org. Del Centro
SERVICIOS COMUNES	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Alta variabilidad/alta frecuentación	Uso de Guías de Práctica Clínica en Curas	Individual/ Org. Centro
VISITA DOMICILIARIA	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Alta frecuentación (1 visita al mes)	Reducir la frecuentación, adaptándola a las necesidades reales de cuidados	Individual
Contenido poco eficiente (toma de constantes)	Dotar de contenido con menos visitas	Individual
AVISOS DOMICILIARIOS	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Alta frecuentación en curas /variabilidad	Usar GPC de Ulceras vasculares y de presión	Individual
CONSULTA DE ENFERMERIA	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Gran espacio en la agenda no relacionado con su contenido	Reducir la frecuentación, aumentando la frecuencia de las visitas, según guías de seguimiento de crónicos	Individual/Coord. Con el Médico del cupo
La demanda no tiene sitio - cuando aparece genera estrés	Dejar sitio para la demanda	Individual/Org. Del Centro





7. DEJAR DE HACER para el mini-equipo (UAF)

Estrategias de coordinación médico-enfermera



El trabajo conjunto de médico y enfermera, la coordinación entre ambos, y el establecimiento de pactos y criterios de atención a determinados pacientes, representa un importante valor en la búsqueda de la calidad, y de la mejor gestión de la carga de trabajo de ambos.

Estamos en el segundo escalón de decisión a la hora de implantar cambios en la organización de nuestro trabajo, tendentes a **DEJAR DE HACER** aquello que no aporta valor o que resulta innecesario.

El abordaje de una situación asistencial caracterizada, como hemos visto, por una elevada presión asistencial y frecuentación en la consulta médica, no puede entenderse sin la colaboración del resto de profesionales del centro, sobre todo la enfermera.

Como hemos visto, dicha situación viene en parte originada por la propia configuración de la ACCESIBILIDAD a los centros, con situaciones de MAXIMA ACCESIBILIDAD a la consulta médica, y de MINIMA accesibilidad a la consulta de enfermería. Esto hace que la consulta médica sea la UNICA PUERTA DE ENTRADA FORMAL (mediante cita previa) al sistema, absorbiendo tanto demandas que le son propias, como demandas que podrían ser resueltas por otros canales, la mayoría de las veces, vía enfermería.

Sin la implicación y colaboración de la enfermera en la gestión y abordaje de la accesibilidad y la demanda, no pueden ponerse en marcha ninguna de las estrategias para **DEJAR DE HACER** dentro del MINI-EQUIPO o UNIDAD DE ATENCION FAMILIAR (UAF).



El relanzamiento del mini-equipo, o lo que es lo mismo, el fomento de la identificación con los usuarios (“mi médico-mi enfermera”), es la base de toda la reorganización que se plantea en el presente documento.

La toma de conciencia de la necesidad de que médico y enfermera de cupo trabajen juntos, no orientados a una serie de tareas, sino centrados en un cupo de pacientes, es fundamental para el éxito de estas medidas.

La actividad de ambos debe ser complementaria, huyendo de los vicios que en ocasiones aparecen en la Atención Primaria: “Ni trabajar sin la enfermera, ni trabajar contra la enfermera...sino CON la enfermera”. De igual modo, “Ni trabajar sin el médico, ni contra el médico.... Sino CON el médico”.

TAREAS o PACIENTES... dos formas de ver la vida.

Anteriormente hemos hecho referencia al elevado nivel de dispensarización existente en nuestro entorno, por lo que respecta a la actividad de cuidados. (Un 54% de los contactos de la enfermera con los pacientes, se producen dentro de agendas dispensarizadas).

Esta situación fomenta la orientación del trabajo hacia LA TAREA, y no hacia el usuario o el cupo de usuarios. Sin darnos cuenta, y aunque aparentemente esta sistemática organizativa pueda parecernos más cómoda, en realidad resta control sobre determinadas situaciones de sobrecarga asistencial, y limita las posibilidades de **DEJAR DE HACER**.

Desde un determinado punto de vista, hay quien puede pensar que en cualquier tipo de técnica, por ejemplo, un EKG, resulta irrelevante el ejecutor de la misma, y que se obtiene el mismo resultado satisfactorio tanto si lo realiza la enfermera de referencia, como si lo realiza cualquier otra.

En este caso, no sólo hay que poner el ojo en el resultado, sino en la estructura y el proceso, y éstos están cargados de ineficiencia, y generan situaciones de exceso de carga de trabajo como las que describiremos a continuación. La visión de la actividad por pacientes dota al profesional de CONTROL sobre su carga de trabajo, y aporta una visión global y longitudinal de la gestión del cupo de usuarios. La visión por tareas, genera falta de poder para autoorganizarse, y esto es clave en la estrategia de **DEJAR DE HACER**.



DEJAR DE HACER en el ámbito de decisión del MINI-EQUIPO

A continuación repetimos los problemas identificados en el ámbito de la consulta médica y enfermera, que pueden resolverse con estrategias de **DEJAR DE HACER** basadas en la coordinación del mini-equipo.

En la consulta médica...

DEMANDA ADMINISTRATIVA PREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ámbito de decisión
Entrega de resultados de pruebas complementarias	Gestionar su entrega fuera de la consulta, salvo cambio terapéutico que implique la presencia del médico. Sacar fuera también la solicitud de pruebas correspondiente a procesos crónicos (Consulta de Enfermería).	Coord. Enfermera/ Org. Del Centro

La primera de las tareas –recogida de resultados de pruebas complementarias, sobre todo laboratorio-, entra directamente en relación con los problemas relacionados más abajo en la actividad enfermera. La toma de muestras, la gestión de sus citas y la entrega de resultados, parecen atesorar fuentes importantes de ineficiencia, que sin duda alguna hay que replantearse. Con la configuración actual de este servicio, parece ser que todos los profesionales que intervienen en el circuito, soportan más carga de trabajo de la necesaria. Buena excusa para **DEJAR DE HACER**. Habría que tener en cuenta que para reducir al máximo la carga de trabajo que sobre el total del equipo genera innecesariamente la gestión de toma de muestras de laboratorio, se harían necesarios pequeños ajustes en la organización global del centro, que tocáremos en el apartado correspondiente.

DEMANDA CLINICA PREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ámbito de decisión
Seguimiento y control de programas, procesos y crónicos	Uso de las Guías de seguimiento	Individual/Coord. Enfermera
DEMANDA CLINICA IMPREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ámbito de decisión
Demanda por reagudización de procesos crónicos	Gestión compartida	Coord. Enfermera
URGENCIAS, NO DEMORABLES...SIN CITA	No tener demora, Apoyo de todo el equipo, Triage, resolver....	Organización del Centro

El seguimiento divergente de los procesos crónicos, esto es, la parcelación independiente del control de los procesos, médico y enfermera cada uno por su lado, hace que dupliquemos carga de trabajo y esfuerzos. Tanto el control del crónico estable, como el manejo de las reagudizaciones, podrían organizarse mejor si médico y

enfermera del cupo adoptasen una estrategia de **DEJAR DE HACER** basada en dos aspectos:

1. Establecer un número reducido de controles anuales y llenarlos de contenido. **(Ver las guías de seguimiento de crónicos en el Anexo I).**
2. Pactar el manejo de las reagudizaciones para abordarlo de manera compartida y equipotencial –ajustes de dosis, etc.-

Ambas medidas reducen notablemente el número de visitas médicas y de enfermería.

En la consulta de enfermería...

EXTRACCIONES	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Proceso no filtrado	Intervenir en la filtración y gestión de citas de laboratorio	Coordinación con Médico del cupo
Más frecuentación de la necesaria	Utilizar guías de atención a procesos crónicos	Coordinación con Médico del cupo

Volviendo al tema de laboratorio, a cuyas fuentes de ineficiencia ya hemos hecho mención anteriormente, la adecuada coordinación de las peticiones, y la gestión de las citas a través de la enfermera y no del mostrador, contribuyen notablemente a **DEJAR DE HACER**.

La enfermera y el médico conocerían el número de controles que necesitan los pacientes crónicos, y la petición puede salir directamente de la consulta de enfermería, así como la gestión de la cita, consiguiendo una distribución más homogénea del número de extracciones en la semana. De igual modo, la enfermera de referencia



identifica las extracciones que plantean más dificultad, y puede tomar la decisión más adecuada sobre cuáles son domiciliarias y cuales no.

A priori puede pensarse que al gestionar la cita desde las propias consultas sin pasar por mostrador, más que un **DEJAR DE HACER**, haremos más de lo que hacíamos. Es sólo un espejismo. Por dos motivos. Contribuimos al **DEJAR DE HACER** el personal de

Atención al usuario, que a cambio, como veremos posteriormente, realizarán otras tareas que ahora realizamos nosotros.

Esta manera de coordinar la actividad de laboratorio reduce el número de extracciones por enfermera, y mejora el control de los pacientes. Al mismo tiempo, cada enfermera gana poder de autoorganización, con lo cual se facilitan todas las demás estrategias para **DEJAR DE HACER**.

En este punto, vuelve a salir a flote la necesidad de eliminar carga de atención dispensarizada, porque genera sobrecarga de trabajo, dificultades para la organización personal y del mini-equipo, y problemas en la gestión de los pacientes.

Para llevar a cabo al completo estas medidas, se hacen necesarios cambios en la organización del centro, que trataremos más adelante.

PRUEBAS FUNCIONALES (EKG, ESP...)	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Falta de control sobre la frecuentación	Intervenir en la filtración y gestión de citas	Coordinación con el médico/ Org. Del Centro

Estamos en un caso parecido al anterior. El enfoque por tareas plantea problemas de ineficiencia y a la larga incrementa la carga de trabajo. Las pruebas funcionales a menudo son controles periódicos de pacientes crónicos, que al despersonalizarse dificultan el control. En este caso, la visión por pacientes y no por tareas mejora la carga de trabajo y facilita el **DEJAR DE HACER**. Pongamos por ejemplo un hipertenso. Con el enfoque por pacientes y la PERSONALIZACION de la actividad, en el mismo acto puede hacerse EXTRACCION, EKG y una CONSULTA DE ENFERMERIA, consiguiendo evitar 2 contactos con el paciente. Esto es **DEJAR DE HACER**.

AVISOS DOMICILIARIOS	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Criterio casi exclusivo del médico	Intervenir en la gestión de avisos domiciliario	Coord. Con Médico del cupo

La decisión sobre la necesidad de realizar determinadas tareas a domicilio, salvo indicación médica de reposo, debería corresponder a la enfermera, que es la que mejor puede evaluar la situación de autonomía-dependencia personal. Esta estrategia posibilita el **DEJAR DE HACER** porque concentra la decisión y la ejecución en la misma persona, evitando situaciones de complacencia.



CONSULTA DE ENFERMERIA	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Gran espacio en la agenda no relacionado con su contenido	Reducir la frecuentación, aumentando la frecuencia de las visitas, según guías de seguimiento de crónicos	Individual/Coord. Con el Médico del cupo

Con la implantación de las guías de seguimiento de crónicos que proponemos en el Anexo I, se optimiza la atención a este tipo de pacientes, reduciendo el número de visitas anuales a las necesarias, y dotándolas de contenido.

Se hace imprescindible que la programación anual de la atención a crónicos se diseñe de forma coordinada entre médico y enfermera. Esto reduce el número de visitas de ambos.

Un ejemplo de Cuánto puedo dejar de hacer...

El número medio de diabéticos por cupo es de 80

Pasan una media de 10 veces al año por consulta de enfermería

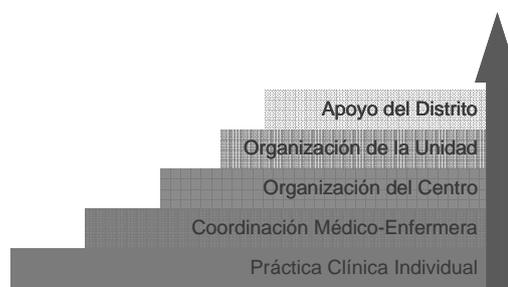
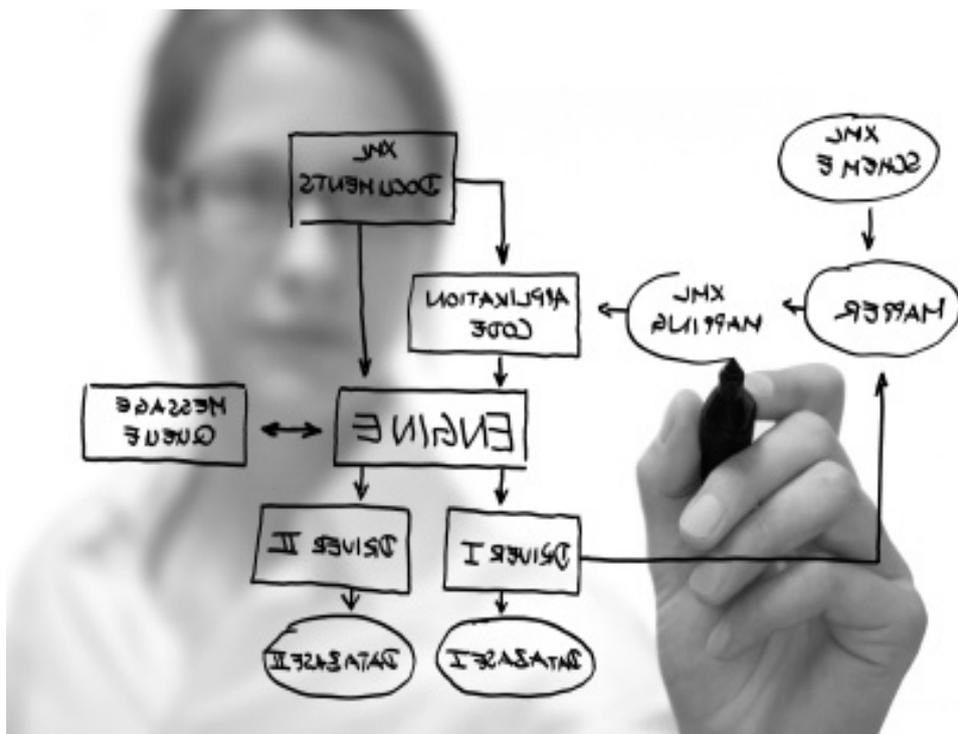
Total: 800 consultas de enfermería de diabetes

Con la guía de seguimiento propuesta, se mejora la atención, y se reducen a 320 consultas/año (4 consultas por diabético)

Hemos **dejado de hacer** 480 consultas, a 10 minutos cada una (tiempo de agenda), son 4.800 minutos, o lo que es lo mismo, 80 horas

80 horas son 11.42 jornadas de trabajo, 11.42 días para dedicarnos a hacer todo aquello para lo que ahora no tenemos tiempo: Registrar, dedicar más tiempo a lo importante... mejor atención... menos estrés...

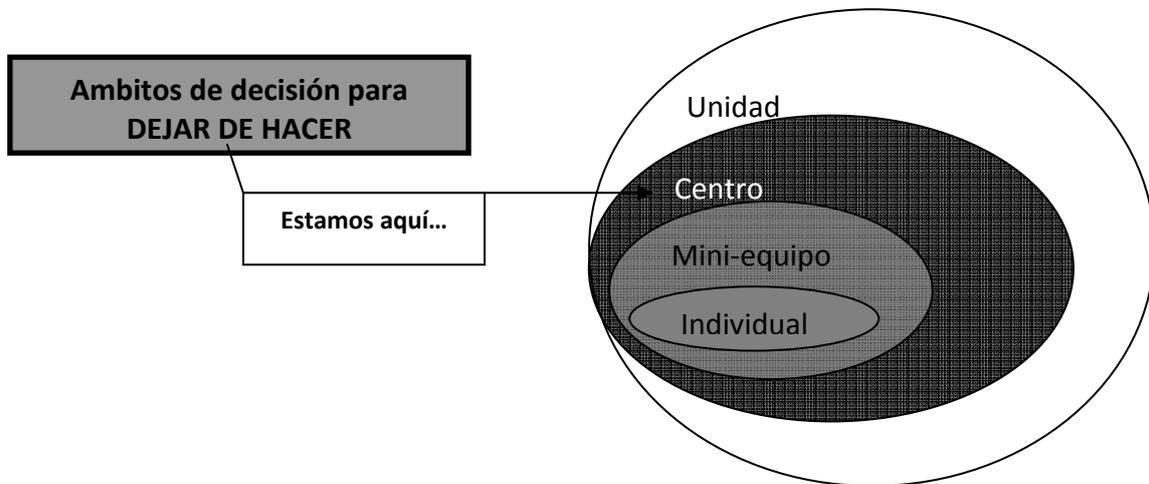
ESTO ES DEJAR DE HACER MEJORANDO LOS RESULTADOS



8. DEJAR DE HACER Estrategia de Equipo

Ámbito de decisión Centro o UGC

Todos a una para DEJAR DE HACER...



Hasta ahora, en el análisis pormenorizado de la actividad de médicos y enfermeras de primaria, hemos identificado cargas de trabajo innecesarias, y hemos propuesto algunas soluciones para **DEJAR DE HACER**, obteniendo un total de 36 medidas para médicos y enfermeras, de las cuales 12 correspondían al ámbito de decisión individual de cada profesional, y 10 al ámbito de la coordinación médico-enfermera. Para completar la estrategia, aún nos quedan 14 medidas que requieren cambios en la organización de la actividad asistencial en los centros.

Muchas de las medidas propuestas, requerían decisiones combinadas necesarias, (individual-UAF, individual-Org. Centro, etc.)

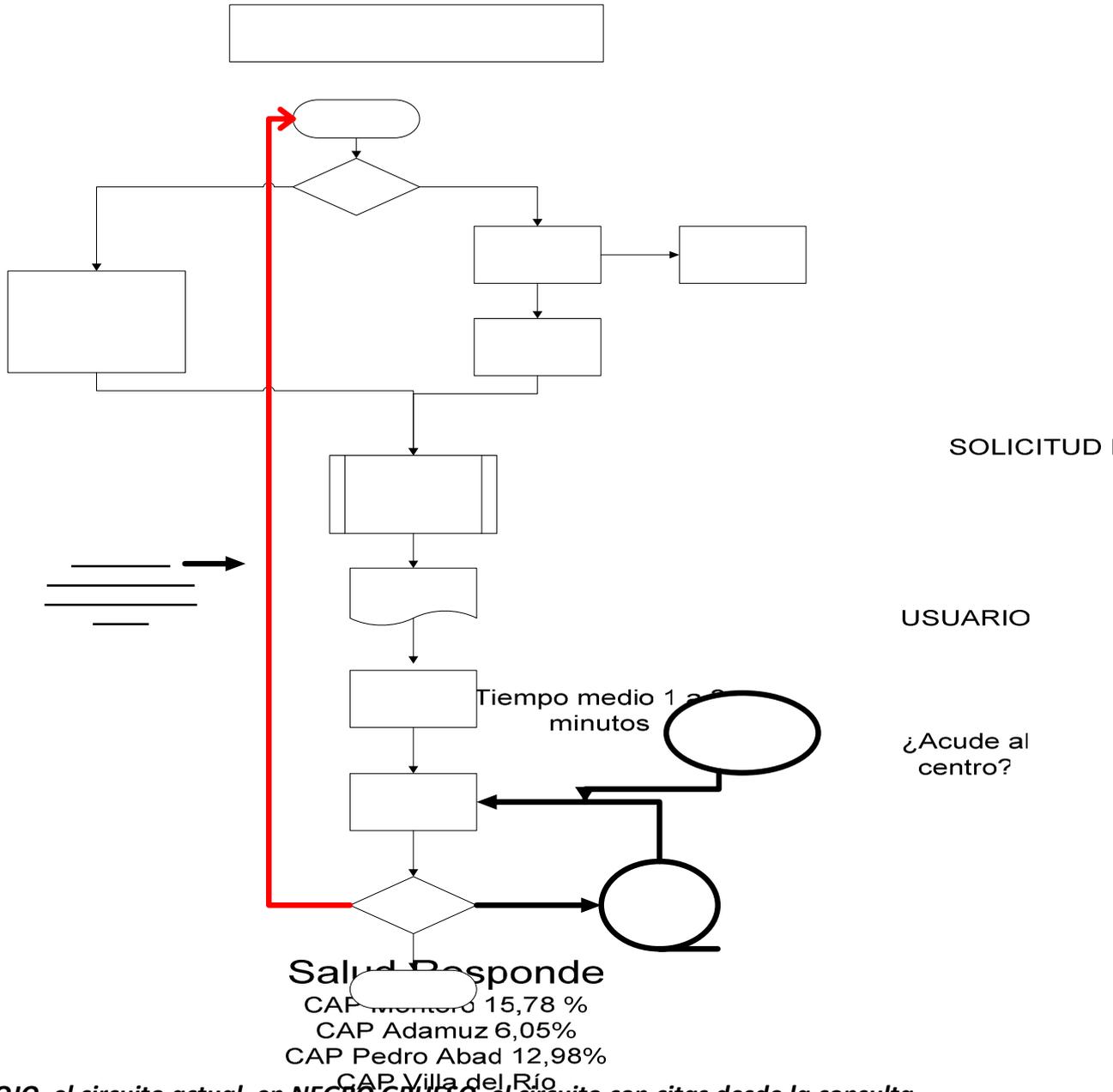
A medida que el ámbito de decisión se hace más global, ocurren dos cosas:

- Los cambios son más ostensibles, y las repercusiones sobre la carga de trabajo son mayores.
- Se requiere un consenso entre mayor número de personas, lo cual puede dificultar la implantación de las medidas.



La autocita y la cita interna sin pasar por el mostrador...

La autocita y la cita médico-enfermera enfermera-médico o enfermera/médico-otros servicios, mejora la eficiencia, nos da poder sobre la elección de la fecha de la próxima consulta, despeja el centro, y representa una contribución importante al **DEJAR DE HACER**



En ROJO, el circuito actual, en NEGRO GRUESO, el circuito con citas desde la consulta. El gráfico habla por sí solo.

El presente flujograma, responde a la representación gráfica, de la citación desde consulta a otro profesional, siguiendo el mismo, economizamos recursos, así como dirigimos la demanda, hacia huecos y días en agenda que más nos convengan. También conseguimos la adecuación de la atención mínima, cuando hablamos de seguimiento de crónicos, evitando consultas de repetición.

ASIGNACIÓN
CITA

En la consulta médica...

DEMANDA ADMINISTRATIVA PREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Renovación de partes de IT	Gestionar su entrega fuera de la consulta	Org. Del Centro

Los partes de confirmación de IT de larga duración cuya alta no depende del médico de familia (en espera de Intervención quirúrgica, etc...) se entregarían directamente en Atención al Usuario con horario abierto. Esto mejora la accesibilidad del paciente y elimina citas. Aquellos cuya alta sí dependa del médico de familia, tendrán su cita para revisión, cuya periodicidad será mayor que la estipulada para la emisión del parte de confirmación. En resumen, los partes de confirmación SIEMPRE SE RECOGEN EN EL MOSTRADOR. Las revisiones se citan desde la consulta. La disminución del número de citas por este motivo es ostensible. Esto es **DEJAR DE HACER**.



DEMANDA ADMINISTRATIVA PREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Entrega de resultados de pruebas complementarias	Gestionar su entrega fuera de la consulta, salvo cambio terapéutico que implique la presencia del médico	Coord.Enfermera/ Org. Del Centro

Los resultados se clasifican en 2 grupos:

- **Resultados que implican modificaciones de tratamiento, o nueva consulta por otros motivos.** Se les asigna cita desde la propia consulta, distribuyendo las citas en las horas de menor demanda, y se les comunica a los pacientes telefónicamente. Aquí no ahorramos consultas, pero sí tiempo. **En función del nivel de coordinación del mini-equipo, algunas de estas citas pueden ser para enfermería, que resolvería el proceso sin generar una nueva consulta médica.**
- **Resultados que no implican modificaciones de tratamiento, o no requieren nueva consulta.** Se comunica la situación telefónicamente a los pacientes, y se les indica que no es necesario que acudan, pero que pueden recoger sus resultados en el mostrador.



NOTA: La solicitud de analíticas de control de procesos crónicos, puede pactarse de manera indistinta o protocolizada para que se haga desde la consulta de enfermería, dentro de una de las visitas programadas, evitando el motivo de consulta "...vengo a que me mande usted el análisis de control..."

DEMANDA ADMINISTRATIVA IMPREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Petición de recetas NO LT	Eliminar la consulta de recetas	Individual/Org. Del Centro
Comunicación de altas hospitalarias	Gestionar fuera de la consulta	Org. Del Centro

La existencia de **Consulta de Recetas** incentiva la demanda administrativa imprevisible, que como sabemos, con la implantación de Receta XXI debe tender a cero. Todo lo que esté fuera de LT no debe constituir un acto administrativo, sino clínico.

En cuanto a las consultas que se basan únicamente en el motivo siguiente: "vengo a traerle el informe del hospital porque mi marido estuvo ingresado...". ¿Es necesario consumir una cita con presencia física del paciente o familiar para recopilar un documento, cuando ya hay una estrategia de continuidad de cuidados?. ¿Estamos una vez más duplicando trabajo médicos y enfermeras?.



Lo que proponemos es que dentro del protocolo de seguimiento de las altas hospitalarias que ya llevan a cabo las enfermeras, éstas se encarguen de la recogida de los datos necesarios, o de recibir el informe de alta médica por parte del paciente o la cuidadora, para pasarlo posteriormente al médico de familia.

En el apartado siguiente (**En la consulta de enfermería...**) describiremos cómo encajan todas estas nuevas tareas para la enfermera (gestión de solicitud y entrega de resultados de laboratorio, recogida de datos e informes de alta hospitalaria) en la agenda de las enfermeras.

DEMANDA CLINICA IMPREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Demanda inducida por otros profesionales	Eliminar el "...y mañana a su médico". No monodosis, resolver en Urgencias.	Organización de la UGC

Cada vez que durante el horario de urgencias pronunciamos la frase “...y mañana a su médico...”, estamos generando consultas extra en la agenda del día siguiente de algún compañero, y por consiguiente, estamos dificultando el “dejar de hacer...”. Igualmente ocurre cuando usamos monodosis para 24 horas en lugar de facilitar tratamiento completo al paciente.

Valoramos al paciente en urgencias, -no podemos dejar de verlo-, y lo enviamos a su médico para que lo vuelva a valorar, con lo cual **duplicamos el trabajo**.

En muchos casos son pacientes que sufren patología leve y que por cuestiones laborales no pueden acudir en el horario de consulta, con lo cual seguirán acudiendo al servicio de urgencias. La forma de evitar la visita de este tipo de pacientes, es elaborar protocolos de autocuidado ante procesos como catarro, fiebre, gastroenteritis, lumbalgia..., de manera que el paciente sepa exactamente qué hacer, y qué signos de alarma son los que debe identificar para acudir a urgencias.

Con el “mañana a su médico” no reducimos la frecuentación de urgencias, simplemente incrementamos el tamaño de la consulta del día siguiente. En la creencia errónea de que estamos “educando” a la población, entramos en una dinámica que también nos perjudica a nosotros.

Esto es válido igualmente para los pacientes que acuden sin cita. Siempre que resolvamos totalmente el problema, nos estaremos evitando sobrecarga de trabajo posterior. No obstante, en este apartado de los “**no demorables**” hay otras medidas que detallamos a continuación.

DEMANDA CLINICA IMPREVISIBLE	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
URGENCIAS, NO DEMORABLES...SIN CITA	No tener demora, Apoyo de todo el equipo, Triage, resolver....	Organización del Centro



Hemos encontrado mucha literatura al respecto. Durante el desarrollo normal de la consulta, nos encontramos con un número indeterminado de pacientes que podríamos llamar de diferentes maneras –**pacientes sin cita, pacientes no demorables, supuestas urgencias...**- pero que en definitiva corresponden a usuarios que no están citados en la agenda normal, y que demandan atención en un momento concreto de la jornada.

Según los centros, encontramos multitud de soluciones de todo tipo para “capear” este tipo de demanda.

En algunos casos, estos pacientes se van intercalando en la agenda normal, y vamos resolviendo de alguna manera entre cita y cita. En otros, por definición, todos estos pacientes pasan al final de la consulta. A veces encontramos centros donde la atención a este tipo de pacientes se

realiza por turnos en los diferentes tramos de la mañana, lo que de alguna forma garantiza cierta tranquilidad en los tramos que “no me tocan”, pero “me mata en el tramo que me toca”.

En general, todas las propuestas de organización asistencial, en el aspecto o tarea que sea, basadas en “reventar durante mi turno” para “descansar durante el turno de los demás”, no suelen dar buenos resultados ni para los profesionales ni para los pacientes. Cuanto más homogénea sea la distribución de tareas, pacientes y profesionales, más control se obtiene sobre la situación.

Nosotros proponemos varias medidas:

1. NO TENER DEMORA

No disponer de citas libres representa la excusa perfecta para solicitar asistencia urgente. En este sentido, estamos bien posicionados, ya que los resultados de accesibilidad en lo que va de 2008 son excelentes en todo el Distrito.

2. APOYO DE TODO EL EQUIPO

La gestión de este tipo de pacientes es una cuestión de todos, desde la Unidad de Atención al Usuario hasta la enfermera.

3. TRIAJE. ¿Por qué NO?

La participación de enfermería en la gestión de este tipo de casos puede ayudar mucho. Hay numerosas experiencias al respecto. Dependerá de la disposición de las enfermeras del centro para asumir la responsabilidad del triaje. La clasificación de los pacientes se haría de la siguiente manera:



- **Paciente tipo I:** Requiere atención urgente con presencia del médico y de la enfermera.
- **Paciente tipo II:** Requiere atención en el día
- **Paciente tipo III:** la enfermera puede solucionar parte del problema en el día, y posteriormente deberá pasar al médico otro día
- **Paciente tipo IV:** La enfermera puede resolver y terminar la asistencia.

(*Gestión del Día a Día en el Equipo de Atención Primaria, Casajuana Brunet J. Calero Muñoz, S. Semfyc 2007*)

4. SER RESOLUTIVOS CON ESTOS PACIENTES

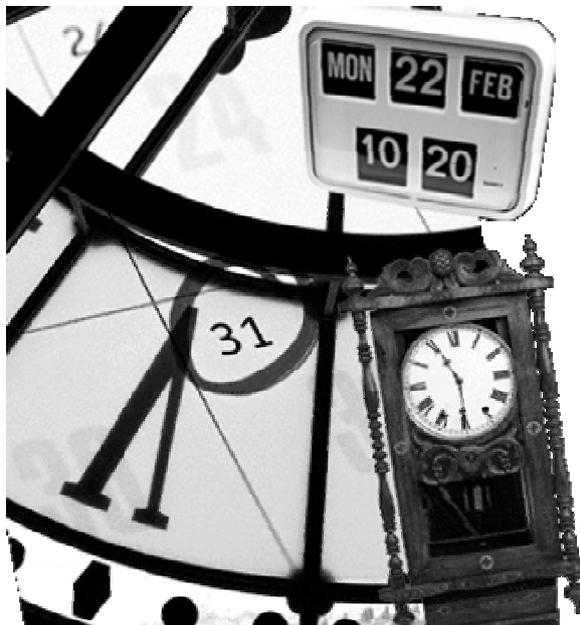
Estamos ante el mismo caso de los pacientes que acudían al Servicio de Urgencias. Si los “castigamos” con monodosis para que vuelvan con una cita normal, estamos castigándonos también a nosotros mismos, porque tendremos que volver a verlos.

¿Es posible esto con las agendas actuales?

Al margen de las estrategias puntuales para **DEJAR DE HACER** en cada uno de los tipos de demanda que componen la consulta del médico de familia, existen a nivel de Centro o UGC algunas estrategias globales que contribuyen a una mejor organización del trabajo. Una de ellas es la RECONFIGURACION DE LA AGENDA.

La agenda ideal que da respuesta a estas cuestiones, debería reunir las siguientes características:

- **AGENDA SUFICIENTE:** Da cabida a la demanda real y no a la deseada
- **AGENDA EFICIENTE:** No está parcelada por actividades, con lo cual permite adaptar cada cita a las necesidades del momento.
- **AGENDA CONTINGENTE:** Se adapta con flexibilidad tanto a situaciones de baja presión, como a picos puntuales –gripe, etc.-



En general, las medidas que proponemos son las siguientes:

- Eliminación de la consulta administrativa/consulta clínica allí donde aún exista disgregación de estas tareas
- Supresión de la agenda del minuto, adaptando el tamaño de las agendas a la demanda real, proponiendo medidas de gestión de la demanda siempre a partir de la carga de trabajo real y no de la deseable.
- Establecimiento de un modelo de agenda homogéneo en el Distrito, siguiendo el modelo de “colchones” que cada profesional podrá distribuir de acuerdo a sus preferencias. Este modelo mejora la satisfacción profesional y se adapta mejor a las necesidades de cada paciente.
- Supresión de los tramos de “consulta programada” donde los haya.
- Supresión de los tramos dispensarizados destinados a PROGRAMAS DE SALUD. (Ver apartado específico de este tema).
-

En la consulta de enfermería...

...que no cunda el pánico

En los párrafos anteriores, hemos mencionado no pocas tareas asistenciales a las que la enfermera hasta ahora permanecía ajena, y que hemos planteado para ser realizadas en colaboración. A saber:

- Participación en la solicitud y entrega de resultados de laboratorio, incluyendo gestión de ajuste de dosis en tratamientos crónicos
- Participación en la recopilación de informes de alta hospitalaria
- Triage de pacientes sin cita...

A priori podemos pensar que el **DEJAR DE HACER** del médico de familia, pasa por una sobrecarga de trabajo para la enfermera. Nada más lejos de la realidad. Hay que tener en cuenta, que con la reducción A LA MITAD de las visitas domiciliarias y la consulta de enfermería, reduciendo el número de extracciones y distribuyéndolas de manera homogénea, disminuyendo las pruebas funcionales, como vimos en apartados anteriores, las enfermeras están **DEJANDO DE HACER** más que los médicos. Por otra parte, la presión asistencial actual en nuestro Distrito: (50 pacientes/día en consulta médica y 25 en consulta de enfermería), sugiere una mejor redistribución de la carga de trabajo, que en ningún caso supondrá un aumento para las enfermeras.

Si se aplican todas las medidas que proponemos, las enfermeras, igual que los médicos, reorientarían su carga de trabajo hacia tareas que aportan valor, eliminando aquellas que no aportan nada. **ESO ES DEJAR DE HACER.**

La llamada **GESTION COMPARTIDA DE LA DEMANDA**, y la gestión compartida del cupo de pacientes formando Unidades de Atención Familiar o Mini-Equipos médico enfermera, está cimentada en toneladas de literatura al respecto, dentro y fuera de España, donde las enfermeras adquieren cada vez más protagonismo en el organigrama de los centros, y participan más que nunca en la salud de los pacientes.

Lo que proponemos representa una auténtica oportunidad para la enfermería, de ocupar el lugar que se merece dentro del equipo y de la sociedad.

No obstante, el éxito de estas medidas está condicionado a un replanteamiento de la agenda de trabajo de la enfermera, similar al propuesto para los médicos y que debe ser lo más complementaria posible. Por tanto, una de las medidas

de más calado que se proponen es la reestructuración de las agendas de enfermería del Distrito, para potenciar la accesibilidad a los cuidados y la complementariedad con las agendas médicas.

A continuación, analizaremos qué estrategias para **DEJAR DE HACER** en la actividad enfermera, depende de cambios organizativos a nivel de centro o UGC.

Hablaremos una vez más de EXTRACCIONES, PRUEBAS FUNCIONALES, SERVICIOS COMUNES, VISITA DOMICILIARIA, CONSULTA DE ENFERMERIA..., esta vez desde el punto de vista de proponer medidas de reorganización de la actividad a nivel de CENTRO o UGC, tendentes a establecer una estructura funcional que facilite a las enfermeras poner en marcha todas las estrategias de **DEJAR DE HACER.**



Dos estrategias clave:

CAMBIOS EN LA AGENDA, Y PERSONALIZACION DE LOS CUIDADOS

La agenda

La actual configuración de las agendas enfermeras en el Distrito, no contribuye precisamente a fomentar la reconfiguración de la organización asistencial tendente al **DEJAR DE HACER**, ya que como hemos visto, hay una fuerte carga de actividad dispensarizada. La organización de los centros sigue un esquema de trabajo en manada –perversión del trabajo en equipo-, donde cada enfermera **depende de las demás** para poder organizar su agenda diaria. Esto es sinónimo de rigidez, y de no poder disfrutar de la flexibilidad necesaria para dar respuesta a los diferentes escenarios asistenciales que puede plantear la población que atiende. Además, plantea serias dificultades organizativas en escenarios asistenciales que requieren repartos o acúmulos de cupo, y en contra de lo que suele pensarse, representa un modelo organizativo que fomenta el estrés y dificulta la autoorganización.

Habitualmente, las enfermeras trabajan con sensación de “prisa”, y de saturación, porque la organización asistencial – eminentemente centrada en la tarea-, y organizada no individualmente, sino en forma de planillas horarias, las hace saltar cada hora o dos horas de una actividad a otra, bloqueando las posibilidades de adaptarse a las necesidades de los pacientes.

Podemos afirmar que se trabaja con orientación a la agenda, a la tarea, a la actividad, más que con orientación al usuario. Se dan casos curiosos. Una agenda de espirometrías a las 16.30 horas en el mes de junio, (temperatura media 32.5 grados), y las hay en el Distrito, expresa claramente lo que acabamos de decir.

Por tanto, proponemos igualmente una reestructuración de las agendas, a modo de estrategia global de consenso en los centros, que contribuya a la personalización, y a la mejora de la eficiencia y la gestión del tiempo de atención, por los siguientes motivos:

- Aumenta la capacidad de organización personal
- Permite orientarse al usuario
- Disminuye la sensación de estrés
- Permite una mejor evaluación del desempeño
- Permite adaptarse a las necesidades de determinados usuarios
- Permite una organización más óptima de la atención domiciliaria
- Da cabida a la atención a demanda
- Posibilita la Gestión compartida de la demanda
- Aumenta la efectividad y la eficiencia
- Disminuye la variabilidad en la práctica clínica
- Aumenta la responsabilización
-

Y lo más importante: **FACILITE LA TRANSICION HACIA LA MINIMIZACION DE LA ATENCION DISPENSARIZADA.**

MODELO DE AGENDA PLANTEADO

El modelo de agenda enfermera que planteamos, es una agenda sin parcelas, sin CULTO A LA TAREA, sin que el centro de atención sea la TAREA o LA ACTIVIDAD, sino la realidad asistencial que en cada momento planifique la enfermera de manera individual, complementaria con el médico, y en relación a las necesidades asistenciales que su cupo de pacientes plantea.



Se trata pues de una agenda FLEXIBLE, que la enfermera configura según sus necesidades, y que permite la complementariedad con el médico, para **DEJAR DE HACER**. Hablamos de una agenda CONTINUA, similar a la del médico, donde la única actividad es CONSULTA DE ENFERMERIA, en la que entrarían TODAS LAS TAREAS, desapareciendo el concepto de “la hora de los electros”, “la hora de las espirometrías”, o “la hora de la programada”. En los huecos de esta agenda entran tanto unas tareas como otras, y la programación de los pacientes puede realizarse a criterio de cada profesional, sin generar la esclavitud habitual que los profesionales sufren en los modelos de agendas que tenemos.

Esta agenda ocuparía un 80% del tiempo efectivo destinado a actividad asistencial, o lo que es lo mismo, 4 de las 5 horas que habitualmente se dedican a atención real. El 20% restante estaría destinado a la actividad domiciliaria, que la propia enfermera se programaría.

DIFICULTADES



La primera dificultad que se plantea es la necesidad de disponer de un espacio propio de consulta para cada enfermera. Esto tiene solución si se piensa de manera inteligente en la mayoría de nuestros centros, teniendo en cuenta que siempre hay enfermeras que estarán haciendo actividad domiciliaria. En aquellos donde no sea posible, se habilitarían las soluciones oportunas. Desde el Distrito se apuesta por esto hasta el punto de acometer las “soluciones habitacionales” necesarias.

La segunda dificultad, es que habría que tener una pequeña dosis de sentido común, para no programar actividades domiciliarias todas las enfermeras a la vez, dejando el centro descubierto.

Fuera de estas dificultades, ya solucionadas en la literatura (bibliografía), y que han aparecido en experiencias similares, sólo existen las derivadas de las posibles resistencias a un cambio tan importante que podemos encontrar en los profesionales.

En relación a esto, decir que donde se ha probado, la satisfacción de los profesionales ha crecido, y el modelo de personalización ha sido un éxito en cuanto a la mejora en la forma de trabajar, y la reducción de los niveles de estrés de las enfermeras.

La implantación de estas medidas podría hacerse de forma progresiva pero continua, con el apoyo “in situ” del equipo de consultoría del Distrito si fuese necesario.

Personalización TOTAL de la ACTIVIDAD ENFERMERA

Mucho se ha escrito sobre la organización de la actividad enfermera. Tanto a nivel hospitalario como en el ámbito de la Atención Primaria, la antigua discusión sobre las bondades de la organización por tareas versus la organización por pacientes, ha dado paso a un debate sobre cuál de las posibles alternativas dentro de esta última es la mejor.

La numerosas bolsas de ineficiencia que genera la organización por tareas, o lo que es lo mismo, la dispensarización, han hecho que en la última década, y de manera

progresiva, la mayoría de los Distritos de Atención Primaria de Andalucía hayan acometido estrategias tendentes a implantar la personalización total o parcial de los cuidados.

“El Distrito debe promover, de forma coordinada, todas las acciones necesarias para que la organización funcional de los Centros de Salud permita dar respuesta a la atención personalizada de los pacientes, tanto en el centro como en el domicilio. Permitiendo conocer mejor el ámbito familiar, personalizando la asistencia en el núcleo familiar estableciendo vínculos con los pacientes y sus familias y poder así contactar con otros familiares para apoyar a la cuidadora familiar.

(Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria. 2007)

La Estrategia “Cuidarte” lanzada en 2007 por el Servicio Andaluz de Salud, lo deja muy claro. La personalización de los cuidados forma parte fundamental de la evolución del rol de las enfermeras en Atención Primaria en los próximos años. La implantación de la Enfermera Gestora de Casos como máximo exponente de la personalización de los cuidados, es otro ejemplo de la fuerte apuesta del sistema por revertir el esquema de prestación de cuidados centrado en la tarea.

Numerosos estudios cuyas referencias se relacionan al final de este documento, demuestran que la personalización de los cuidados aumenta la satisfacción de profesionales y de pacientes. En las decenas de trabajos sobre burn-out en la profesión, la despersonalización de los profesionales –que siempre va unida a la dispensarización asistencial- se identifica como una fuente de insatisfacción importante.

Hay estudios que hablan de Hospitales o Centros de Salud “magnéticos”, que atraen a los profesionales, donde todo el mundo quiere trabajar. Curiosamente son centros donde se trabaja con personalización.

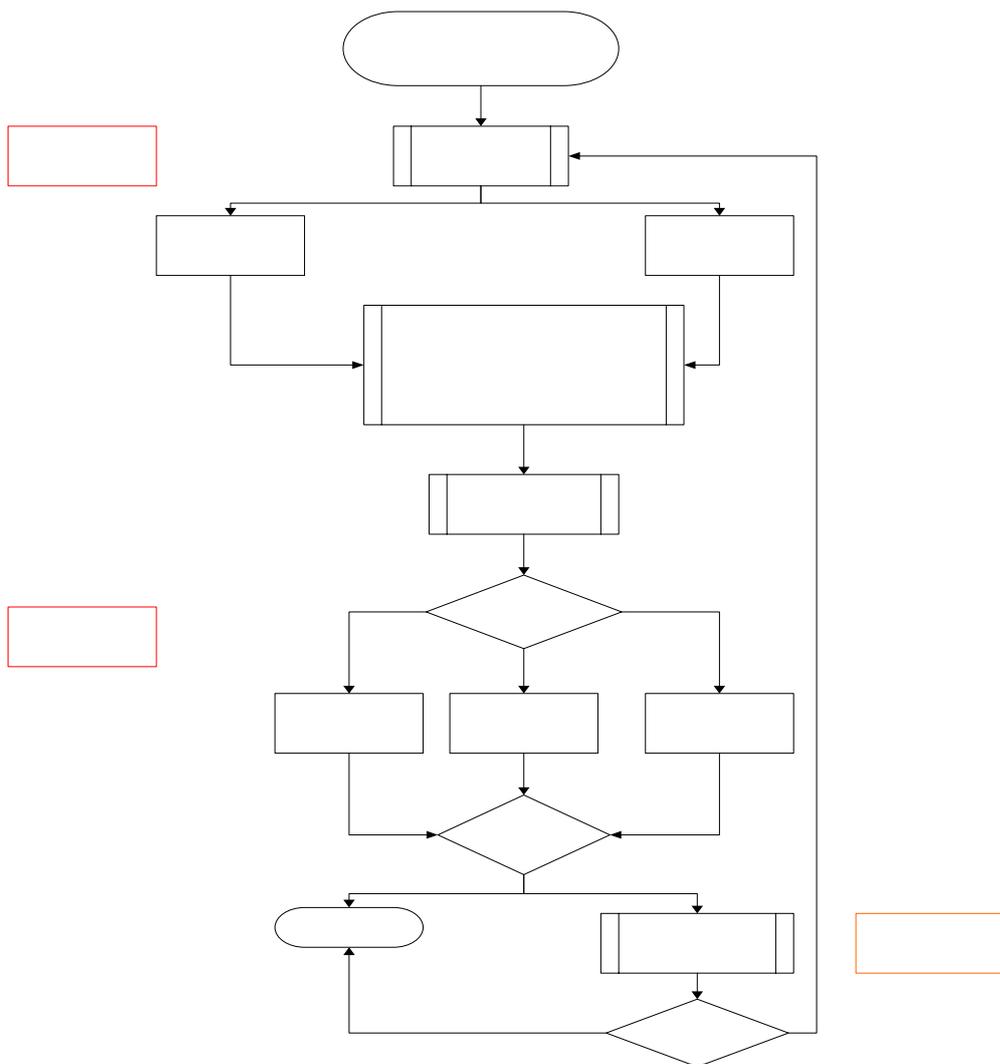
Por tanto, proponemos la **personalización total** de los cuidados de enfermería, por los siguientes motivos:

- Aumenta al corresponsabilización de la atención.
- Mejora la satisfacción de los pacientes
- Mejora la accesibilidad de la enfermera
- Genera mayor conciencia de mini-equipo
- Mejora la implicación de las enfermeras y la satisfacción profesional
- Disminuye la frecuentación
- Permite asumir nuevos roles en la atención al cupo de pacientes

Una vez realizada la reconfiguración de agendas, y asumida la necesidad de personalizar totalmente la atención enfermera, podemos volver a nuestro desarrollo metodológico habitual, analizando qué podemos **DEJAR DE HACER** en el ámbito de la enfermera, con decisiones de este tipo a nivel de Centro o UGC.

EXTRACCIONES	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Mala organización - estrés- aglomeraciones	Buscar mejoras en la organización de las extracciones	Organización del Centro
Extracciones a domicilio injustificadas y/o mal distribuidas en la semana	Intervenir en la filtración y gestión de citas de laboratorio	Coordinación con Médico del Cupo/Org. Del Centro

Cuando decimos “buscar mejoras en la organización de las extracciones”, proponemos una medida que si bien rompe drásticamente con la estructura organizativa a la que estamos acostumbrados, ha demostrado dar buenos resultados allí donde se ha implantado. Se trata de la PERSONALIZACION POR CUPOS DE LA AGENDA DE EXTRACCIONES.



Flujograma actual de toma de muestras en el centro...

TOMA DE MUE

La gestión de las citas de extracciones la llevaría a cabo la enfermera, excepto las procedentes de especializada, las pruebas para diagnóstico provenientes de demanda clínica imprevisible de la consulta médica, y los controles de TAO. O lo que es lo mismo, la enfermera gestionaría tanto las solicitudes como la toma de muestras, así como la entrega de resultados de la mayoría de las analíticas, que corresponden a controles periódicos de pacientes crónicos, integrándolos como una tarea más dentro de la consulta de enfermería, lo cual origina las siguientes ventajas:

- La enfermera se organiza su propia agenda.
- La enfermera se distribuye la carga de trabajo de forma homogénea durante la semana.
- Favorece la identificación de los pacientes con su enfermera de referencia.
- Modula la demanda –la despersonalización hace que se pidan pruebas en exceso-.
- Evita aglomeraciones.
- La actividad de extracciones termina una hora antes
- La media de extracciones por enfermera y día es de 8.
- Favorece el ACTO UNICO (**DEJAR DE HACER**)

Una vez más proponemos una visión de la realidad asistencial no centrada en la tarea, sino en el paciente. Realmente, una extracción, si consideramos la técnica como acto aislado, puede realizarla cualquiera, pero la gestión integral de las pruebas de laboratorio como parte integrante del seguimiento y control longitudinal del paciente, es una cuestión que disminuye la carga de trabajo y mejora la calidad cuando se lleva a cabo de forma personalizada.

No olvidemos las extracciones a domicilio, que ahora “caen” en forma de lotería en función de la demanda, y de esta manera podrían distribuirse uniformemente en la semana.

También hay que anotar en el capítulo de ventajas para el paciente, la confidencialidad, que se incrementa cuando la atención es prestada siempre por el mismo profesional.

En resumen, las medidas y sus ventajas serían las siguientes:

- Personalización de las extracciones. Gestión de citas en consulta de demanda de enfermería o directamente desde la consulta médica.
- Aprovechar las peticiones de especializada para añadir parámetros y consultar luego por intranet.
- Extracciones domiciliarias a criterio de la enfermera (según valoración de dependencia) salvo indicación de reposo absoluto del médico. En cualquier caso, consenso. Se distribuirían más uniformemente en la semana. (Actualmente lotería)
- En los crónicos, ceñirse a los controles establecidos en los protocolos de atención mínima.

- Al personalizar la atención, en el caso de los pacientes con TAO, se podría establecer comunicación con servicio de hematología para gestión de casos complejos –alargando los controles de forma personalizada-.
- Cada enfermera realizaría máximo 6-8 extracciones (20 minutos) en su consulta, sin aglomeraciones ni estrés.
- A las 8.45 podría estar todo terminado. Actualmente dan las 9.30
- Se programarían menos extracciones cuando haya varias complicadas (conozco a los pacientes)

PRUEBAS FUNCIONALES (EKG, ESP...)	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Dificulta el acto único- Incrementa el número de consultas	Incluir en la agenda personal	Individual/Org. Del Centro
Falta de control sobre la frecuentación	Intervenir en la filtración y gestión de citas	Coordinación con el médico/ Org. Del Centro
Agenda inflexible	Flexibilizar la agenda	Org. Centro

Estamos en el mismo caso. Ya hemos hablado del tema en el apartado de decisiones individuales para DEJAR DE HACER en enfermeras de familia. El enfoque por tareas plantea problemas de ineficiencia y a la larga incrementa la carga de trabajo. Las pruebas funcionales a menudo son controles periódicos de pacientes crónicos, que al despersonalizarse dificultan el control. En este caso, la visión por pacientes y no por tareas mejora la carga de trabajo y facilita el **DEJAR DE HACER**. Pongamos por ejemplo un hipertenso. Con el enfoque por pacientes y la PERSONALIZACION de la actividad, en el mismo acto puede hacerse EXTRACCION, EKG y una CONSULTA DE ENFERMERIA, consiguiendo evitar 2 contactos con el paciente. Esto es **DEJAR DE HACER**.

CONSULTA DE ENFERMERIA	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
La demanda no tiene sitio - cuando aparece genera estrés	Dejar sitio para la demanda	Individual/Org. Del Centro

Con la disminución drástica de las consultas programadas utilizando las guías de seguimiento de procesos y crónicos –por ejemplo, los diabéticos pasaban de 10 visitas/año a 4-, dejamos espacio suficiente en la agenda para incorporar la demanda, hasta ahora un concepto que la enfermera no tenía agendado, y que cuando se producía generaba problemas de accesibilidad y de estrés en los profesionales.

Con el modelo de agenda que hemos planteado, la atención a



demanda, que incluiría todos los actos de colaboración con la consulta médica que hemos tocado en apartados anteriores, se intercalaría con la actividad programada, y las pruebas complementarias, dentro del mismo recinto.

Esta actividad de demanda podría incluir el TRIAJE DE LOS PACIENTES SIN CITA.

SERVICIOS COMUNES	¿Cómo dejar de hacer?	Ambito de decisión
Aglomeraciones	Reorganizar los servicios comunes (Personalización?)	Org. Centro
Alta variabilidad/alta frecuentación	Uso de Guías de Práctica Clínica en Curas	Individual/ Org. Centro
Estrés	Reorganizar los servicios comunes (Personalización?)	Org. Centro

Una vez personalizados e incluidos en la agenda única las extracciones, las pruebas complementarias, la demanda y la consulta programada, los SERVICIOS COMUNES serían el único reducto de dispensarización existente, que no tendría sentido mantener, porque romperían totalmente la dinámica de autoorganización.

Los servicios comunes serían atendidos por la enfermera en su consulta de demanda. El número de SSCC diario por enfermera no superaría los 7-8. Si además obtenemos una reducción de la frecuentación de las curas (se estima que en un 40%), hablaríamos de 5-6 pacientes al día por enfermera.

Cuando las curas se PERSONALIZAN, se produce automáticamente una reducción de la frecuentación, por varios motivos:

- El tratamiento es uniforme, y no se producen cambios durante el proceso, salvo cambios en la evolución de la lesión.
- Si yo hago el seguimiento, tiendo a espaciar las curas. Si yo no lo voy a ver, me aseguro proponiendo cura diaria.

Muy importante, que la pauta de las curas transcurrido un tiempo, toda vez que la lesión habrá evolucionado en uno u otro sentido, debe ser fijada por la enfermera, tanto en frecuencia como en tipo de medidas terapéuticas a aplicar. Pueden cuestionarse cuando las condiciones hayan cambiado, los P10 procedentes sobre todo de atención especializada, que pautan, por ejemplo, CURA DIARIA DURANTE 3 MESES. También deben replantearse los tratamientos de úlceras que vayan contra las Guías Clínicas Validadas, los prescriba quien los prescriba. En este caso, una vez más, además de **DEJAR DE HACER**, le hacemos un favor al paciente.

Igualmente, la decisión de realizar las curas a domicilio debe depender una vez más de la enfermera, en función de la autonomía-dependencia del paciente.

El nuevo día a día de la enfermera basado en este modelo

Con las medidas que acabamos de proponer, volvemos a hacer referencia a las primeras páginas del documento, recordando la siguiente imagen:



Igualmente, podemos pensar “me matan seguro” y mantener la situación de sobrecarga actual, o pensar que “pueden existir formas de **DEJAR DE HACER**”, que aunque pasan por una concepción de nuestra actividad totalmente diferente, quizás sean la única manera de conseguirlo.



También podemos analizar críticamente lo propuesto, y decidir si nos interesa o no. Podemos crearnos una imagen mental de lo que sería el día a día de la enfermera con la configuración actual:

8 de la mañana.

Se realizarían entre 7-8 extracciones en la consulta, sin aglomeraciones, con contacto directo con los pacientes del propio cupo. En aquellos casos en los que se trate de extracciones correspondientes a control de pacientes crónicos, puede aprovecharse la ocasión para inmediatamente después, realizar otras pruebas necesarias como EKG dentro del mismo acto, o incluso realizar la consulta de enfermería correspondiente. Con esta estrategia estamos DEJANDO DE HACER porque aprovechamos al máximo cada contacto con el paciente.

En los centros donde no hay extracciones diarias, no habría un ahorro de carga de trabajo tan significativo. En el caso de las extracciones domiciliarias, con el control por parte de la enfermera, se regulan y se reducen, y pueden programarse a criterio de cada profesional. Incluso puede reservarse un día de la semana sólo para las extracciones domiciliarias –exceptuando las de TAO-. La cuestión fundamental es que cada profesional se organiza como mejor cree.

9.00 – 14.00

La agenda de consulta tiene citas cada 5 minutos, que se reservan de dos en dos en caso de que sean consultas programadas. Pueden distribuirse como mejor se desee, adaptándose a las preferencias de cada profesional, dejando tramos libres para desayuno, o adecuarse a las preferencias de pacientes concretos.

La media de consultas de enfermería por día en el Distrito es de 6, que con la aplicación de los protocolos de seguimiento se reducen a la mitad. Suponemos un número aproximado diario de 4 consultas programadas.

A lo largo de la mañana, intercaladas con las citas de consulta programada, la enfermera iría atendiendo la demanda, que sería de los siguientes tipos:

- Antiguos servicios comunes (unos 7-8 pacientes).
- Triage de pacientes sin cita (disminuirán si se aplican las medidas oportunas de accesibilidad en la consulta médica) (unos 4-5 pacientes máximo por cupo según la época).
- Gestión de resultados de laboratorio (unos 3-4 pacientes).
- Contacto con altas hospitalarias (1-2 pacientes)
- Otras cuestiones a demanda. (No cuantificado)

En total, la enfermera atendería de forma ordenada, organizada según sus propias preferencias, y sin tener en cuenta planillas horarias ni adaptación a la actividad del resto de compañeros, unos 30 pacientes, aproximadamente los mismos que ahora,

solo que distribuidos de manera homogénea y sobre todo, en un modelo en el que cada enfermera **SE ORGANIZA COMO QUIERE**.

Actividad domiciliaria

El tramo de actividad domiciliaria, que se dedicaría a AVISOS A DOMICILIO y VISITA DOMICILIARIA PROGRAMADA, sí debe fijarse a nivel de centro, para evitar coincidencias y garantizar que al menos hay siempre una enfermera en el centro para atender una eventual emergencia.

Este nuevo día a día SIMPLIFICA LA ACTIVIDAD, la reduce a la consulta, y disminuye notablemente la sensación de estrés de las enfermeras allí donde se ha implantado.

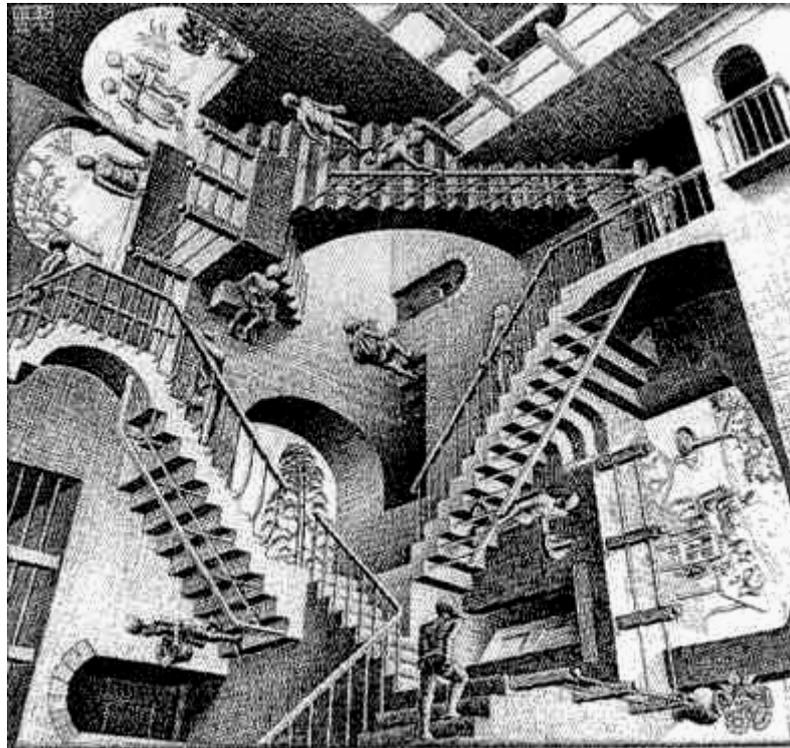


REORGANIZACION DE LA ATENCION A LOS PROGRAMAS DE SALUD, EN BUSCA DE LA EFICIENCIA.

La planificación asistencial con la que se dispensa la atención a determinados PROGRAMAS de SALUD genera importantes bolsas de ineficiencia.

Cuando los programas de salud se DISPENSARIZAN, situación que se da en la mayoría de nuestros centros, a menudo destinamos un tramo de la agenda de la semana a la asistencia al programa, tramo en el que el médico que “lleva” el programa, generalmente acompañado de una enfermera, desaparece del escenario asistencial del centro, ya que los demás le “hacen cobertura” durante ese tramo.

En estos casos estamos forzando la máquina, sobrecargando al resto de los profesionales, bajando la accesibilidad, y fomentando la presencia de pacientes sin cita, para que durante unas horas a la semana, un médico y una enfermera, bajo la cortina del PROGRAMA DE SALUD, atiendan durante QUINCE MINUTOS por cita –todo un lujo en un entorno donde luchamos por tener cinco por paciente–, procesos de escasa complejidad, que podrían



estar perfectamente incluidos en la agenda normal, y que apenas requieren especialización, precisamente porque al ser PROGRAMAS, el procedimiento está totalmente estandarizado.

Es frecuente también en nuestro entorno la idea de que los “ebap cero no pasan programas”. Por si fuera poco, el día que el programa en cuestión coincide con libranza, en muchos casos hay que llamar a los “programandos” para cambiarles la cita, generando demoras que no se sostienen por ningún sitio. Hay que decir que cualquier profesional de atención primaria –médico de familia o enfermera de familia– debe conocer y de hecho conocen y están perfectamente capacitados para dispensar la atención necesaria en cualquiera de los programas que componen la cartera de servicios de Atención Primaria –es su especialidad–.

Otra fuente de ineficiencia es el circuito habitual de citación para los programas. En muchos de nuestros centros, un paciente que llega al mostrador pidiendo información sobre –por ejemplo-, “quiero quitarme esta verruga”, recibirá una cita para su médico, que a su vez le dará un P10 para que vuelva al mostrador, y le den una cita con el médico que lleva la cirugía menor. En una primera consulta, el médico de la cirugía menor le extenderá el consentimiento informado y él y sólo él le dará cita para la intervención. Tres citas para resolver un problema leve que podría resolverse con una sola. Esto ocurre con la mayoría de los programas.

Hoy día, desde la aparición de los PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS, se ha generado una categoría superior en la atención a determinados problemas de salud. La propia DIABETES, con su elevada prevalencia y sus tremendas repercusiones sobre el nivel de salud de la población, el gasto sanitario, y la esperanza de vida libre de discapacidad, representa indudablemente mucho más peso específico que muchos de los tradicionales PROGRAMAS. Si tan importante parece la “subespecialización” de un miembro del equipo en un programa como, por ejemplo la Planificación Familiar, ¿no sería aún más necesario que hubiese un “subespecialista en diabetes”? ¿No tendríamos que tener una Consulta de Diabetes, o de Epoc, o de Insuficiencia Cardíaca, o de HBP, igual que tenemos la de embarazo, o la de Planificación Familiar o Cirugía Menor?.

Con esto queremos decir que la planificación de la atención a determinados programas inspirada en esquemas organizativos de los albores de la atención primaria, deja de tener sentido en nuestro escenario actual.

En general, proponemos desmantelar las consultas dispensarizadas de PROGRAMAS, e integrar la atención a los mismos en la actividad normal de la consulta, de forma personalizada, o lo que es lo mismo, cada médico y enfermera atenderían los diferentes programas dentro de su cupo de usuarios. Los resultados sobre la eficiencia y la satisfacción de los pacientes son evidentes allí donde se ha llevado a cabo.

Propuestas para los PROGRAMAS

PLANIFICACION FAMILIAR

- Integrar la planificación familiar en la CONSULTA A SECAS.

Erradicar la visita conjunta, no por nada, sino por propio sentido de eficiencia. Se trata de ser complementarios, no de hacer entre dos lo que puede hacer uno. En este sentido se podría establecer una primera visita de enfermería de valoración y de determinación del anticonceptivo más idóneo según un procedimiento estándar, petición de analítica, y posteriormente una



visita médica de prescripción de ACO en su caso, y seguimiento, siempre dentro de la consulta.

La población diana media por cupo es de 16 mujeres. 2 visitas al año serían suficientes. ¿Merece la pena mantener una agenda semanal blindada en la que un médico y una enfermera desaparecen del escenario asistencial del centro para atender a las 16 mujeres de cada uno de los compañeros?

EMBARAZO

- Integrar el embarazo en la CONSULTA A SECAS.

Erradicar la visita conjunta, no por nada, sino por propio sentido de eficiencia. Se trata de ser complementarios, no de hacer entre dos lo que puede hacer uno.



La población diana media por cupo es de 10 embarazos al año, a una visita cada 2 meses, significan aproximadamente 1,5 visitas de seguimiento de embarazo por cupo y semana. ¡Qué barbaridad!. La situación actual dibuja una realidad muy distinta. Los 10 embarazos por cupo significan 60 en un centro tipo para una sola persona, que a menudo sufre saturación

de la “agenda blindada de embarazo”, y aparece el estrés de huir del estrés. Una situación habitual es que el “día del embarazo” sea una pesadilla para el profesional responsable del programa, porque sólo tiene consulta hasta las 12 o 12,30 con lo cual ve mermada su accesibilidad, y no se libra de unos pocos pacientes sin cita después de esa hora. Todo ello suponiendo que no lleve retraso en la consulta, cosa que suele ser habitual. Por si fuera poco, las agendas de embarazo, al concentrarse en 1 o 2 profesionales por centro, suelen estar saturadas, con lo que casi nunca se terminan a la hora prevista. Después, lo normal es que el profesional tenga uno o varios avisos. La experiencia nos dice que los “días de programa” pueden convertirse en pequeñas pesadillas para algunos profesionales. ¿Merece la pena seguir trabajando así?.

CITOLOGIAS

- Ajustar la cobertura a la población diana. Hay mujeres que no deberían estar incluidas.

En este caso, puede parecer lógico que exista una ayudantía en la técnica, pero podría hacerla la auxiliar de enfermería perfectamente.

Del mismo modo, con el entrenamiento adecuado, la enfermera ayudada por la auxiliar podría realizar la toma.



CIRUGIA MENOR

Una parte importante de las intervenciones de Cirugía Menor no requieren especial equipamiento ni ayudantía. En otras palabras, no se sostiene por ningún lado un médico y una enfermera con un tramo de agenda cerrado para eliminar lesiones menores.

Vuelve a cuestionarse la necesidad de ayudantía, que en los casos en los que sea necesaria –técnicas estériles, que son las menos-, podría realizarse por la auxiliar de enfermería.

Del mismo modo, existen determinadas intervenciones que podría llevar a cabo la enfermera de forma autónoma.

El tema de la administración de anestesia podría resolverse también con un protocolo.

VACUNAS/ SEGUIMIENTO DE SALUD INFANTIL

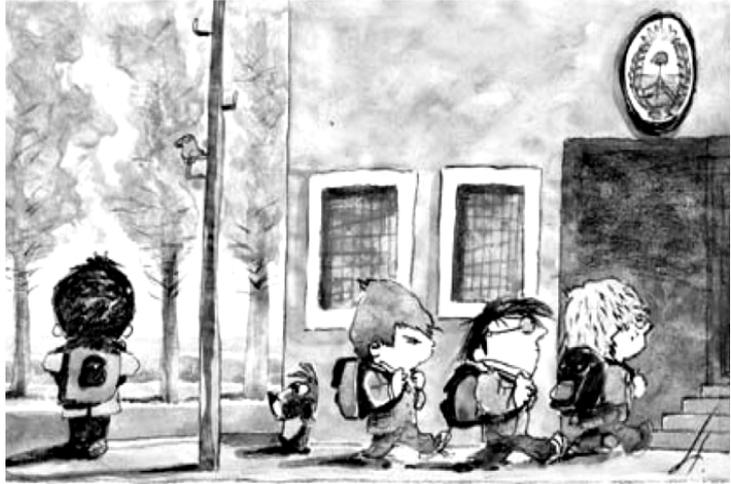
En muchos centros, se da la curiosa circunstancia de que la enfermera de vacunas no es la misma del Seguimiento de Salud Infantil, lo cual genera citas dobles en muchos casos, y por supuesto, una vez más, ineficiencia.

En este caso, sí que no tengo claro lo de la personalización, o mantener una enfermera que asuma en exclusiva ambos programas, por las características especiales de los mismos, sobre todo, si mantenemos la estrategia de que las enfermeras asuman la totalidad del programa de Seguimiento de Salud Infantil.



VACUNAS ESCOLARES Y SALUD ESCOLAR

“Pescar” a los niños en la escuela favorece la captación, pero genera tal cantidad de burocracia y multiplica por muchos enteros los pasos del proceso de vacunación de los niños en edad escolar. Habría que plantearse si estos niños pueden pasar por el centro para vacunarse.



Respecto a los exámenes escolares de salud, también podría cuestionarse su mantenimiento, desde el punto de vista de que la mayoría de los niños han pasado por el Programa de Seguimiento de Salud Infantil.

FORMA JOVEN



Habría que replantear los tiempos de dedicación a esta actividad, actuando en cada caso en función de los datos de actividad reales registrados por los responsables del programa.

Todo lo anterior en 10 IDEAS

Todo es susceptible de cambio, si es para mejorar, tanto mejor.

Las etiquetas y el pensamiento rígido nos limitan la visión de la realidad

Se puede trabajar menos obteniendo mejores resultados

DEJAR DE HACER se consigue abandonando tareas que no aportan valor y reorganizando las que sí aportan.

Hay mucha bibliografía al respecto. DEJAR DE HACER se ha elaborado en base a una exhaustiva revisión bibliográfica.

Este proyecto es una sugerencia para que cada unidad tome lo que considere más adecuado, aunque los mejores resultados se obtienen cuando se aplican estas medidas al completo.

DEJAR DE HACER sigue una metodología escalonada: AMBITO INDIVIDUAL, AMBITO MIINI-EQUIPO, AMBITO CENTRO O UGC.

DEJAR DE HACER PARA MEDICOS DE FAMILIA implica afrontar la consulta con otros ojos, gestionando la demanda.

DEJAR DE HACER PARA ENFERMERAS pasa por reducir el número de tareas que no aportan valor, y reorganizar otras, así como asumir nuevas competencias dentro del equipo.

La PERSONALIZACION TOTAL de los cuidados es una de las claves para DEJAR DE HACER Y OBTENER MEJORES RESULTADOS

IDEAS PARA LA GESTION DEL CAMBIO

“El único cambio que el ser humano disfruta es el del pañal...” (Anónimo)

La resistencia a los cambios es inherente a la naturaleza humana. En el escenario laboral, solemos movernos en lo que se llama “entorno de confortabilidad”, dentro del cual ejercemos cierto “control” sobre nuestra actividad. Aunque existan elementos desmotivadores, estrés, sobrecarga, no todo el mundo acoge de manera positiva las propuestas de cambio. Generalmente, preferimos seguir como estamos, aunque no estemos en la mejor de las situaciones.

Hay quien relaciona las etapas del cambio en una organización, a las etapas del duelo definidas en su día por Elizabeth Kübler Ross.

Etapas del equipo	¿Qué hacer?
<p>NEGACION</p> <p>(Nada tiene porque cambiar)</p>	<p>Visualización de la necesidad de cambio, mostrar la situación con datos y con sensaciones y emociones negativas que nos genera la situación de partida</p>
<p>COLERA</p> <p>¿Por qué nosotros aquí y ahora?</p>	<p>Dar mucha información sobre en qué consiste el cambio, sus ventajas, y los inconvenientes de no cambiar</p>
<p>NEGOCIACION</p> <p>Algunos ya empiezan a asimilar la idea de cambio</p>	<p>Ganar adeptos, empatizar, aislar argumentalmente a los que aún están en la fase de negación</p>
<p>VALLE DE LA DESESPERANZA TRANSITORIA</p> <p>La mayoría acepta la necesidad de cambio irreversible, pero de forma pasiva</p>	<p>Liderazgo, visualizar el futuro, urgencia positiva, capacitación para el cambio, retroalimentación</p>
<p>ACEPTACION Y CRECIMIENTO</p> <p>Aceptamos el cambio y comenzamos a trabajar con él</p>	<p>Retroalimentación</p>

Plantear a un equipo de trabajo una filosofía de cambio, no es fácil, y de hecho, si no se utilizan las estrategias de GESTION DEL CAMBIO, lo más probable es que fracasemos.

CARACTERISTICAS DEL EQUIPO QUE FACILITAN EL CAMBIO	
VISION	Todo el mundo tiene claro hacia dónde vamos
CONSISTENCIA	Bien organizados, no burocratizados
PARTICIPACION	La comunicación fluye en forma de red
ADAPTABILIDAD	Capacidad para adaptarse a los cambios

IDEA KILLERS...
frases que se utilizan para negar el cambio

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> "Eso no irá bien"<input type="checkbox"/> "No hemos hecho eso nunca así"<input type="checkbox"/> "No tenemos tiempo"<input type="checkbox"/> "Ahora eso no es prioritario"<input type="checkbox"/> "Está bien en teoría, pero..."<input type="checkbox"/> "Demasiado moderno"<input type="checkbox"/> "Aquí lo hacemos de otra forma"<input type="checkbox"/> "Eso es una tontería"<input type="checkbox"/> "Eso sólo dará problemas"<input type="checkbox"/> "Esos aspectos no son importantes"<input type="checkbox"/> "Lo que hay que hacer ahora es trabajar y no replantear las cosas"<input type="checkbox"/> "Tu siempre tan original"<input type="checkbox"/> "No tenemos presupuesto"<input type="checkbox"/> "Nos falta gente"<input type="checkbox"/> "Seamos serios, por favor" | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> "No está así en nuestro manual de Calidad"<input type="checkbox"/> "Van a pensar que estamos locos"<input type="checkbox"/> "No es factible"<input type="checkbox"/> "No tiene en cuenta todas las características del problema"<input type="checkbox"/> "Tú y tus fantasías"<input type="checkbox"/> "No tenemos tiempo para esas sofisticaciones"<input type="checkbox"/> "Yo se como hay que hacerlo: házme caso."<input type="checkbox"/> "¿Por qué no haces las cosas como los demás?"<input type="checkbox"/> "Vale, buena idea. Ya lo pensaremos mas adelante".<input type="checkbox"/> "Si, pero ..."<input type="checkbox"/> ..." |
|--|---|

Y la frase favorita en el entorno de Atención Primaria:

Está bien para otros centros... pero el nuestro es especial

**En resumen... aunque estoy mal,
NO QUIERO CAMBIAR**

SUGERENCIAS DE IMPLANTACION

1. CONTAR A LOS PROFESIONALES

Si lo veis oportuno, podemos ir a contarlos nosotros. Debatir con ellos sobre el tema, tratando adecuadamente todas las objeciones.

2. IMPLANTAR LAS MEDIDAS INDIVIDUALES

Que los profesionales incorporen a su práctica individual las medidas del apartado 4 y 5

3. ESCOGER UN CENTRO PILOTO PARA IMPLANTAR LAS MEDIDAS DE MINI-EQUIPO Y CENTRO

Con la presencia del equipo de consultoría, podemos lanzar el proyecto en un centro de cada zona, monitorizando los resultados. 6 y 7

4. EN BASE A LOS RESULTADOS, IMPLANTAR EN TODA LA UGC.

8. LECTURAS RECOMENDADAS

- 1.- PERSONALIZACIÓN: Opinan las Enfermeras después de dos años
Beatriz Marín Vallejo, José Manuel Cuesta Toro, Carolina Ruiz Toledo, Roberto González Hidalgo, Patricia Morales Galán, Ana Calles Molina
- 2.- López Alonso, Sergio R; Gala Fernández, Bienvenida; Rodríguez Gómez, Susana; Rodríguez Morilla, Felipe. Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2007; 56. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/56/0709.php>
- 3.- Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria
Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2
- 4.- Acceptance of nurse practitioners and physician assistants in meeting the perceived needs of rural communities.
Baldwin KA, Sisk RJ, Watts P, McCubbin J, Brockschmidt B, Marion LN. *Public Health, Mental Health, and Administrative Nursing*, University of Illinois, Chicago College of Nursing, Peoria 61656-1649, USA.
- 5.- Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials.
Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. *Academic Unit of Primary Health Care, Department of Community Based Medicine, University of Bristol, Cotham House, Cotham Hill, Bristol BS6 6JL.*
- 6.- Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial.
Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. *Walderslade Village Surgery, Walderslade ME5 9LD. cshum@which.net*
- 7.- Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, Stainthorpe A, Fraser A, Butler CC, Rogers C. *Department of General Practice, University of Wales College of Medicine,*
- 8.- Substitution of doctors by nurses in primary care.
Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. *Centre for Quality of Care Research, University of Nijmegen, (229 HSV/WOK), PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, Netherlands, 6500 HB.*
- 9.- Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group.

Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, Smith H, Moore M, Bond H, Glasper A.
Health Care Research Unit, Wessex Institute for Health Research and Development, Wessex.

10. Consulta de Enfermería a Demanda. Reflexión de una necesidad

José Ramón Martínez Riera

Profesor Departamento Salud Pública. Escuela Universitaria Enfermería.

Universidad de Alicante. Director Enfermería AP Área 17.

Rev Adm Sanit 2003;1(3):425-40

11. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria

Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión

compartida de la demanda

asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria.

Enferm Comun 2005; 1(1). Disponible en <http://www.indexf.com/comunitaria/1revista/1_articulo_35-42.php>

12. Koperski M, Rogers S, Drennan V. Nurse practitioners in general practice an inevitable progression? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 696-697[Medline].

13. Shum CM, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Practice nurse-led management of patients with minor medical conditions: a randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 1038-1043[Abstract/Free Full Text].

14. Coile Jr RC. Integration, capitation and managed care: transformation of nursing for 21st century health care. *Adv Pract Nurs Q* 1995; 1: 77-84[Medline].

15. Sherwood GD. Defining nurse practitioners scope of practice: expanding primary care services. *Internet J of Adv Nurs Practice* 1997; 1 (2).

16. D, Jones L, Baskerville B, Busing N. Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *Canadian Medical Association Journal* 2001; 165 (9): 1210-14.

17. Inger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. A randomised trial. *JAMA* 2000; 283: 59-68.

18. Elliot L, Crombie IK, Irvine L, Cantrell J, Taylor J. The effectiveness of public health nursing : a review of systematic reviews. NHS Scotland. *Scottish Executive* 2001: 223-231.

19. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324: 819-823.

20. Cebrián Pujol H. Trabajando en los EAP. ¿Con enfermería o sin enfermería? *Aten Primaria* 2001; 28 (supl 1): 117-118.

21. Turabián JL. ¿Cuál es el papel de las enfermeras en AP? Jano, Medicina y Humanidades 1998 ; 54: 7.
22. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud
Rafael del Pino Casadoa y José Ramón Martínez Riera
Rev Adm Sanit. 2007;5(2):311-37
23. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer
J. Casajuana Brunet
EAP Gótic. ICS. Barcelona. España.
24. LA GESTIÓN DE AGENDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO INSTRUMENTO FAVORECEDOR DE LA ACCESIBILIDAD DEL USUARIO Y DE LA SATISFACCIÓN DEL PROFESIONAL.
Autores: Diaz-Borrego Horcajo, Jose; Camero Luque, Bienvenido; Marin Alcon, M^a Luisa; Perez Albuja, Concepción; Escalona Labella, Isabel; Paez Pinto, Jose Maria. (Z.B.S. de Castilleja de la Cuesta y Tomares. Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla)
25. B Sanz-Pozo. J de Miguel-Díez. M Anegón-Blanco. M García-Carballo. E Gómez-Suárez. JF Fernández-Domínguez. Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. Aten Primaria. 2006;37:266-72.
26. V Pedrera Carbonell. V Gil Guillén. D Orozco Beltrán. I Prieto Erades. G Schwarz Chavarri. I Moya García. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria. 2005;35:82-8.
MV Delicado Useros. E Candel Parra. A Alfaro Espín. M López Máñez. C García Borge.
27. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes
Aten Primaria. 2004;33:193-9.
28. Personalización de los Cuidados de Enfermería en Atención Primaria. De la Dispensarización parcial a la personalización.
Miguel J. Collado Jiménez. Director de Cuidados D.S. Jaén
28. LA GESTION DEL DIA A DIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA. Casajuana Brunet J. Semfyc ediciones. 2007
29. Goldratt EM. La Meta. Un proceso de mejora continua Díaz de Santos, 1993
30. BOE. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. 15 de diciembre 2006.
31. Guía de Práctica Clínica de Deterioro de la Integridad Cutánea. Ulceras por Presión. Morilla Herrera JC y cols.
32. Stuck a. Egger M, Hammer A, Zinder C., Beck J, Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: SYSTEMATIC REVIEW AND META-REGRESSION ANALYSIS. JAMA, 2002;287:1022-28

33. MSC, R.D. 1030/2006 que establece la Cartera de Servicios comunes del SNS.
34. Hansen BL, Punk A. Out of hours service in Denmark: the effect of a structural change. BR J Gen Pract; 1998
35. Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la sem FYC(GUAC). Organización de la atención urgente en los equipos de Atención Primaria. Barcelona. Semfyc 2005
36. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. JAMA 2003
37. Cebrián H. Trabajando en los EAP. ¿Con enfermería o sin enfermería?. Atención Primaria 2001;28
38. Bellón JA. La demanda inducida por el profesional: de la teoría económica a la práctica clínica. Atención Primaria 2006
39. Birt whistle RV y cols. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. BMJ.2004
40. Muir Gray JA. Evidence-Based health care: how to make health policy and management decisions. Londres. Churchill Livingstone, 2001.

9. Guías de seguimiento de pacientes crónicos. Anexo I