



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**El Informe de Cuidados de Enfermería al Alta:
análisis situacional en la Región de Murcia**

Presentada por:

Dña. Ana Myriam Seva Llor

Dirigida por:

Dra. María José López Montesinos

Murcia

Diciembre, 2011

ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas, figuras y gráficos	15
Glosario de términos y abreviaturas.....	29
0.-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	33
I.- MARCO TEÓRICO	45
Capítulo 1: La continuidad asistencial	47
1.1. Conceptualización.....	47
1.2. Tipos	48
1.2.1. La continuidad de información.....	48
1.2.2. La continuidad de relación	49
1.2.3. La continuidad de gestión.....	49
1.3. Métodos e instrumentos que analizan la continuidad asistencial.....	50
1.3.1. Instrumentos de coordinación entre niveles basados en la programación	51
1.3.2. Instrumentos de coordinación entre niveles basados en la retroalimentación.	52
1.4. La evaluación de la continuidad asistencial.....	53
1.5. Problemas que dificultan la coordinación asistencial entre niveles	57
1.6. Elementos favorecedores de la Continuidad de Cuidados.....	58
Capítulo 2: El Sistema Sanitario en la Comunidad Autónoma (CCAA) de Murcia.....	59
2.1. El Sistema Nacional de Salud.....	59
2.2. El modelo de gestión sanitaria en la CCAA de Murcia.....	60
2.2.1. El Servicio Murciano de Salud	60
2.2.2. Las gerencias únicas.....	64
2.2.3. El mapa sanitario	65
2.2.4. El Plan Estratégico de la Región de Murcia.....	66
2.2.5. El Contrato de Gestión.....	67
2.2.6. La Historia Clínica Electrónica (SELENE) y los Sistemas de Información.....	69
2.2.7. La continuidad asistencial en el Servicio Murciano de Salud	71

Capítulo 3: Estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional..... 74

3.1. La formación universitaria en Enfermería y la posterior formación continuada	75
3.2. La planificación y la toma de decisiones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias.....	80
3.2.1. El Proceso Administrativo	80
3.2.1.1. Planificación	80
3.2.1.2. La organización	81
3.2.1.3. Dirección – Recursos humanos	81
3.2.1.4. Control y Evaluación	83
3.2.2. El Proceso de Atención de Enfermería	83
3.2.2.1. Valoración	84
3.2.2.2. Diagnóstico	84
3.2.2.3. Planificación	85
3.2.2.4. Ejecución	85
3.2.2.5. Evaluación	86
3.2.3. La toma de decisiones	87
3.3. Los sistemas de información de las historias clínicas.....	87
3.3.1. Los sistemas de información clínica	87
3.3.1.1. El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH).....	88
3.3.1.2. Los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR)	92
3.3.2. La Historia Clínica	92
3.3.2.1. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud: El Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería.....	94
3.4. La valoración y el trabajo interdisciplinario mediante protocolos.....	95
3.5. La estandarización de los cuidados.....	97
3.6. La provisión de servicios.....	98
3.7. El seguimiento y la retroalimentación profesional: El Informe de Enfermería al Alta	99

Capítulo 4: Estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes.....102

4.1. La enfermera de enlace.....	103
4.1.1. La enfermera hospitalaria de enlace	103
4.1.2. La enfermera domiciliaria de enlace	104
4.2. La seguridad del paciente	109

**Capítulo 5: Una nueva gestión sanitaria basada en los cuidados:
El Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería.....115**

5.1. Los sistemas de clasificación de pacientes.....	115
5.1.1. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico en España....	116
5.1.2. El modelo belga de gestión sanitaria.....	119
5.1.3. EL CMBD-Enfermería en España.....	129
5.2. El Modelo SIGNO.....	132
5.3. La necesidad de una reforma en la gestión hospitalaria en España: Los sistemas de costes basados en las actividades (ABC: Activity Based Costing)	133

II.- MARCO EMPÍRICO.137

Capítulo 6: Metodología de la investigación139

6.1. Objetivos del estudio.....	139
6.2. Hipótesis de investigación.....	139
6.3. Diseño del estudio.....	140
6.4. Descripción de la muestra:.....	140
6.4.1. Población y procedencia de la muestra.....	140
6.4.2. Características de la muestra.....	142
6.5. Temporalidad del estudio y procedimiento.....	144
6.5.1. Fase documental.....	144
6.5.2. Fase de trabajo de campo.....	145
6.6. Instrumentos de medición y definición de variables.....	146
6.6.1. Pretest.....	146
6.6.2. Cuestionario definitivo.....	146
6.7. Análisis de los datos.....	149

III.- RESULTADOS.....151

Capítulo 7: Resultados.....153

7.1. Análisis descriptivo de la muestra.....	154
7.1.1. Variables sociodemográficas y laborales.....	154
7.1.2. Análisis estadístico de las variables relacionadas con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional de la muestra, en la Región de Murcia.....	159
7.1.2.1. La formación académica de los componentes de la muestra:.....	159
7.1.2.2. La planificación y la toma de decisiones.....	166
7.1.2.2.1. Variables laborales y características que detectan las enfermeras sobre el sistema de organización laboral.....	166

7.1.2.2.2. Características formativas en el Proceso de Atención de Enfermería: Presencia de diagnósticos enfermeros (código NANDA), resultados enfermeros (código NOC) e intervenciones (código NIC) y relación teoría-práctica.	176
7.1.2.3. Los sistemas de información de las historias clínicas.....	182
7.1.2.4. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud en el Servicio Murciano de Salud.	183
7.1.2.5. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud: El Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería.	188
7.1.2.6. La valoración y el trabajo interdisciplinario mediante protocolos. La estandarización de los cuidados.....	190
7.1.2.7. El seguimiento y la retroalimentación profesional: El Informe de Enfermería al Alta.	192
7.1.3. Análisis estadístico de las variables relacionadas con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia.....	197
7.1.3.1. La enfermera de enlace.....	197
7.1.3.2. El Informe de Enfermería al Alta como indicador de la seguridad del paciente.	199
7.1.4. Análisis estadístico de las variables que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia.	200
7.2. Análisis inferencial de la muestra: relación entre las variables demográficas y sociolaborales, con resto de variables, y presentación de asociaciones estadísticamente significativas.....	208
7.2.1. Variables demográficas y sociolaborales.	208
7.2.2. Con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional de la muestra, en la Región de Murcia.	210
7.2.3. Con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia.....	249

7.2.4. Asociación con las variables que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia.....	250
---	-----

IV.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES267

Capítulo 8: Discusión.....269

8.1. Los datos sociodemográficos	271
8.2. La formación del profesional sanitario	271
8.3. Los datos laborales generales	274
8.4. El Informe de Enfermería al Alta (IEA)	276
8.5. La seguridad del paciente.....	278
8.6. La relación entre la teoría universitaria y la práctica clínica.....	278
8.7. La implantación del Informe de Enfermería al Alta (IEA)	282

Capítulo 9: Conclusiones285

9.1. Conclusiones sobre las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional	285
9.2. Conclusiones sobre las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes	290
9.3. Conclusiones sobre las barreras para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la muestra	291
9.4. Conclusiones sobre la nueva gestión sanitaria basada en los cuidados: El Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería en España.....	293
9.5. Conclusiones finales	293

Capítulo 10: Limitaciones del estudio295

Capítulo 11: Perspectivas futuras e implicaciones prácticas o de intervención296

V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS299

VI.- ANEXOS:337

Anexo 1: Marco legal de la reforma universitaria española.....	339
Anexo 2: Adaptaciones de los planes de estudio en la diplomatura de enfermería de la Universidad de Murcia	342
Anexo 3: Grado de enfermería en la universidad de Murcia	346
Anexo 4: Competencias enfermeras	348

Anexo 5: Líneas de trabajo internacional dedicadas a la consolidación del lenguaje común para la práctica enfermera.....	351
Anexo 6: Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería	356
Anexo 7: Hoja de inclusión en gestión de casos.....	358
Anexo 8: Cuestionario definitivo	359
Anexo 9: Tablas relacionadas con la encuesta	363

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

Introducción y justificación..... 35

Tabla 1: Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2009 36

Tabla 2: Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2009 36

Capítulo 1: La continuidad asistencial 47

Tabla 3: Tipos y características de la continuidad asistencial..... 50

Tabla 4: Clasificación de indicadores referidos a la información, utilizados para analizar la coordinación asistencial..... 54

Tabla 5: Clasificación de indicadores referidos a la gestión, utilizados para analizar la coordinación asistencial 56

Capítulo 2: El Sistema Sanitario en la Comunidad Autónoma (CCAA) de Murcia..... 59

Tabla 6: Estrategias sostenibles de sanidad propuestas en la Región de Murcia, relacionadas con los profesionales sanitarios..... 63

Tabla 7: Distribución relacionada de áreas y centro hospitalario..... 66

Capítulo 3: Estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional..... 74

Tabla 8: Desarrollo académico de la formación en Enfermería..... 75

Tabla 9: Datos globales de desarrollo sucesivo 2007, 2008, 2009, 2010 80

Tabla 10: Cálculo de plantilla 82

Capítulo 4: Estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes.....102

Tabla 11: Grupos de Indicadores de Inclusión..... 108

Tabla 12: Criterios de Inclusión 109

Tabla 13: Set de buenas prácticas para la seguridad del paciente 113

**Capítulo 5: Una nueva gestión sanitaria basada en los cuidados:
El Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería.....115**

Tabla 14: Variables que constituyen el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería..... 122

Tabla 15: Comparación de los diferentes Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería existentes (I)..... 123

Tabla 16: Comparación de los diferentes Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería existentes (II)..... 124

Capítulo 6: Metodología de la investigación139

Tabla 17: Centros estudiados y número de enfermeras encuestadas 142

Tabla 18: Grupos de edad..... 143

Tabla 19: Grupos de edad según el sexo 143

Tabla 20: Distribución sexo 144

Capítulo 7: Resultados.....153

Tabla 21: Sexo..... 154

Tabla 22: Edad 154

Tabla 23: Edad de las enfermeras por grupos 155

Tabla 24: % Tamaño de la muestra..... 156

Tabla 25: Unidad de trabajo 157

Tabla 26: Tipo de contrato 158

Tabla 27: Tabla de contingencia entre el tipo de contrato y el sexo 158

Tabla 28: Año obtención diplomatura enfermería..... 159

Tabla 29: Obtención titulación de diplomatura 159

Tabla 30: Año de titulación según el sexo 160

Tabla 31: Posesión de otra titulación 161

Tabla 32: Grado académico superior según el sexo 161

Tabla 33: Tabla de contingencia entre el grado académico y el sexo 161

Tabla 34: Horas de formación continuada..... 162

Tabla 35: Porcentaje formación continuada según el sexo	163
Tabla 36: Tabla de contingencia entre las horas de formación continuada y el sexo	163
Tabla 37: Nivel Académico	164
Tabla 38: Tabla de contingencia entre el máximo grado académico y el sexo	164
Tabla 39: Años obtención máximo grado estudios	166
Tabla 40: Tabla de contingencia entre el año de obtención del máximo grado académico y el sexo.....	166
Tabla 41: Cargo en el centro sanitario.....	167
Tabla 42: Tabla de contingencia entre el cargo ejercido en el centro sanitario y el sexo.....	167
Tabla 43: Horario de trabajo	168
Tabla 44: Tabla de contingencia entre el horario de trabajo y el sexo....	168
Tabla 45: Pacientes por unidad.....	168
Tabla 46: Cuantificación cargas de trabajo	170
Tabla 47: Distribución diaria del trabajo.....	171
Tabla 48: Ratio enfermera/paciente y necesidad servicio	172
Tabla 49: Número de enfermeras en el turno de mañanas.....	172
Tabla 50: Número de enfermeras en el turno de tarde	173
Tabla 51: Número de enfermeras en el turno de noche.....	174
Tabla 52: Falta de enfermeras en el servicio.....	175
Tabla 53: Formación en sus estudios universitarios sobre NIC y NOC..	176
Tabla 54: Tabla de contingencia entre los estudios universitarios sobre las NIC y los NOC, y el sexo.....	177
Tabla 55: Utiliza diagnósticos NANDA en la práctica asistencial.....	177
Tabla 56: Uso de los diagnósticos NANDA en la práctica asistencial en relación al sexo.....	178
Tabla 57: Tabla de contingencia entre la práctica asistencial de los diagnósticos NANDA y el sexo	178
Tabla 58: Utiliza NIC y NOC en la práctica asistencial.....	179
Tabla 59: Tabla de contingencia entre la práctica asistencial de las NIC y de los NOC, y el sexo.....	179

Tabla 60: Seleccionan de los NIC y los NOC en el servicio	180
Tabla 61: Selección de las NIC y los NOC en el servicio en relación al sexo	180
Tabla 62: Tabla de contingencia entre la selección de las NIC y de los NOC en la unidad y el sexo.....	180
Tabla 63: Han recibido formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA.....	181
Tabla 64: Tabla de contingencia entre la formación continuada sobre las NIC, los NOC y los diagnósticos NANDA, y el sexo	181
Tabla 65: Tipo de formato utilizado del registro diario	183
Tabla 66: Tabla de contingencia entre el formato de registro del trabajo y el sexo	183
Tabla 67: Existencia de la Historia Clínica Digital (HCD).....	183
Tabla 68: Empleo de la Historia Clínica Digital (HCD)	184
Tabla 69: Empleo de la HCD según el sexo	184
Tabla 70: Tabla de contingencia entre el empleo de la HCD y el sexo....	184
Tabla 71: Empleo del programa informático de historia clínica SELENE	185
Tabla 72: Tabla de contingencia entre el empleo de SELENE y el sexo..	185
Tabla 73: Existencia del ordenador como recurso de trabajo	186
Tabla 74: Nivel de conocimiento en el manejo de las nuevas tecnologías	187
Tabla 75: Manejo de las nuevas tecnologías según el sexo.....	187
Tabla 76: Tabla de contingencia entre el manejo de las tecnologías y el sexo.....	187
Tabla 77: Realización de la Historia de Enfermería.....	189
Tabla 78: Tabla de contingencia entre la realización de la HE y el sexo	189
Tabla 79: Realiza la Historia de Enfermería al ingreso del paciente	190
Tabla 80: Tabla de contingencia entre el inicio de la HE y el sexo.....	190
Tabla 81: Conocimiento de la existencia de la Comisión de Planes de Cuidado en el Hospital	191
Tabla 82: Tabla de contingencia entre el conocimiento de la existencia de la CPP y el sexo.....	191

Tabla 83: Estandarización de los cuidados en el servicio.....	192
Tabla 84: Opinión sobre el Informe de Enfermería al Alta (IEA)	192
Tabla 85: Opinión sobre el Informe de Enfermería al Alta (IEA) en relación al sexo.....	193
Tabla 86: Tabla de contingencia entre la opinión del IEA y el sexo.....	193
Tabla 87: Se redacta el IEA en el traslado Intrahospital	193
Tabla 88: Tabla de contingencia entre la opinión del IEA y el sexo.....	194
Tabla 89: Redacción de IEA en alta médica	194
Tabla 90: Redacción de IEA en alta médica según el sexo.....	195
Tabla 91: Tabla de contingencia entre la redacción del IEA en alta médica y el sexo	195
Tabla 92: Entrega de IEA a paciente/familiar.....	196
Tabla 93: Tabla de contingencia entre la entrega del IEA y el sexo.....	196
Tabla 94: Relación entre IEA y nivel académico del profesional de enfermería.....	197
Tabla 95: Tabla de contingencia entre el nivel académico que supone el IEA y el sexo	197
Tabla 96: El IEA mejora el seguimiento del paciente	198
Tabla 97: Tabla de contingencia entre el seguimiento del paciente con el IEA y el sexo	198
Tabla 98: El IEA favorece la continuidad de cuidados del paciente	199
Tabla 99: Tabla de contingencia entre la continuidad de cuidados que permite el IEA y el sexo.....	199
Tabla 100: IEA como indicador de seguridad del paciente	200
Tabla 101: Tabla de contingencia entre el indicador de seguridad que supone el IEA y el sexo	200
Tabla 102: Tienen formación en el IEA.....	201
Tabla 103: Formación IEA según el sexo.....	201
Tabla 104: Tabla de contingencia entre la formación sobre el IEA y el sexo	201
Tabla 105: Reciben formación continuada sobre le Historia Enfermera (HE).....	202

Tabla 106: Tabla de contingencia entre la formación sobre la HE y el sexo	202
Tabla 107: Dificultad para cumplimentar el IEA por las cargas de trabajo	203
Tabla 108: Tabla contingencia entre la dificultad que supone redactar el IEA y la carga de trabajo según el sexo.....	203
Tabla 109: Dificultad temporal para la cumplimentación del IEA	204
Tabla 110: Tabla de contingencia entre la dificultad temporal que supone el IEA y el sexo	204
Tabla 111: Dificultad para redacción del IEA por la relación con el equipo médico	205
Tabla 112: Tabla de contingencia entre la dificultad que supone redactar el IEA por la relación con los médicos y el sexo	205
Tabla 113: Dificultad redacción del IEA por la relación con Aux. Enf....	206
Tabla 114: Tabla de contingencia entre la dificultad que supone redactar un IEA por la relación con Aux. según el sexo	206
Tabla 115: Dificultad para la redacción del IEA por la relación con el resto de personal.....	207
Tabla 116: Tabla de contingencia por la dificultad que supone redactar el IEA por la relación con el resto del equipo y el sexo	207
Tabla 117: Relación entre la máxima titulación obtenida y el puesto de trabajo desempeñado en el hospital	209
Tabla 118: Tabla de contingencia entre el cargo ejercido en el centro sanitario y el máximo grado académico obtenido.....	209
Tabla 119: Tabla de contingencia entre el año de diplomatura y los estudios universitarios NIC y NOC.....	211
Tabla 120: Tabla de Contingencia entre el año de diplomatura y la práctica clínica de los diagnósticos NANDA.....	212
Tabla 121: Tabla de Contingencia entre los estudios universitarios y la práctica clínica	214
Tabla 122: Tabla de contingencia de los estudios universitarios NIC y NOC y su selección en la unidad.....	216

Tabla 123: Tabla de contingencia entre la formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA y el año de diplomatura.....	219
Tabla 124: Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA según el turno de trabajo	221
Tabla 125: Manejo de las nuevas tecnologías según los grupos de edad.....	232
Tabla 126: Opinión sobre el IEA según la ratio enfermera/paciente	240
Tabla 127: Redacción del IEA en alta médica según el tipo de contrato	244
Tabla 128: Redacción del IEA en alta médica según la ratio enfermera/paciente	245
Tabla 129: Dificultad para redactar el IEA por la carga de trabajo según los grupos de edad	254
Tabla 130: Dificultad para redactar el IEA por la carga de trabajo según la ratio enfermera/paciente	255
Tabla 131: Tabla de contingencia entre el tipo de contrato y la dificultad redacción IEA por relación E-M.....	262
Tabla 132: Tabla de contingencia Grupos Años titulación y dificultad redacción IEA por relación E-Aux	264
Tabla 133: Dificultad para redactar el IEA en base a la relación con el resto de personal sanitario según el tipo de contrato.....	265

Anexos337

Anexo 2: Adaptaciones de los planes de estudio en la diplomatura de enfermería de la universidad de murcia.....342

Tabla 1: Comparación de las asignaturas troncales y obligatorias de los tres Planes de estudios llevados a cabo en la Universidad de Murcia antes de la implantación del EEES (I).....	342
Tabla 2: Comparación de las asignaturas troncales y obligatorias de los tres Planes de estudios llevados a cabo en la Universidad de Murcia antes de la implantación del EEES (II).....	343
Tabla 3: Comparación de las asignaturas optativas de los tres Planes de estudios llevados a cabo en la Universidad de Murcia antes de la implantación del EEES (I)	344

Tabla 4: Comparación de las asignaturas optativas de los tres Planes de estudios llevados a cabo en la Universidad de Murcia antes de la implantación del EEES (II)..... 345

Anexo 3: Grado de enfermería en la Universidad de Murcia346

Tabla 5: Asignaturas del 1er Ciclo del Grado de Enfermería de la Universidad de Murcia (I)..... 346

Tabla 6: Asignaturas del 1er Ciclo del Grado de Enfermería de la Universidad de Murcia (II)..... 347

Anexo 5: Líneas de trabajo internacional dedicadas a la consolidación del lenguaje común para la práctica enfermera351

Tabla 7: Grupos de trabajo encargados del lenguaje enfermero 351

Anexo 9: Tablas relacionadas con la encuesta363

Tabla 8: Porcentaje tipo de contrato según el sexo 363

Tabla 9: Máximo título académico según el sexo 364

Tabla 10: Año de obtención de otro grado académico según el sexo..... 364

Tabla 11: Cargo en el centro sanitario según el sexo 365

Tabla 12: Porcentaje tipo de tuno de trabajo según sexo 365

Tabla 13: Estudios universitarios de los NIC y los NOC según el sexo .. 366

Tabla 14: Usos de las NIC y los NOC en la práctica asistencial relacionadas con el sexo 366

Tabla 15: Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA en relación al sexo..... 366

Tabla 16: Formato del registro diario relacionado con el sexo 367

Tabla 17: Empleo programa SELENE según el sexo 367

Tabla 18: Realización de la Historia de Enfermería según el sexo 367

Tabla 19: Inicio Historia de Enfermería en ingreso según el sexo..... 368

Tabla 20: Existencia de la Comisión de Planes de Cuidado en el Hospital en relación al sexo 368

Tabla 21: IEA traslado Intrahospital según el sexo..... 368

Tabla 22: Entrega de IEA a paciente/familiar según el sexo 369

Tabla 23: IEA nivel académico según el sexo..... 369

Tabla 24: IEA mejora el seguimiento del paciente según el sexo 369

Tabla 25: IEA continuidad cuidados paciente según el sexo	370
Tabla 26: IEA indicador de seguridad del paciente según el sexo.....	370
Tabla 27: Formación continuada en HE según el sexo	370
Tabla 28: Dificultad IEA por carga de trabajo según el sexo	370
Tabla 29: Dificultad temporal por cumplimentación IEA según el sexo .	371
Tabla 30: Dificultad redacción IEA por relación E-M según el sexo.....	371
Tabla 31: Dificultad redacción IEA por relación E-Aux según el sexo....	371
Tabla 32: Dificultad redacción IEA por relación E-Resto según el sexo .	371
Tabla 33: Asociación de las variables independientes con las variables dependientes (I)	372
Tabla 34: Asociación de las variables independientes con las variables dependientes (II)	373
Tabla 35: Asociación de las variables independientes con las variables dependientes (III)	374
Tabla 36: Asociación de las variables independientes con las variables dependientes (IV)	375
Tabla 37: Asociación de variables independientes y las variables sobre las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia	376
Tabla 38: Asociación de variables independientes y las variables relacionadas que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia (I)	377
Tabla 39: Asociación de variables independientes y las variables relacionadas que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia (II)	378

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 2: El Sistema Sanitario en la Comunidad Autónoma (CCAA) de Murcia..... 59

Figura 1: Organigrama de la Consejería de Sanidad y Política Social/ Servicio Murciano de Salud	62
Figura 2: Áreas de salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 7: Resultados.....153

Gráfico 1: Curva de Gauss de la edad de las enfermeras	155
Gráfico 2: Centro sanitario	156
Gráfico 3: Porcentaje de las unidades participantes en la muestra	157
Gráfico 4: Curva de Gauss del año de obtención de la Diplomatura de Enfermería.....	160
Gráfico 5: Porcentaje del nivel académico.....	165
Gráfico 6: Número de pacientes por unidad	169
Gráfico 7: Curva de Gauss del número de pacientes por unidad.....	169
Gráfico 8: Porcentajes criterios de distribución RRHH.....	171
Gráfico 9: Curva de Gauss del número de enfermeras por la mañana ..	173
Gráfico 10: Curva de Gauss del número de enfermeras por la tarde	174
Gráfico 11: Curva de Gauss del número de enfermeras en el turno de noche	175
Gráfico 12: Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA en relación al sexo.....	182
Gráfico 13: Manejo de las nuevas tecnologías según el sexo	188
Gráfico 14: Relación entre la máxima titulación obtenida y el puesto de trabajo desempeñado en el hospital	209
Gráfico 15: Estudios universitarios NIC y NOC según el año de diplomatura	211
Gráfico 16: Relación existente entre el año de diplomatura y el uso de los diagnósticos NANDA en la clínica	213
Gráfico 17: Práctica asistencial de las NIC y los NOC dependiendo de su estudio	214
Gráfico 18: Práctica asistencial de las NIC y los NOC según el centro sanitario.....	215
Gráfico 19: Práctica asistencial de las NIC y los NOC según el tipo de contrato	215
Gráfico 20: Relación entre haber estudiado en la Universidad NIC y NOC y seleccionarlos en la unidad de trabajo	217

Gráfico 21: Selección de las NIC y los NOC más usados según la unidad	217
Gráfico 22: Selección de las NIC y los NOC más usados según el centro sanitario	218
Gráfico 23: Selección de las NIC y los NOC más usados según la distribución diaria del trabajo.....	218
Gráfico 24: Relación entre la formación continuada y el año de diplomatura	220
Gráfico 25: Realización de formación continuada sobre diagnósticos NANDA, NIC y NOC según el horario de trabajo	221
Gráfico 26: Realización de formación continuada sobre diagnósticos NANDA, NIC y NOC según el servicio	222
Gráfico 27: Realización de formación continuada sobre diagnósticos NANDA, NIC y NOC según el centro sanitario.....	223
Gráfico 28: Formato de registro del trabajo diario según el servicio	224
Gráfico 29: Formato de registro del trabajo diario según el centro sanitario.....	224
Gráfico 30: Existencia de la HCD según el servicio.....	225
Gráfico 31: Existencia de la HCD según el centro sanitario	226
Gráfico 32: Empleo de la HCD según el servicio	227
Gráfico 33: Empleo de la HCD según el centro sanitario	227
Gráfico 34: Empleo del programa SELENE según el servicio.....	228
Gráfico 35: Empleo del programa SELENE según el centro sanitario....	229
Gráfico 36: Empleo del programa SELENE según el tipo de contrato....	229
Gráfico 37: Empleo del programa SELENE según el horario de trabajo.	230
Gráfico 38: Empleo del programa SELENE según la distribución diaria del trabajo	230
Gráfico 39: Existencia del ordenador como recurso laboral según el centro sanitario	231
Gráfico 40: Manejo de las nuevas tecnologías según los grupos de edad	232
Gráfico 41: Manejo de las nuevas tecnologías según las posesión de un grado académico superior.....	233

Gráfico 42: Realización de la Historia de Enfermería según la distribución diaria del trabajo.....	234
Gráfico 43: Inicio de la Historia de Enfermería por ingreso según el servicio	235
Gráfico 44: Inicio de la Historia de Enfermería por ingreso según el centro sanitario	235
Gráfico 45: Inicio de la Historia de Enfermería por ingreso según el horario de trabajo.....	236
Gráfico 46: Existencia de la Comisión de Planes de Cuidados según el centro sanitario	237
Gráfico 47: Estandarización de los cuidados por unidad	238
Gráfico 48: Estandarización de los cuidados por unidad según el centro sanitario	238
Gráfico 49: Estandarización de los cuidados por unidad según la cuantificación de las cargas de trabajo	239
Gráfico 50: Opinión profesional sobre el IEA según la ratio enfermera/paciente	240
Gráfico 51: Opinión sobre el IEA según la unidad	241
Gráfico 52: Opinión profesional sobre el IEA según el horario de trabajo	241
Gráfico 53: Redacción del IEA en traslado intrahospital según el servicio.....	242
Gráfico 54: Redacción del IEA en traslado intrahospital según la distribución diaria del trabajo.....	243
Gráfico 55: Redacción del IEA en alta médica según el tipo de contrato.....	244
Gráfico 56: Redacción del IEA en alta médica según la ratio enfermera/paciente	245
Gráfico 57: Redacción del IEA en alta médica según el servicio	246
Gráfico 58: Redacción del IEA en alta médica según el centro sanitario.....	246
Gráfico 59: Entrega del IEA según el servicio	247
Gráfico 60: Entrega del IEA según el centro sanitario.....	248

Gráfico 61: Entrega del IEA según el horario de trabajo	248
Gráfico 62: Entrega del IEA según la distribución diaria del trabajo	249
Gráfico 63: Formación continuada sobre el IEA según el servicio	251
Gráfico 64: Formación continuada sobre el IEA según el centro sanitario.....	251
Gráfico 65: Formación continuada sobre el IEA según la posesión de un grado académico superior.....	252
Gráfico 66: Formación continuada sobre la HE según la horas de formación continuada.....	253
Gráfico 67: Formación continuada sobre la HE según la posesión de un grado académico superior.....	253
Gráfico 68: Formación continuada sobre la HE según el horario de trabajo	254
Gráfico 69: Dificultad de redacción del IEA según los grupos de edad ..	255
Gráfico 70: Dificultad de redacción del IEA según la ratio enfermera/paciente	256
Gráfico 71: Dificultad de redacción del IEA según el servicio.....	257
Gráfico 72: Dificultad de redacción del IEA según el centro sanitario ...	257
Gráfico 73: Dificultad de redacción del IEA según la posesión de un grado académico superior	258
Gráfico 74: Dificultad de redacción del IEA según el año de titulación enfermera.....	258
Gráfico 75: Dificultad de redacción del IEA según el horario de trabajo	259
Gráfico 76: Dificultad de redacción del IEA según la distribución diaria del trabajo	259
Gráfico 77: Dificultad temporal de redacción del IEA según el servicio .	260
Gráfico 78: Dificultad temporal de redacción del IEA según el centro sanitario.....	261
Gráfico 79: Dificultad temporal de redacción del IEA según el horario de trabajo.....	261
Gráfico 80: Dificultad redacción del IEA por relación E-M según el tipo de contrato	263

Gráfico 81: Dificultad redacción del IEA por relación E-Aux según el año titulación enfermera.....	264
Gráfico 82: Dificultad redacción IEA por relación E-Resto según el tipo de contrato	266

GLOSARIO DE TÉRMINOS EMPLEADO EN GESTIÓN SANITARIA

Activity Based Costing: sistema de costes basado en las actividades realizadas, aplicado en la mayoría de las organizaciones, considerado por los gestores sanitarios como alternativa a los sistemas de coste basado en los productos.

Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería: sistema de información centrado en los cuidados enfermeros, originario de Bélgica y conocido como Nursing Minimum Data Set (NMDS).

Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH): también conocido como Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) o base de datos clínico-administrativa, incluida dentro de los sistemas de información clínica, que permite ajustar los resultados de consumo de recursos que han necesitado los pacientes en todos sus episodios de hospitalización.

Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería: definido en 2008 como uno de los Conjuntos Mínimos de datos que constituirán, junto con el resto de los informes que integran la Historia de Salud de cada paciente, la Historia Clínica Digital.

Continuidad: la continuidad asistencial es un modo de trabajo de calidad, ordenado y coordinado de los todos los profesionales sanitarios que se ven incluidos en el proceso de atención de un paciente, y que además es percibido como tal, por los usuarios.

Enfermera de Enlace: profesional encargada de coordinar a los profesionales de Atención Especializada con los de Atención Primaria.

Enfermera Domiciliaria de Enlace: profesional encargada de mejorar la atención domiciliaria, al trabajar junto con las enfermeras de primaria.

Enfermera Hospitalaria de Enlace: profesional encargada de planificar los cuidados que precisan aquellos pacientes que se van de alta, junto con la enfermera hospitalaria.

Gestión de casos de los cuidados: estrategia de gestión que empieza a establecerse en algunos servicios de salud españoles con la finalidad de coordinar la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial.

Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR): herramienta empleada por el Sistema Nacional de Salud para medir el coste de la asistencia sanitaria del paciente en relación a los grupos de pacientes dados de alta de un hospital.

Historia Clínica Electrónica: aplicación informática impulsada por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia en 2003, mediante el denominado Plan Director de Sistemas de Información del Servicio Murciano de Salud (PDSIS), con la que aumentar el empleo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el proceso asistencial.

Historia Clínica: documentación sanitaria actualizada, en la que se registran los datos relacionados con la prestación profesional ofrecida al paciente.

Informe de Enfermería al Alta: documento imprescindible para la gestión de los cuidados enfermeros. En él se redactan las intervenciones enfermeras pendientes de realizar y los resultados por alcanzar, en el momento del alta del paciente hospitalizado, para ser continuados por otro profesional en caso necesario.

Proyect Research in Nursing (PRN): instrumento de medida de las cargas de trabajo de los cuidados de enfermería empleado por los gestores sanitarios para poder determinar el nivel de cuidados y recursos necesarios de enfermería, identificar las de áreas en las que es preciso la

gestión de casos y distribuir las cargas de trabajo del personal enfermero, ajustando las plantillas.

Proyecto “Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud (HCDSNS)”: iniciativa con carácter tecnológico incluida en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del año 2006, con la que se pretende facilitar el acceso profesional y personal a la información sanitaria en todo el territorio nacional.

Seguridad del paciente: concepto considerado por las instituciones sanitarias desde 1999, imprescindible para la atención sanitaria, marcada por la cumplimentación de unos indicadores de seguridad, para evitar efectos adversos sobre el paciente.

SELENE: programa informático (SIEMENS) mediante el cual, los hospitales de la Región de Murcia, están configurando la Historia Clínica Electrónica.

Servicio Murciano de Salud: encargado de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria pública en la Región de Murcia, una vez realizadas las transferencias de las competencias en materia de salud por parte de la Administración del Estado en 2001.

Sistema Nacional de Salud: es el modelo sanitario español vigente desde su promulgación, con la Ley General de Sanidad de 1986.

ABREVIATURAS/SIGLARIO

ABC: Activity Based Costing

CC: Continuidad de los cuidados

CMBDAH: Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria

CMBDE: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería

CMSICE: Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería

ECE: Enfermera comunitaria de enlace

EDE: Enfermera domiciliaria de enlace

EE: Enfermera de enlace

EHE: Enfermera hospitalaria de enlace

GDR: Grupos Relacionados con el Diagnóstico

HCD: Historia Clínica Digital

HCE: Historia Clínica Electrónica

IEA: Informe de Enfermería al Alta

PRN: Proyect Research in Nursing

SMS: Servicio Murciano de Salud

SMS: Sistema Murciano de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

SP: Seguridad del paciente

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El progresivo crecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento en las cargas de trabajo de los profesionales, los cambios en el nivel de exigencia de los pacientes, la necesidad de mejorar la coordinación asistencial, las nuevas tecnologías, o la actual crisis económica mundial, son algunos de los nuevos retos a los que se enfrenta el Servicio Nacional de Salud.

Por todo ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ahora denominado Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, debe coordinarse con Sociedades Científicas, Comunidades Autónomas y Asociaciones de Pacientes, para construir un marco estratégico útil donde mejorar la Atención Especializada y la Atención Primaria en España (MSYPS, 2007).

El planteamiento de cualquier estrategia en momentos de crisis debe considerar los déficits del actual modelo de financiación, el replanteamiento de la atención al paciente crónico, la incorporación de modelos de autocuidado, la corresponsabilización de los profesionales a través de fórmulas de gestión clínica, y el incremento del gasto sanitario, que está directamente relacionado con el contexto socioeconómico en el que vivimos (Errasti, 1996).

Según los datos del último informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (OCDE, 2009), en el que se analizan los recursos económicos destinados a la Sanidad de los 34 países más desarrollados del mundo (Tabla 1), España dedica el 9,5 por ciento de su producto interior bruto (PIB) a la Sanidad (pública y privada) y tiene un gasto per cápita en salud de 3.067 dólares (aproximadamente 2.115 euros) por persona y año (OECD, Spain, 2011).

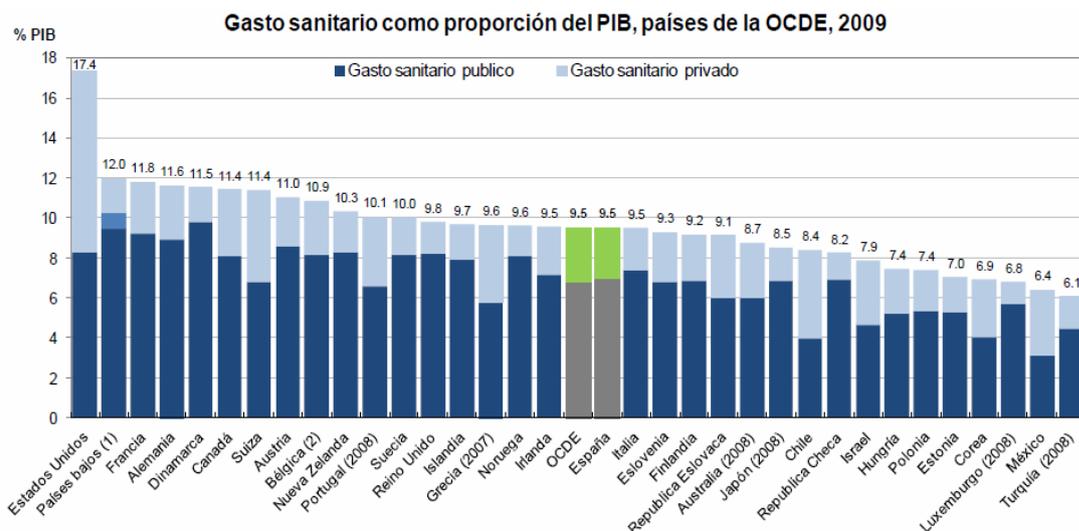


Tabla 1: Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2009. Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011, junio 2011.

La lista aparece encabezada por Estados Unidos, con más del doble de inversión en sanidad que España (5.484 euros por persona y año). La vigésima posición que en ella ocupa nuestro país, le hace quedar rezagada de la mayoría de las superpotencias mundiales y de los países más desarrollados de Europa (tabla 2).

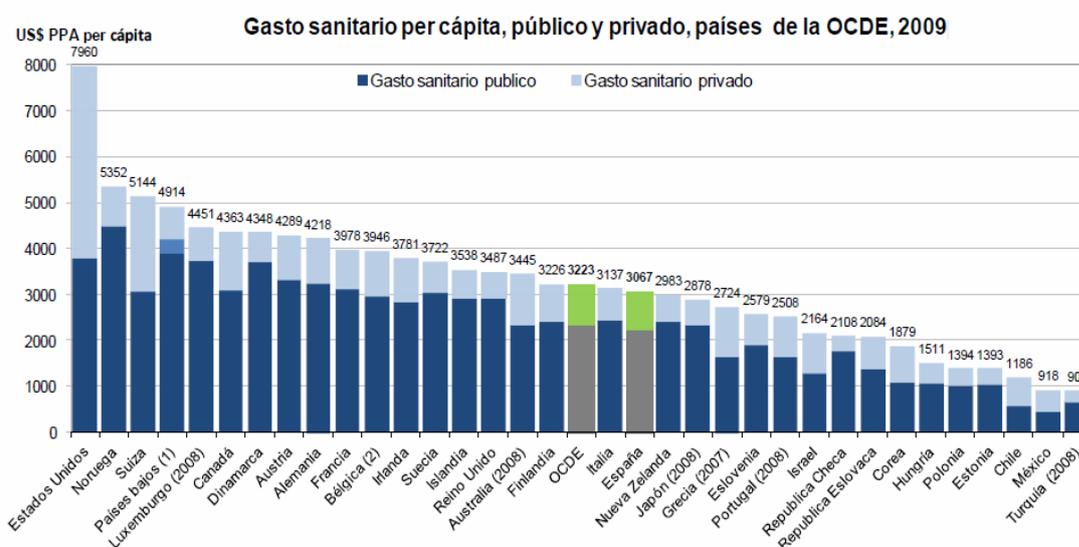


Tabla 2: Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2009. Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011, Junio 2011.

Otros datos relevantes de este informe indican que España es uno de los países con mayor número de médicos por habitante (con 3,5 médicos por cada 1.000 habitantes, cuando la media europea está en 3,1), pero de los últimos en cuanto a la ratio enfermera - paciente (siendo 4,9 enfermeras por cada 1.000 habitantes y la media OCDE es de 8,4) así como en el número de camas hospitalarias por habitante (2,5 camas por cada 1.000 habitantes, cuando la media europea es de 3,5 camas). En cuanto a tecnología sanitaria, España tampoco aprueba: contamos solamente con 10 aparatos de resonancia magnética y 15 TAC por cada millón de habitantes y la media está en 12 y 22 por millón, respectivamente (OECD, Spain, 2011).

Ante esta situación es necesario esforzarse para lograr que la atención sanitaria ofrecida a la población en nuestro modelo de salud, sea coordinada, continua e integrada.

La coordinación asistencial se define como *“el acto de gestionar las interdependencias entre actividades, desde una perspectiva bidireccional (usuario/profesional)”* (Malone y Crowston, 1991), puesto que según sea el grado de coordinación y sincronización entre los distintos niveles clínicos, financieros, organizativos y políticos, será más o menos alcanzable obtener la continuidad de los cuidados sin que se produzcan conflictos (Terraiza et al., 2006).

Cuando hablamos de calidad en la prestación de los servicios sanitarios, debe ir implícita la continuidad de los cuidados e inevitablemente la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (Lledó y Terrés, 2001). Estos niveles, definidos por la Ley General de Sanidad, dibujan el modelo sanitario español, con la Atención Primaria y la Atención Especializada, dotados con profesionales sanitarios, que ejercen roles diferentes en distintas etapas y con el mismo individuo (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). En este sentido, el principal argumento que justifica la necesidad de garantizar la continuidad de la asistencia es la implicación de la comunidad respecto a su salud, en

concreto, sobre el autocuidado del ciudadano, su responsabilidad sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos, (Barrios et al., 2004), evitando por parte de las organizaciones sanitarias una fragmentación entre los diversos niveles asistenciales (Gervás, 2008).

La integración, considerada como la búsqueda continua que hay que realizar para conectar el sistema de servicios sanitarios con otros tipos sistemas de servicios humanos (sociales, económicos, etc.), se conforma a su vez por tres engranajes: el primero, la colaboración, que es la derivación de los pacientes entre las instituciones y los profesionales; el segundo la coordinación, basada en acuerdos entre instituciones y existencia de profesionales de enlace y, por último, la integración, referida al presupuesto conjunto (Leutz, 1999). Por tanto, la atención sanitaria se considera integrada cuando la continuidad y la coordinación, llegan a su máximo grado (Shortell et al., 1996).

La ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas,...), la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y la disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera,...) son algunos de los problemas producidos por la falta de coordinación e integración entre niveles asistenciales (Contel, 2002). La creciente complejidad de las organizaciones sanitarias conlleva que garantizar la continuidad de la asistencia y racionalizar el proceso asistencial, no sea tarea fácil (Zarate, 2004).

Se trata de un problema de gestión clínica que incide en todos los profesionales sanitarios sin excepción, y en el que se están volcando los distintos servicios sanitarios de las diferentes Comunidades Autónomas españolas. Esto implica establecer consensos técnicos, impulsar planes de mejora conjuntos entre los diversos profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, etc.), y en última instancia, fomentar la intercomunicación entre profesionales de los diferentes niveles de asistencia para la gestión más adecuada de cada situación.

En el caso del Servicio Murciano de Salud, ¿cómo se está ejecutando?, ¿qué opinan los profesionales sanitarios que trabajan en él? o ¿cuáles son las estrategias que se están tomando para poder lograr este objetivo?. Éstas son algunas de las preguntas que pretendemos responder con la elaboración de este trabajo.

La política de gestión por procesos favorece la continuidad asistencial al establecer como prioritaria la necesidad de una perfecta cascada de decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en diferentes espacios y tiempos y que ha de seguir un orden lógico y secuencial para que produzca un resultado previsible y satisfactorio. La promoción de estrategias para gestionar la atención del paciente con necesidades complejas, requiere de una colaboración estrecha entre distintos niveles asistenciales. Las más extendidas son la gestión de casos y los programas de gestión de enfermedades (Terraza et al., 2006).

La gestión de casos debe entenderse como *“Un proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada, es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos”* (ACNN, 1998).

Los programas de gestión de enfermedades son sistemas coordinados de información e intervenciones sanitarias, centradas en las poblaciones que sufren enfermedades y comparten la característica del valor de los autocuidados en su tratamiento y control. Se trata de enfermedades de elevada prevalencia, elevado coste, o de intervenciones que se pueden medir y presentan variaciones significativas en la práctica clínica, por ejemplo, la diabetes o el asma (Pilnick, Dingwall y Starkey, 2001; Peiró, 2007).

Centrándonos en la gestión de los cuidados enfermeros, hay que entenderlos como *“un proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”* (Kérouac et al., 1996; pág. 120).

Cuando la gestión de casos se aplica a los cuidados, se habla de gestión de casos de los cuidados, donde la figura central es el gestor de casos, responsable de coordinar la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial, para alcanzar los resultados clínicos determinados por los objetivos marcados en el plan asistencial y los resultados económicos deseados (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

Las enfermeras de los centros hospitalarios cuidan a los pacientes durante 24 horas, en horarios distintos, lo que permite presenciar todo un proceso asistencial. Esto hace que sus conductas y comportamientos influyan directamente en la seguridad del paciente y en la calidad del cuidado que se presta. La obligada rotación horaria en el sistema organizativo de turnos de trabajo en enfermería puede presentar ciertas dificultades en lo que respecta a la comunicación interprofesional y repercutir directamente en el paciente. Trabajar en equipo resulta pues fundamental para asegurar la asistencia que precisan los pacientes en base a sus requerimientos en la propia unidad y entre los distintos servicios dentro del hospital.

Esa coordinación e integración clínica, dado el contexto histórico-social que vivimos, ha tenido que empezar a priorizarse en las políticas de salud de las comunidades autónomas, favoreciendo la ampliación de esa vinculación entre los profesionales de los distintos niveles sanitarios y sociales (formales e informales), que integran los procesos asistenciales.

Hospitales, centros de atención primaria, centros geriátricos y centros de salud mental, deben ofrecer a la población una atención a la salud organizada de forma efectiva, mediante circuitos fluidos gracias a

las nuevas tecnologías, priorizando la atención domiciliaria y fomentando un modelo de atención compartida, donde se están creando nuevas figuras profesionales de enfermería (Contel, 2002).

Entender la asistencia sanitaria prestada a cada individuo como un proceso integral, es la condición indispensable que le da sentido a la continuidad de la atención (Puig, 2002).

Partiendo de esta filosofía, los Sistemas Sanitarios Públicos quieren que el ciudadano perciba esa continuidad en todos los procesos en los que se incluyen el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados, pero sigue siendo un reto trabajar sobre las estrategias de mejora de la continuidad asistencial (Fernández y Ollero, 2010).

En lo que respecta a los cuidados, y situándonos en la Región de Murcia, primero hay que analizar cuál es el estado de la cuestión sobre el tema entre los profesionales enfermeros.

En este estudio, se realiza una evaluación de la coordinación de los servicios sanitarios, desde la integración de los cuidados y el punto de vista del personal enfermero hospitalario, como el primer paso para poder llegar al establecimiento de óptimas estrategias impulsoras de su continuidad, reforzando las políticas de salud centradas en todo momento en los ciudadanos murcianos.

Investigar para conocer, por un lado, cuál es su opinión sobre la relevancia asistencial de la continuidad en general y de los cuidados en particular, y esclarecer hasta donde llega la integración de este concepto en la actividad profesional enfermera del Servicio Murciano de Salud. Por otro, centrarnos en su formación metodológica y tecnológica, y en su predisposición a la elaboración de nuevos documentos, como el Informe de Enfermería al Alta/de continuidad de los cuidados o el Informe de cuidados mínimos al alta de Enfermería dentro del Proyecto Nacional de la

Historia Clínica Digital, como dos de las estrategias de gestión existentes más novedosas, que permiten la continuidad de los cuidados.

Planificar el alta de enfermería constituye un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de cuidados sanitarios y de asistencia social (Carpenito, 2003). Es imprescindible una acción coordinada y de colaboración entre los distintos profesionales de la salud, encontrándose entre sus beneficios la continuidad y la seguridad, donde la calidad de la información disponible de la enfermera depende de su atención al paciente (Currell y Urquhart, 2007).

Los gestores saben que el uso aislado de un instrumento no mejora la coordinación. Es preciso introducir una combinación de ellos, con la que abordar mínimamente los aspectos fundamentales de la continuidad de la información y de la gestión del paciente (Terraza, et al., 2006).

Estas nuevas acciones enfermeras nos obligarán muy pronto a definir y cuantificar el servicio prestado, esclareciéndole a la gestión sanitaria cuál es el producto enfermero y a la gestión económica cuáles son los costes generados. Ayudaremos a ambas para que dejen de considerar que la combinación de personas, problemas de salud y los costes que se producen sean un problema muy complicado (Maciá, Moncho y López, 2010).

La mayoría de los estudios publicados en relación a la continuidad asistencial gira en torno a la calidad de dicho flujo. Unos evalúan los efectos de las guías de práctica clínica como un instrumento esencial y otros analizan las limitaciones de los profesionales. Siendo muy pocos los trabajos que entablan una relación directa entre la continuidad asistencial y la perspectiva de los profesionales sanitarios (Henao, et al., 2009) y nulos los trabajos en los que se relaciona la integración del concepto de continuidad de los cuidados entre las enfermeras hospitalarias del Servicio Murciano de Salud, con su formación metodológica y

tecnológica, ante la implantación de los informes de alta enfermera, con los que asegurar una continuidad de los cuidados.

El resultado obtenido de esta investigación tiene como destinatarios a varios colectivos directamente vinculados a la sanidad. Por un lado, las enfermeras asistenciales integrantes en los equipos de trabajo de los hospitales de la Comunidad Autónoma de Murcia, al presentar información sobre cuál es la situación actual de la filosofía de la continuidad de los cuidados en los centros objeto de estudio, así como la predisposición profesional ante este tema. Por otro, las enfermeras gestoras, al aportar el estudio otros datos sobre la influencia de la continuidad de los cuidados en la calidad asistencial hospitalaria. Por último, son también destinatarios de los resultados del estudio, los gestores económicos responsables de la Sanidad Murciana, ya que esta investigación pretende presentar la repercusión directa de la actividad profesional enfermera en la mejora de la calidad asistencial, la satisfacción del paciente y la optimización de los recursos materiales y económicos.

El presente trabajo identifica y analiza la perspectiva y la predisposición de las enfermeras hospitalarias ante la elaboración de los informes de alta enfermera, dentro del marco de la continuidad asistencial, dejando abierta futuras vías de investigación que hagan extensible este estudio a los profesionales integrantes en los equipos de trabajo de los centros de Atención Primaria y de los centros del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), como centros geriátricos y centros de salud mental de la Región de Murcia.

El trabajo que presentamos se estructura en seis bloques principales. Empezamos por el Marco Teórico, que lo constituyen cinco capítulos. En el primer capítulo, profundizaremos en el tema de la continuidad asistencial, desde sus definiciones, tipos y elementos, hasta los instrumentos de medición empleados en este área. A continuación, la descripción del Servicio Murciano de Salud del segundo capítulo, nos sirve para conocer y ubicarnos en el marco sanitario en el que posteriormente

desarrollaremos la investigación relacionada con la gestión de los cuidados y su continuidad. En el tercer y cuarto capítulo, describimos las estrategias de gestión sanitaria que aseguran la continuidad de los cuidados enfermeros, clasificadas según vayan dirigidas a cubrir la satisfacción de los profesionales sanitarios, o vayan a cubrir las necesidades de los pacientes. En el quinto capítulo, presentamos el Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería como herramienta de gestión, desarrollada en Bélgica e implantada en algunos países europeos, siendo útil para medir los resultados en salud desde la perspectiva de los cuidados enfermeros, y ofreciéndonos una nueva orientación a la gestión sanitaria.

En el Marco Empírico, correspondiente al capítulo 6, se describe la metodología empleada en la investigación, los objetivos y la hipótesis de trabajo. También se explican las características de la muestra estudiada, el procedimiento seguido para la elaboración del estudio y las técnicas e instrumentos de medida más utilizados en el proceso, así como las herramientas empleadas para el análisis de los datos.

El tercer bloque de nuestra investigación se dedica a los resultados del estudio. En este 7º capítulo, la estadística nos facilita la comprensión de los resultados, con la medición de variables y presentación de las asociaciones más significativas entre estas.

En el siguiente apartado, formado por los capítulos 8º y 9º, presentamos la discusión de los resultados obtenidos, elaboramos las conclusiones del estudio y planteamos las limitaciones y propuestas para trabajos futuros.

Para finalizar el documento, exponemos las referencias bibliográficas y los anexos.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales facilita a los gestores clínicos mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios (SAS-ASANEC, 2005), asegurando por tanto la continuidad de los cuidados enfermeros.

1.1. Conceptualización

El concepto de continuidad asistencial se ha ido modificando y completando a lo largo del tiempo, desde que en la década de 1980 comenzó a destacar junto con otros términos como calidad o exhaustividad (Starfield, 1980).

Una de las definiciones más comunes que se manejan de este concepto es la que la considera como *“el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y su contexto personal”* (Reid, Haggerty, y McKendry, 2002).

Siguiendo en esta misma línea, la coordinación asistencial también se conoce como *“la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente”* (Starfield, 2002).

Posteriormente, se introdujeron varios conceptos operativos que deben integrarse en esta definición. La existencia de la identificación del responsable asistencial, la longitudinalidad del seguimiento a lo largo del tiempo, la flexibilidad para adaptarse a los cambios personales y sociales, y finalmente la información efectiva con el paciente, cuidadores y otros profesionales (Freeman, Olesen y Hjortdahl, 2003).

En la definición de coordinación asistencial se pueden identificar tres elementos básicos que son previos a la continuidad: la conexión de todos los servicios, la sincronización y el alcance de objetivos.

La conexión de todos los servicios se refiere a la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial, mediante el intercambio de información sobre los pacientes (Freeman, Olesen y Hjortdahl, 2003). La sincronización consiste en que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuado. El alcance de objetivos implica crear un plan de cuidados centrado en el paciente y elaborado por todos los profesionales para que no existan conflictos entre ellos (Lorenz, Mannsch y Gawinski, 1999).

La existencia de la continuidad precisa pues, de dos elementos que deben aparecer simultáneamente: que sea una atención mantenida a lo largo del tiempo y que sea percibida por parte del paciente (Haggerty et al., 2003).

1.2. Tipos

Se han identificado tres tipos de continuidad en la atención asistencial: de información, de relación, y de gestión (Tabla 3) (Reid, Haggerty y McKendry, 2002; Freeman et al., 2007). Cada uno de ellos puede estudiarse a partir de un episodio clínico concreto o partir de las percepciones generales de los usuarios (Parker, Corden, y Heaton, 2010).

1.2.1. La continuidad de información

La continuidad de información se refiere a la percepción del paciente sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información de episodios de hospitalización ocurridos con anterioridad, para ofrecer una atención apropiada a las necesidades actuales del paciente (Reid, Haggerty y McKendry, 2002). En este tipo, se distinguen dos dimensiones: la transferencia de la información y el conocimiento acumulado.

La transferencia de la información significa que el paciente percibe durante su asistencia, que los profesionales tienen acceso a la información de su estado de salud, acaecida con anterioridad. El conocimiento acumulado es la percepción del paciente de que el

profesional conoce sus valores, preferencias y su contexto social. Este conocimiento permite planificar el cuidado y tratamiento actual, de modo que sea más efectivo e individualizado (Reid, Haggerty y McKendry, 2002; Freeman et al., 2007).

1.2.2. La continuidad de relación

La continuidad de relación se define como la interacción de un paciente con un profesional sanitario a lo largo del tiempo (Reid, Haggerty y McKendry, 2002), desde el punto de vista del paciente (Starfield, 1980). Esto implica establecer dos dimensiones. Por un lado se constituye un vínculo entre el paciente y el profesional y por otro, debe haber una consistencia asistencial por parte de todo el personal.

La existencia de un vínculo entre el paciente y el profesional sanitario se caracteriza por la generación de responsabilidad y confianza entre el paciente y los diferentes profesionales que le atienden. La consistencia del personal presenta la necesidad de que el paciente sea atendido por los mismos profesionales, aun sabiendo que en la mayoría de las ocasiones y dada la dinámica asistencial, existen pocas posibilidades de establecer este tipo de relaciones, sobre todo cuando se trata de casos con enfermedades agudas (Reid, Haggerty y McKendry, 2000; Saultz, 2003; Freeman et al., 2007).

1.2.3. La continuidad de gestión

La continuidad de gestión consiste en la provisión de la atención sanitaria de manera coordinada a lo largo del tiempo, para que se complementen y se evite la duplicación (Reid, Haggerty y McKendry, 2002). Ello establece dos dimensiones: la consistencia del proceso y su flexibilidad.

La consistencia debe ofrecerse entre los objetivos, los cuidados y los tratamientos. Teniendo especial relevancia cuando el cuidado es realizado por diferentes profesionales.

La flexibilidad permite los cambios necesarios en los planes de cuidados de acuerdo a las necesidades y eventos que puedan presentar los pacientes, los ciclos de su vida y la evolución de la enfermedad (Reid, Haggerty y McKendry, 2002; Saultz, 2003; Freeman et al., 2007).

Tipo de continuidad	Características
La continuidad de información	Vínculo entre el paciente y el profesional sanitario
	Consistencia del personal
La continuidad de relación	Transferencia de la información
	Conocimiento acumulado
La continuidad de gestión	Consistencia de la atención
	Flexibilidad

Tabla 3: Tipos y características de la continuidad asistencial. Fuente: (Reid, Haggerty y McKendry, 2002).

1.3. Métodos e instrumentos que analizan la continuidad asistencial

Existe un marco teórico que analiza los distintos mecanismos de coordinación a partir de dos procesos básicos: la programación y la retroalimentación (Mintzberg, 2005; Galbraith, 1973).

Tomando como base este marco teórico Terraza y sus colaboradores (Terraza et al., 2006) propusieron una clasificación de los instrumentos para coordinar la asistencia entre los niveles asistenciales según el proceso en el que basan la coordinación de la atención: Instrumentos de coordinación entre niveles basados en la programación y los instrumentos de coordinación entre niveles basados en la retroalimentación.

Los instrumentos de coordinación basados en la programación tienen como mecanismo teórico de coordinación la normalización de habilidades y la normalización de procesos asistenciales. Los

instrumentos basados en la retroalimentación corresponden a los basados en la adaptación mutua.

1.3.1. Instrumentos de coordinación entre niveles basados en la programación

La coordinación de los niveles se ha basado en la normalización de las habilidades a través de los programas de formación reglada. Bajo este paradigma, se da la derivación y el sistema experto y la formación continuada, como instrumentos alternativos. La derivación es la manera tradicional de relación entre niveles, especialmente entre la atención primaria y la especializada. Como instrumentos alternativos, el sistema experto reúne aquellas estrategias que contribuyen a incrementar el conocimiento de los médicos de atención primaria, y la formación continuada está considerada como uno de los métodos más eficaces para cambiar la práctica médica, por ser personalizada, basada en las necesidades individuales de aprendizaje y requerir la participación activa del clínico (Grol, 2004).

En el grupo de instrumentos basados en la programación, también se encuentran los basados en la normalización de procesos asistenciales como son las guías de práctica clínica (GPC) y los mapas de atención.

Las guías de práctica clínica (GPC) *“son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas”* (Grifell, Carbonell y Infiesta, 2002).

Los mapas de atención o protocolos son *“planes multidisciplinarios de la atención en los que se fijan los objetivos para los pacientes y proporcionan la secuencia de las intervenciones que deben llevar a cabo los*

profesionales sanitarios para alcanzar los objetivos deseados en un tiempo determinado” (Campbell et al., 1998; Grifell, Carbonell y Infiesta, 2002).

1.3.2. Instrumentos de coordinación entre niveles basados en la retroalimentación

La adaptación mutua es uno de los mecanismos teóricos de coordinación basado en la retroalimentación, el cual incluye la comunicación informal, dispositivos de enlace y sistemas de información vertical.

La comunicación informal es utilizada para transferir información relevante del paciente entre profesionales o unidades. Para las situaciones más sencillas se recurre a diversas vías como el correo electrónico, el teléfono, reuniones informales, etc. En situaciones más complejas, se utilizan diversos dispositivos de enlace (grupos de trabajo, puestos de enlace, comités permanentes, directivos integradores, la estructura matricial) o los sistemas de información vertical.

Los dispositivos de enlace hacen referencia a profesionales sanitarios que poseen un conocimiento especializado y actúan como fuente de información central que orienta la comunicación y establece la coordinación entre diferentes unidades o niveles asistenciales (Shortell et al., 2000) . Existen diferentes ejemplos de puestos de enlace como pueden ser las enfermeras de enlace, los gestores de casos o los equipos multidisciplinarios de evaluación y soporte al hospital. Dispositivos como los comités permanentes, directivos integradores y las estructuras matriciales, suelen utilizarse en las organizaciones sanitarias para integrar funciones de dirección y de apoyo transversales para toda la organización (Henao-Martínez et al., 2008).

En cuanto a los sistemas de información vertical, consisten en añadir a los instrumentos de coordinación basados en la retroalimentación, el sistema de información vertical. La historia clínica y

los partes interconsulta han sido los instrumentos más utilizados para transmitir información de un nivel asistencial a otro (Galbraith, 1973).

1.4. La evaluación de la continuidad asistencial

El análisis de la coordinación asistencial se basa en la utilización de una combinación de indicadores que miden aspectos estructurales, de proceso y resultado de la coordinación entre niveles para garantizar la continuidad de información y de la gestión del paciente a lo largo del continuo asistencial (Terraza et al., 2006).

La coordinación de la información profesional se evalúa mediante la medición de tres indicadores (Tabla 4). La disponibilidad de mecanismos, que transfieren la información de un nivel asistencial a otro; el grado de accesibilidad de la información compartida y su adecuación; y el grado de utilización e interpretación de la información por un proveedor.

Dimensión de continuidad/ coordinación	Indicador
Información	Estructura:
	1. Transferencia de información. ¿Hay un mecanismo de transferencia de información de un nivel asistencial a otro? (Sí/No). Tiempo necesario para obtener información de la historia clínica de otro servicio.
	2. Adecuación de la información compartida: inventario de datos de derivación entre ámbitos (Referral Data Inventory [RDI]).
	3. Accesibilidad a la información compartida: porcentaje de servicios con acceso a la información adecuada sobre el paciente.
	Proceso:
	Porcentaje de servicios y profesionales que utilizan adecuadamente la información compartida.
Resultado:	
Porcentaje de pruebas solicitadas duplicadas innecesariamente sobre el total; porcentaje de pacientes con prescripción similar repetida por la atención primaria de salud y la atención especializada sobre el total de tratados; porcentaje de pacientes que presentan contraindicaciones con relevancia clínica prescrita por diferentes niveles asistenciales sobre el total de tratados.	

Tabla 4: Clasificación de indicadores referidos a la información, utilizados para analizar la coordinación asistencial. Fuente: Terraza et al., 2006.

La continuidad de la gestión se evalúa igualmente mediante la medición de tres indicadores (Tabla 5). La disponibilidad de mecanismos que permiten gestionar coordinadamente al paciente a lo largo del tiempo

(como son las guías de práctica clínica y los profesionales de enlace), y el grado de aplicabilidad que tienen los profesionales de ellos y su repercusión directa en el seguimiento del paciente; y el logro de los objetivos propuestos por los mecanismos de coordinación.

El análisis de la continuidad asistencial es un apartado poco desarrollado y suele centrarse en la coordinación asistencial, es decir en la perspectiva de los servicios, siendo escasos los estudios desde el punto de vista de la población usuaria (Baker, et al., 2007). Posteriormente se identificaron una serie de factores que influyen la percepción de los usuarios, entre los que destacan sus características y circunstancias personales, la manera en que la atención es administrada, las trayectorias seguidas en los servicios de salud, la estructura de los servicios de salud, las características de los profesionales y el contexto en el que se realiza la atención (Parker, Corden y Heaton, 2010).

En la actualidad, se ha diseñado en Catalunya un cuestionario (CCAENA) útil, válido y fiable para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de manera integral y desde la perspectiva de los usuarios. Su aplicación en una muestra mayor aportará información adicional acerca de sus propiedades psicométricas (Letelier et al., 2010). Con él se han identificado qué aspectos de la atención, principalmente referentes a la continuidad de información y gestión, requieren ser tenidos en cuenta, pues pueden estar actuando como barreras a la continuidad asistencial (Aller et al., 2010).

Dimensión de continuidad/ coordinación	Indicador
Gestión	Estructura:
	Gestión compartida del paciente: porcentaje de protocolos estandarizados o guías de práctica clínica de tratamiento compartidos con otras unidades operativas.
	Proceso:
	Adhesión a las guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, etc., consistencia de la atención a lo largo del tiempo: porcentaje de pacientes sobre los cuales se ha realizado la intervención recomendada sobre el total de diagnosticados.
	Seguimiento longitudinal del paciente después del alta: porcentaje de altas hospitalarias con relevo de otros dispositivos del continuo sobre el total de altas; tiempo transcurrido entre el alta y la visita de seguimiento del paciente; indicador de continuidad interepisodios (ICI)
	Resultado:
	Indicadores de resultados de salud finales vinculados a objetivos sanitarios de la guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, etc. Porcentaje de visitas repetidas por falta de resultados de las pruebas solicitadas sobre el total. Tasa de ingresos hospitalarios urgentes (no programados) dentro de los 28 días posteriores al alta previo con el mismo diagnóstico principal; tasa de reagudizaciones o descompensaciones atendidas en el centro de atención primaria o en servicio de urgencias del hospital; tasa de hospitalizaciones evitables estandarizada; porcentaje de pacientes con complicaciones por un control incorrecto

Tabla 5: Clasificación de indicadores referidos a la gestión, utilizados para analizar la coordinación asistencial. Fuente: Terraza et al., 2006.

1.5. Problemas que dificultan la coordinación asistencial entre niveles

El distanciamiento entre la atención primaria y la especializada repercute directamente en la creación de problemas de funcionamiento del sistema sanitario. La derivación inadecuada desde la atención primaria a la atención especializada como elemento desvinculante entre ambas, se debe a diversos factores detectados por un grupo de investigadores entre los médicos de atención primaria (Alonso et al., 2000).

Los factores relacionados con el paciente, la presión del enfermo, y los distintos fines que ésta persigue, constituyen el principal motivo de derivación inadecuada señalado por los médicos de AP. Siendo la influencia que ejercen sobre el paciente los medios de comunicación, otro aspecto muy debatido entre los profesionales sanitarios.

En segundo lugar, respecto a los factores atribuibles al sistema sanitario, destaca la presión asistencial.

El tercer grupo de factores son los relacionados con el médico de AP, donde la falta de formación constituye un motivo de derivación inadecuada.

Y en el cuarto grupo de factores, los dependientes del nivel especializado, la no derivación seguirá siendo una inadecuación de la actuación del médico, siempre que esté justificada la remisión al nivel especializado (Alonso et al., 2000).

Además, la descoordinación entre niveles asistenciales supone molestias para el paciente, desmotivación de los profesionales, un uso inadecuado de los recursos y, sobre todo, una merma de la continuidad y de la calidad asistencial (Jiménez y Torres, 2008).

1.6. Elementos favorecedores de la Continuidad de Cuidados

El Servicio Andaluz de Sanidad estableció como imprescindibles una serie de elementos que potencian la continuidad de los cuidados. Los modelos de organización de la práctica centrados en el paciente, la gestión de casos, el informe de continuidad de los cuidados y un registro que permita la continuidad de los cuidados, en el llamado cuaderno de continuidad de cuidados. En este documento se registra la información sobre los problemas de salud del paciente que necesita asistencia sanitaria en diferentes dispositivos sanitarios, debido a sus procesos crónicos y frecuencia de cuidados, al igual que los datos referidos a la persona encargada de su cuidado (SAS, 2004).

En los modelos de organización de la práctica centrados en el paciente, destacan las figuras de la Enfermera Referente en Atención Especializada y la Enfermera de Familia en Atención Primaria. En la gestión de Casos, es necesaria la Enfermera Comunitaria de Enlace en Atención Primaria y la Enfermera Hospitalaria de Enlace en Atención Especializada. Realizar un Informe de Continuidad de Cuidados y registrarlo correctamente (SAS-ASANEC, 2005).

Una vez descrito el marco teórico de la continuidad asistencial, continuamos con la presentación del Servicio Murciano de Salud, que consituye el contexto de este trabajo.

CAPÍTULO 2: EL SISTEMA SANITARIO EN LA REGIÓN DE MURCIA

La continuidad de los cuidados es posible gracias al sistema sanitario que tenemos implantado en el estado español. El cumplimiento de los objetivos marcados en relación a la calidad y la gestión sanitaria del Sistema Murciano de Salud es un hecho.

2.1. El Sistema Nacional de Salud

El modelo sanitario español, denominado Sistema Nacional de Salud, se estructura en España a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986. Basado en una red única, se caracteriza por tener un carácter público y universal. Define los derechos y los deberes de los ciudadanos y los poderes públicos, y favorece la descentralización, la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos a la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, cuya organización en áreas de salud impulsa el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).

Esta descentralización de las competencias sanitarias para todas las Comunidades Autónomas se produce a partir de la promulgación de la Ley de Cohesión de la calidad del Sistema Nacional de Salud, garantizando su cohesión y su calidad mediante un verdadero sistema de información sanitaria (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) y supone tener plenos poderes en cuanto a la planificación y asistencia, tanto de la gestión sanitaria como de la salud pública. Coordinada mediante el Consejo Interterritorial, un órgano creado por la propia LGS para evitar las fisuras en la cohesión del sistema sanitario, y presidida por el Ministerio de Sanidad y Política Social, antiguamente llamado Ministerio de Sanidad y Consumo.

2.2. El modelo de gestión sanitaria en la CCAA de Murcia

2.2.1. El Servicio Murciano de Salud

La ordenación del sistema sanitario público de la Región de Murcia comenzó con la creación del Servicio de Salud mediante la Ley 2/1990, de 5 de abril, en base a las competencias establecidas por el Estatuto de Autonomía. Estableciéndose en este mismo marco, el Plan de Salud que comprendía todas las acciones necesarias para cumplir los objetivos de salud.

Cuatro años después se estructuró el sistema sanitario, basado en dos grandes organismos que continúan hoy vigentes. Por un lado, la Consejería de Sanidad y Consumo asumió la responsabilidad de la planificación de la actividad sanitaria, y por otro, el Servicio Murciano de Salud, que se encargó de la gestión y la prestación de la asistencia sanitaria (Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia).

Conforme a la evolución nacional que estaban teniendo el resto de la comunidades en materia de salud, se hizo el traspaso de las competencias sanitarias de la Administración del Estado a la Comunidad de Murcia a través del Real Decreto 1.474/2001, de 27 de diciembre sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Una vez que se aceptó la transferencia, haciéndose cargo de todas las funciones y servicios, era necesario organizarse. Establecieron en primer lugar los Centros Directivos del Servicio Murciano de Salud, reorganizando la estructura existente hasta el momento (Decreto número 79/2003, de 11 de julio), y después establecieron la estructura de los órganos del Servicio Murciano de Salud (Decreto nº 106/2004, de 22 de octubre).

Pero las reformas de gestión de los servicios sanitarios no terminaron ahí. Se detectó que la planificación de los recursos humanos era indispensable para asegurar la calidad en la prestación de servicios.

En este sentido, la Ley de personal estatutario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, siguiendo en paralelo a la Ley del Estatuto Marco (LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud) y a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LEY 44/2003, de 21 de noviembre), aprobó la Ley del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud (Ley 5/2001, 5 diciembre), regulando la ordenación de los recursos humanos, las plantillas y el registro del personal sanitario en sus actividades funcionariales (derechos, deberes, promoción, carrera administrativa, movilidad, sistema retributivo, jornada laboral y descansos).

Los cargos directivos constituyentes del servicio murciano de salud se designaron en función de la legislación vigente. El Decreto nº 155/2007, de 6 de julio, estableció los Órganos Directivos del Servicio Murciano de Salud, junto al Decreto nº 327/2008, de 3 de octubre, que hizo lo propio con los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y Consumo.

El organigrama de la Consejería de Sanidad y Política Social/ Servicio Murciano de Salud queda estructurado tal y como se presenta en la siguiente imagen (Imagen 1), según las últimas estructuraciones realizadas en verano de 2011 (Decreto nº 146/2011, de 8 de julio, del Consejo de Gobierno).

La división de enfermería a nivel hospitalario depende del director de Enfermería, quien a su vez depende directamente del director gerente, contándose entre sus funciones las de dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las distintas unidades, promocionar y evaluar la calidad asistencial, docente e investigadora y asumir las delegaciones del gerente, además de, por supuesto, dirigir al colectivo enfermero asumiendo la responsabilidad de conseguir los objetivos del hospital de forma eficiente y eficaz con los medios adjudicados (REAL DECRETO 521/1987, de 15 de abril).

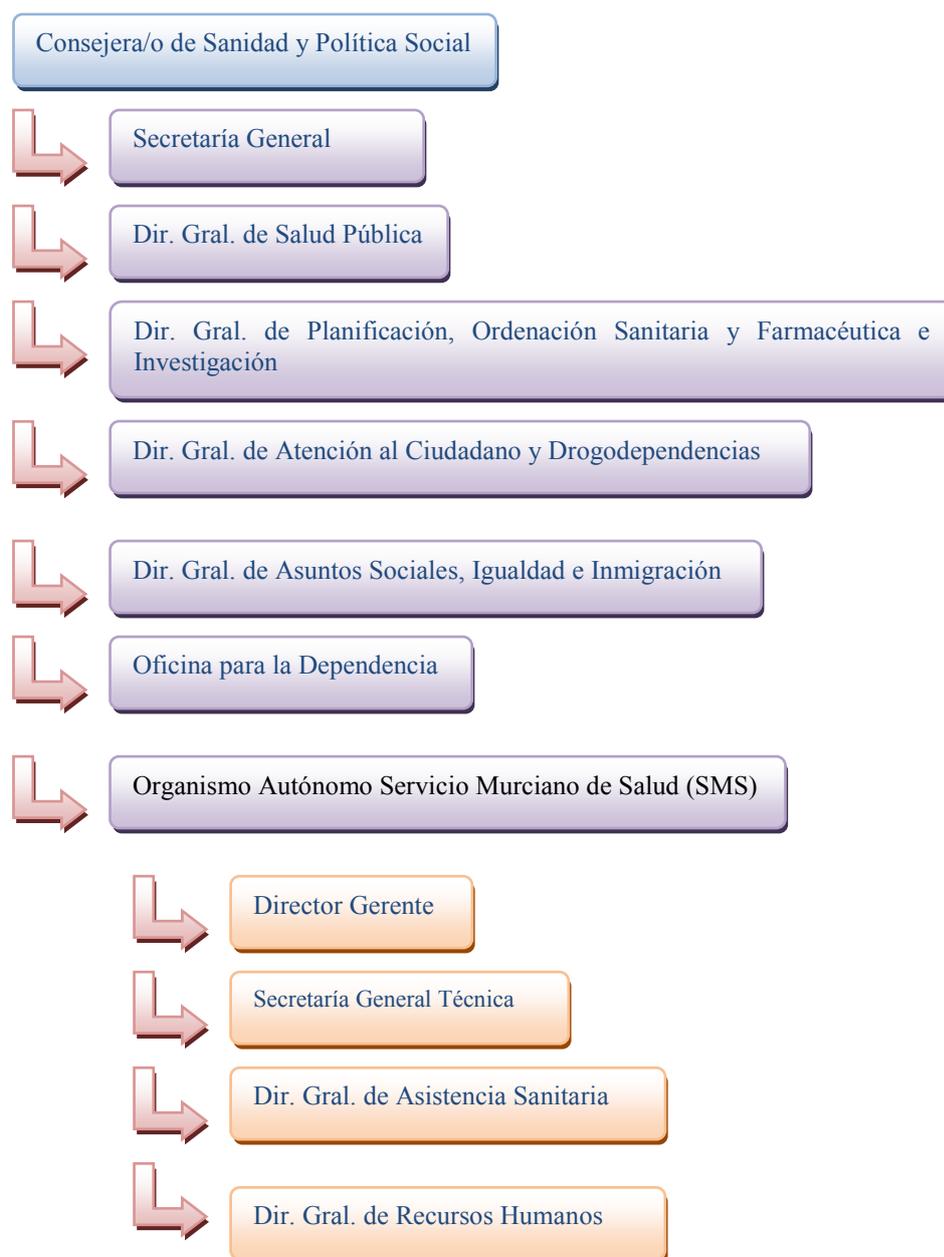


Figura 1: Organigrama de la Consejería de Sanidad y Política Social/ Servicio Murciano de Salud. Fuente: (SMS, 2011a).

Continuando la línea de mejora de los servicios sanitarios en la Región de Murcia desde que se asumieron las competencias en materia de salud, la Consejería de Sanidad determinó para los años 2005-2010, las Estrategias de Desarrollo Sostenible de la Sanidad. Estas estrategias se relacionan con los ciudadanos, con la sociedad, con los profesionales, con la sostenibilidad del sistema sanitario, con la calidad, con los sistemas de

información, con la tecnología y con el desarrollo corporativo (Consejería de Sanidad de Murcia, 2006).

En concreto, siete son las estrategias sostenibles vinculadas con los profesionales sanitarios (Tabla 6), de las que se han desarrollado treinta líneas de actuación.

Estrategias sostenibles propuestas, vinculadas con los profesionales sanitarios	
Área	Definición
Atención a los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la planificación y gestión de los RR.HH. - Prevenir los riesgos de los profesionales mejorando la seguridad y la salud laboral
Desarrollo profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la satisfacción de los profesionales, promover su implicación con el trabajo. - Definir y desplegar una política para conseguir que la función de liderazgo de mandos intermedios y directivos se adecue al estilo de las organizaciones modernas, en consonancia con los principios del modelo europeo de calidad
Formación Continuada	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el desarrollo de estructuras para la gestión y mejora de la calidad de la formación continuada de los profesionales. - Desarrollar un Plan Integral de Formación para conseguir que las competencias de los profesionales respondan a las necesidades presentes y futuras de la Consejería de Sanidad.
Gestión Clínica	Impulsar el desarrollo de Unidades de Gestión Clínica

Tabla 6: Estrategias sostenibles de sanidad propuestas en la Región de Murcia, relacionadas con los profesionales sanitarios. Fuente: Consejería de Sanidad de Murcia, 2006.

2.2.2. Las gerencias únicas

La continuidad asistencial adquiere su nivel máximo con la puesta en marcha del proyecto “Gerencia Única”, a partir de enero de 2010. Las gerencias únicas suponen la simplificación de las estructuras de gestión, teniendo como objetivo fundamental la atención integral de las necesidades de salud de los ciudadanos. Considerar la atención del paciente como un proceso longitudinal sin compartimentos y con una oferta asistencial integrada, viene definida por la desaparición de las barreras entre Atención Primaria y Atención Especializada. Esta gestión integrada del Área de Salud es una de las innovaciones más recientes por las que apuesta el Servicio Murciano de Salud (Murcia Salud, 2011).

Las áreas de salud son consideradas entonces, como estructuras fundamentales del sistema sanitario y unidades geográficas que engloban todos los recursos sanitarios. Sólo se precisa de un hospital de referencia para hacerse cargo de los recursos de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, lo que ha supuesto un aumento de las áreas existentes, pasando de seis a las nueve actuales (SMS, 2011).

El pilotaje comenzó en las áreas de salud de Yecla primero y Lorca después, llegando pronto al resto de las áreas. En enero de 2011 comenzaron a funcionar las seis nuevas áreas de Salud (Murcia Oeste, Cartagena, Vega Media del Segura, Murcia Este, Mar Menor y Vega Alta del Segura) que completan el mapa sanitario de la Región, integrándose bajo una misma gerencia los dispositivos de Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Mental (Imagen 2). Las Áreas de Salud del Mapa Sanitario de la Región de Murcia y sus hospitales de referencia, vienen recogidos en el Anexo 1 de la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa sanitario de la Región de Murcia (BORM, 2009).

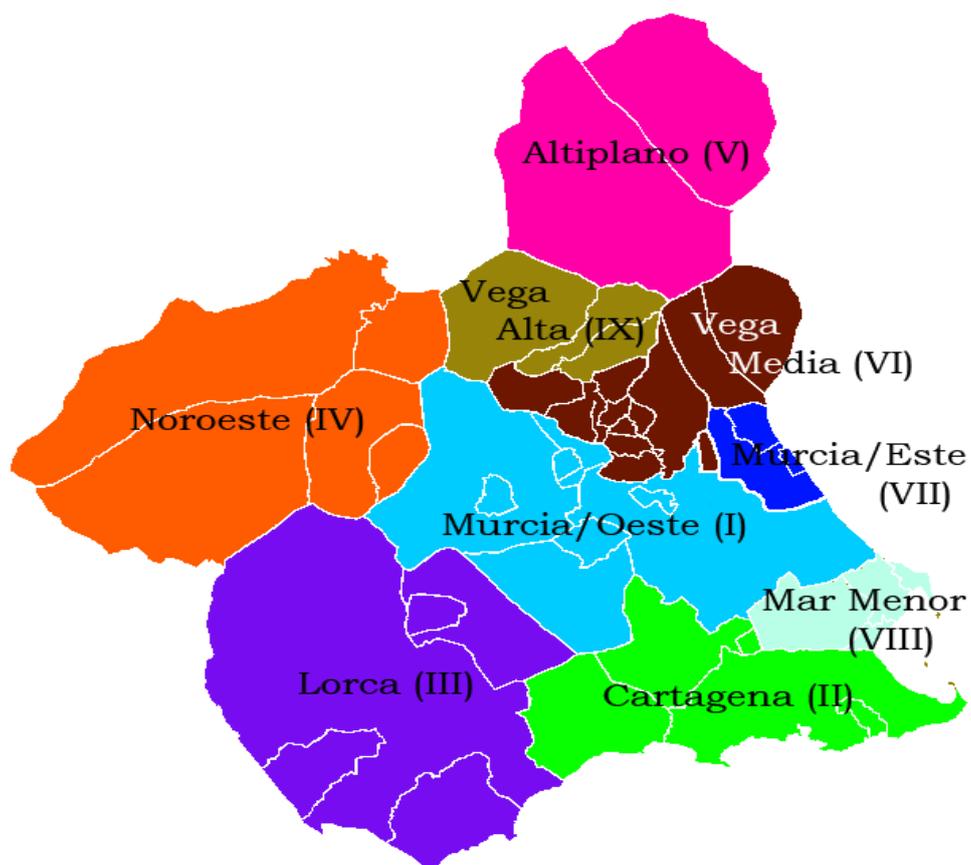


Figura 2: Áreas de salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

2.2.3. El mapa sanitario

Los centros sanitarios de la Región de Murcia, distribuidos en nueve gerencias conocidas como áreas de salud (Tabla 7), disponen del hospital de referencia, que centraliza la gestión tanto del propio hospital como de los centros de atención primaria, centros de especialidades y consultorios incluidos en la zona geográfica correspondiente. Además de la unificación en la gestión de los niveles asistenciales, se consigue así aumentar la coordinación asistencial y la mejora de la eficiencia.

GERENCIA	HOSPITAL DE REFERENCIA
Área de Salud I: Murcia/Oeste	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Área de Salud II: Cartagena	Hospital General Universitario Santa Lucía. Antiguo Hospital General Universitario Santa María del Rosell
Área de Salud III: Lorca	Hospital Rafael Méndez
Área de Salud IV: Noroeste	Hospital Comarcal del Noroeste
Área de Salud V: Altiplano	Hospital Virgen del Castillo
Área de Salud VI: Vega Media del Segura	Hospital General Universitario Morales Meseguer
Área de Salud VII: Murcia/Este	Hospital General Universitario Reina Sofía
Área de Salud VIII: Mar Menor	Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor
Área de Salud IX: Vega Alta del Segura	Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

Tabla 7: Distribución relacionada de áreas y centro hospitalario

El nuevo modelo de Gerencia de Área se implantó en la Región de Murcia a principios de 2010. Un año después, es un hecho que, si bien este proyecto tiene un recorrido a largo plazo, los indicadores intermedios reflejan un resultado positivo y prometedor (Arboleda, 2011).

2.2.4. El Plan Estratégico de la Región de Murcia

El Plan Estratégico de la Región de Murcia 2007-2013 recoge los objetivos estratégicos para la Región en ese periodo de tiempo.

El cuarto objetivo estratégico se llama “Objetivo y Estrategia Regional para la Cohesión y Bienestar Social”. En él se detallan las bases y las recomendaciones que afectan de forma más directa al Sistema Sanitario Público, y se propone que para ese intervalo de años se alcance una mayor y mejor prestación de servicios sanitarios en la Región.

Consolidar la relación entre el sistema educativo y la cohesión social, fortalecer y modernizar el sistema sanitario, organizar la atención a personas con dependencia, potenciar otros servicios sociales, mejorar la

calidad de vida y realizar actuaciones especiales sobre el colectivo de inmigrantes para facilitar su integración social y laboral, son los objetivos intermedios que se establecen en este Plan Estratégico, relacionados con el cuarto objetivo.

Con respecto a la gestión de la calidad en las Instituciones sanitarias de la Región de Murcia, esta es responsabilidad del Programa EMCA (Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial). Este Programa se gestó en el año 1994, gracias a un convenio entre la Consejería de Sanidad y Política Social y la Universidad de Murcia, en el marco del Plan de Salud 1993-1996 y desde entonces lleva a cabo todo tipo de actividades de evaluación y mejora de la calidad interna y externa en el sistema murciano de salud, basándose en la formación, el asesoramiento y la investigación (EMCA, 2011).

En la Región de Murcia se crea en el año 2004 una fundación pública sin ánimo de lucro con la finalidad de organizar, coordinar, fomentar y gestionar la formación e investigación sanitarias de la Comunidad. La misión de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS) se centra en fomentar y gestionar las actividades de formación de los profesionales relacionados con el mundo de la salud y sociosanitario, junto con otros objetivos vinculados a la formación e investigación (FFIS de la Región de Murcia, 2011).

Esta Fundación y la Universidad de Murcia tienen firmado un convenio de colaboración para desarrollar formación e investigación en Ciencias de la Salud, que permitirá reforzar y potenciar esta colaboración y facilitar el desarrollo de las políticas de formación e investigación que se vienen desarrollando en la Región de Murcia.

2.2.5. El Contrato de Gestión

La Gerencia del Servicio Murciano de Salud emplea anualmente “el contrato de gestión” como herramienta para trasladar a sus centros, de

forma descentralizada, las líneas estratégicas de la política sanitaria regional y los objetivos, tanto institucionales como estratégicos, para los ámbitos asistenciales de calidad, de gestión de recursos, de formación e investigación y de gestión económica (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010).

Cada año, este contrato de gestión es suscrito por el director gerente del SMS y los directores de los centros directivos que componen la estructura del Servicio Regional de Salud, que trasladan los objetivos institucionales a los esquemas de gestión de las gerencias (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010).

Ya se han realizado numerosos contratos de gestión. Los correspondientes a los años 2005, 2006 y 2007, se sustentaron en un documento denominado Marco de Gestión 2005-2007, el cual marcó las líneas estratégicas teniendo como referente fundamental el tercer Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007. Ese mismo documento se vinculaba explícitamente a las Estrategias para el desarrollo sostenible de la Sanidad murciana para el año 2010 (Consejería de Sanidad de Murcia, 2006).

En la firma de los contratos de gestión de 2010, Sanidad planteó un nuevo sistema de gestión basado en la mejora de la continuidad asistencial entre el Servicio Murciano de Salud (SMS), las nueve gerencias de las áreas de Salud de la Región, del 061 y del Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Esto ha supuesto desarrollar hasta 22 líneas estratégicas, para lo que se han creado grupos de trabajo específicos (el grupo de los de ingresos hospitalarios evitables, de utilización de pruebas diagnósticas, de continuidad, así como los grupos para promover el uso racional de los medicamentos, para controlar y reducir las esperas y de continuidad para Salud Mental) (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010).

Las líneas estratégicas de los contratos de gestión de 2011 se rigen por los objetivos concretados en el Plan de Salud Regional 2010-2015 y

por los criterios de excelencia del Modelo EFQM(Consejería de Sanidad y Consumo, 2011).

El Plan de Salud de la Región 2010-2015 se encuentra en plena ejecución. Recoge las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde el propio compromiso personal de la población, para mejorar el nivel de la salud y la calidad de vida de la población de la Región de Murcia (Consejería de Sanidad y Consumo, 2010).

El Modelo Europeo de Excelencia en la Gestión (EFQM: European Foundation for Quality Management) debe adecuarse a las directrices de la política asistencial: la medicina basada en la evidencia (MBE), la calidad científico-técnica y la calidad percibida. Basado en el concepto de Calidad Total busca la satisfacción de los usuarios, de los profesionales, de los financiadores y de la sociedad en general. En la Región de Murcia, se han descrito también estrategias sostenibles en salud relacionadas con la calidad asistencial, determinando diversas líneas de actuación en el marco de la Calidad Total (Consejería de Sanidad de Murcia, 2006).

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia trata de compartir todos los recursos disponibles de una forma eficiente, para lograr la excelencia a través de unidades de gestión clínica y por procesos, facilitando la continuidad asistencial y situando al paciente como eje del sistema (Consejería de Sanidad y Consumo, 2011).

2.2.6. La Historia Clínica Electrónica (SELENE) y los Sistemas de Información

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia siendo coherente con su modelo de gestión y como apoyo a los procesos asistenciales, debía apostar por el empleo de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). El Plan Director de Sistemas de Información del Servicio Murciano de Salud (PDSIS) fue la apuesta clara de la Consejería de Sanidad (2003) por la inversión e implantación de los Sistemas de Información. Se

sustenta en la integración de todas las aplicaciones informáticas, incorporando soluciones para los procesos asistenciales en Atención Primaria y Especializada (historia clínica electrónica), soluciones departamentales, sistemas de gestión de pacientes, apoyo a la gestión de los centros (RRHH y gestión económica) y el cuadro de Mando Integral Total (Consejería de Sanidad de Murcia, 2006).

Una de las líneas estratégicas del PDSIS fue la configuración de una plataforma de servicios, conocida como Murcia Salud, que contempla diferentes servicios de apoyo logístico a los profesionales desde el punto de vista de la documentación y biblioteconomía sanitaria (SMS, 2011). La otra línea consistía en la informatización de toda la red sanitaria, que permitiese extender el uso de la Historia Clínica Electrónica en el Servicio Murciano de Salud.

Se han realizado también labores de Reingeniería de procesos de los circuitos de trabajo hospitalarios existentes. En concreto identificando mejoras de la calidad asistencial, consensuándolas a través de grupos formalizados de trabajo y llevándolas a la práctica en los nuevos circuitos diseñados.

De este modo, se configura la Historia Clínica Electrónica, mediante el Programa SELENE, como una herramienta asistencial, una herramienta de gestión clínico administrativa y una herramienta de gestión sanitaria (Sánchez y Reigosa, 2006).

A su vez, el modelo OMI-LAB es el nuevo modelo informático para gestionar los análisis clínicos en los centros de Atención Primaria. Se presentó en Cartagena en julio de 2008, habiendo sido probado en seis centros de salud del área de Cartagena y en el Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital de Santa María del Rosell. Instalado ya en toda la red asistencial de Atención Primaria de la Región (Consejería de Sanidad, 2008).

A mediados del año 2009, Murcia se incorporaba como piloto, junto con Baleares y la Comunidad Valenciana, al proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. En concreto están inmersos desde sus orígenes los nuevos hospitales de Santa Lucía (Cartagena) y Los Arcos (Mar Menor), dos centros en los que el equipo directivo pretende que sus procesos asistenciales se realicen digitalmente (Computerworld, 2011).

El 2011 es un año de consolidación de proyectos ya arrancados. La práctica totalidad de los equipos de Atención Primaria disponen ya de historia clínica electrónica, y en el ámbito hospitalario continuará la implantación del sistema informático.

La extensión del uso de la Historia Clínica Electrónica supone para los gestores la elaboración y puesta en práctica de un Plan estratégico de formación en el manejo de la historia clínica electrónica y el desarrollo de un sistema de evaluación que mida la cantidad y calidad de uso, identificando los puntos débiles y su localización (Computerworld, 2011).

2.2.7. La continuidad asistencial en el Servicio Murciano de Salud

En Murcia siempre teniendo en cuenta las necesidades de atención a los ciudadanos, se han desarrollado las nuevas gerencias de área y ha evolucionado el Plan director de Sistemas de Información, que permite la historia clínica electrónica compartida. Todo con el fin de lograr la continuidad de los cuidados de los pacientes.

El Informe de continuidad de los cuidados ha generado debate en cuanto a decidir a qué pacientes medicoquirúrgicos era necesario aplicarlo antes de abandonar el Hospital. En el área V (Yecla), tan solo se expidieron 234 informes sobre un total de 676 altas, consituyendo un 35%. De los cuales el 59,4% correspondieron al área médica y el 40,5% a la quirúrgica, siendo Urología (57%) la unidad con más informes (Castillo, Pitarch y García, 2007). Su eficacia entre los servicios de urgencias y los centros de salud de Murcia fue valorada durante el año 2008, llegando a

la conclusión de que mejorar los cuidados, permite y facilita la comunicación entre profesionales y minimiza la demanda de utilización del centro de salud (Gómez et al., 2009).

Ese mismo año, en la unidad de Psiquiatría del HGU Morales Meseguer, de las 15.102 altas médicas, tan solo redactaron 420 informes (2,8% de los pacientes). Siendo conscientes de la mejora de estos datos para mantener la continuidad de cuidados de estos pacientes en los centros de salud mental (Leal et al., 2009).

El Informe de continuidad de los cuidados también se somete a revisión y evaluación para mejorar su calidad. En Murcia, concretamente en el HGU Virgen de la Arrixaca desde el año 2008, la Unidad de Puerperas lo emite. Inicialmente se enviaba a la Gerencia de AP y luego ésta lo remitía a la matrona de la zona correspondiente, cumplimentándose entre el 85 y el 100%. Este sistema fue revisado, y se detectaron deficiencias concretas para aumentar la eficacia y la calidad de dicho informe (García et al., 2009). La unidad de traumatología lo valoró consecutivamente durante los años 2007 y 2008, localizando las deficiencias; después implantaron mejoras durante unos meses, las monitorizaron y obtuvieron unos estándares adecuados de calidad (Alfaro et al., 2009).

El Servicio de Coordinación de Asistencia Especializada de la Comunidad Autónoma de Murcia se encarga entre otras funciones, del seguimiento de los acuerdos adoptados en el seno de la Comisión de Coordinación Primaria - Especializada con la finalidad de lograr la continuidad del proceso asistencial, de la supervisión de la aplicación de los servicios que se ofertan a la población, proponiendo las adaptaciones para el cumplimiento de los objetivos pactados; y de proponer a la Subdirección General de Asistencia Especializada, los planes de ordenación en el ámbito de su competencia que mejoren la calidad y eficiencia de la asistencia prestada (CARM, 2011).

Pero todavía nos queda por presentar en este estudio todas las estrategias empleadas por la gestión sanitaria para mantener la continuidad de los cuidados. En el capítulo siguiente, desarrollamos todas aquellas estrategias vinculadas con la satisfacción de los profesionales sanitarios enfermeros, relacionándolas en todo momento con lo que ocurre en la Región de Murcia.

CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS DE GESTIÓN PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS CENTRADAS EN LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL

Las organizaciones sanitarias requieren de diversas estrategias para asegurar la continuidad de los cuidados. Agrupadas según a quién se dirijan, se dividen en dos grandes bloques, las enfocadas a las enfermeras para satisfacer sus responsabilidades profesionales y las relacionadas con las necesidades de los cuidados de los pacientes (Martínez y Sanjuán, 2009). Pasamos a continuación a describirlas, relacionándolas en todo momento con el desarrollo que tienen en la Región de Murcia.

Medidas orientadas hacia la satisfacción profesional:

En primer lugar abordaremos la formación profesional enfermera, presentando un análisis diacrónico de su evolución académica y acontecimientos curriculares derivados de su desarrollo académico, (Tabla 8), para seguir con la participación de enfermería en la planificación y la toma de decisiones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias, fundamentándonos en la aplicación del Proceso Administrativo y el Proceso de Atención de Enfermería, los sistemas de información de las historias clínicas, la valoración interdisciplinaria el trabajo interdisciplinario mediante protocolos, la estandarización de los cuidados, la provisión de servicios, el seguimiento y la retroalimentación profesional y el Informe de Enfermería al Alta. Todas ellas, consideradas estrategias centradas en la satisfacción profesional.

AÑO	ACONTECIMIENTO
1977- 1980:	Inclusión de Enfermería en la Universidad
	Metodología de Enfermería: el PAE
	Investigación empírica
1980- 1990:	Hojas de Enfermería: Hoja de gráficos de constantes vitales y registros de Enfermería, aprobadas por las Comisiones de Documentación e Investigación y se incluyen definitivamente en la Historia Clínica.
1990- 2000:	Nuevos Planes de Estudio (R.D. nov. 1987)
	Historia de Enfermería en Programas de Salud: Registros del PAE. Valoración de enfermería, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.
	Investigación en Enfermería
	Título Propio Enfermería (Univesidad de Alicante, Almería, Huelva, Rovira y Virgili y la Universidad Internacional de Catalunya, 1998)
2000 – 2006:	Título Propio/ Segundo Ciclo de Enfermería: Título Superior (Resto de Universidades Españolas)
	Informe de Alta de Enfermería
	Licenciatura en Ciencias de la Salud
2007:	Máster en Ciencias de la Enfermería
2010:	Grado, Postgrado y Doctorado
2011:	Facultades de Enfermería

Tabla 8: Desarrollo académico de la formación en Enfermería. Adaptado de (García et al., 2009)

3.1. La formación universitaria en Enfermería y la posterior formación continuada

La historia nos ha permitido vivir la reforma universitaria, iniciándose el proceso de construcción del nuevo Espacio Europeo de Educación Superior con la Declaración de La Sorbona (1998), que se consolidó y amplió con la Declaración de Bolonia (1999) y terminó de definirse con el Comunicado de Praga (2001), donde se promovió la convergencia de los distintos sistemas educativos europeos hacia la adopción de un modelo de titulaciones con dos niveles, el grado (permite la orientación profesional) y el postgrado (conduce a la obtención de otros títulos superiores, tipo master y doctor); la transformación a un sistema de créditos (European Transfer System: ECTS) que permita su acumulación y transferencia europea y la promoción de la movilidad

académica en Europa, mejorando la calidad de las instituciones (Ministerio de Educación, 2011).

Ante la nueva situación continental, en la que la Unión Europea se ha transformado en un espacio de convergencia de la Educación Superior, el Sistema Universitario Español se ha visto forzado a llevar a cabo una larga y dificultosa reforma de sus planes de estudios, que se inició a partir del 2003 con el fin de cumplir con todos los requisitos dentro de los plazos establecidos (2010) (Ministerio de Educación, 2011). Pero modificar los planes de estudio, no solo ha afectado a la comunidad universitaria, sino que además se ha tenido que elaborar simultáneamente una nueva legislación universitaria española que sirviera de marco legal (Anexo 1).

En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia, el primer plan de estudios fue aprobado en Junta de Gobierno de la Universidad de Murcia el 17 de Julio de 1991 y homologado el 29 de septiembre de 1992 (Resolución de 26 de abril de 1994). Se mantuvo en vigor hasta que se produjeron modificaciones que se aprobaron en la Junta de Gobierno de la Universidad de Murcia el 12 de junio de 1997, donde se inició el denominado plan 2. Dos años más tarde, volvió a producirse otro cambio en el plan de estudios (Plan 3), aprobándose en Junta de Gobierno de la Universidad de Murcia el 9 de Julio de 1999 (Anexo 2).

Mediante “El Proyecto Tuning 2000-2004” realizado por y para las universidades, se pretendió adaptar los programas educativos sobre la base de la diversidad y la autonomía (González y Wagenaar, 2003). En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia, se obtuvo la opinión del alumnado del documento de Convergencia Europea con respecto a la Diplomatura de Enfermería, donde contrariamente a lo que se podía pensar, los estudiantes no rechazaron los contenidos del nuevo documento, sino que opinaron de forma constructiva (López et al, 2004).

El resto de las escuelas de enfermería españolas también han remodelado sus planes de estudios y entre todas han unificado los criterios relacionados con las habilidades y competencias que el

estudiante de enfermería debe adquirir (Maciá y Moncho, 2003; Fernández, 2003). Circunstancialmente, estos acontecimientos han tenido lugar mientras transcurría el pleno desarrollo universitario de la disciplina, destacando el esfuerzo de las direcciones de las Escuelas de Enfermería de la Universidad de Alicante, de la Universidad de Almería, de la Universidad de Huelva, de la Universidad Internacional de Catalunya y la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, dirigido a lograr la evolución desde la Diplomatura, pasando por el Título Propio (Segundo Ciclo), hasta llegar al Máster en Ciencias de la Enfermería (RESOLUCIÓN de 22 de junio de 2006) y el doctorado (Zabalegui et al., 2010). Este logro ha contribuido a la transformación de las Escuelas de Enfermería en Facultades de Enfermería, exigida por la nueva normativa de los Estudios Europeos de Educación Superior (Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre). Como por ejemplo ha ocurrido en la Universidad de Alicante (DECRETO 52/2011, de 13 de mayo, del Consell) y en la Universidad de Murcia (UMU) por acuerdo de Junta de Centro de la Escuela de Enfermería, celebrada en Sesión Ordinaria el 29 de octubre de 2009, donde se aprueba la propuesta de denominación del Centro para los estudios de Grado, como Facultad de Enfermería de la UMU, tras aceptarse después en Junta de Gobierno de la UMU, siendo publicada en el BORM del 3 de agosto de 2011 (Decreto nº 233/2010, de 30 de julio).

Por competencia entendemos *“el conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para desempeñar con éxito un puesto de trabajo”* (Ayuso y Rodolfo, 2006), donde se mezclan el saber, con el querer hacer, con el ser capaz de hacer y con la necesidad de mejorar y garantizar el desarrollo profesional. El proceso de formación integral por competencias implica asumir la individualidad desde la colectividad (Fernández, 2003) reflejándose en los comportamientos que optimizan la calidad de las prestaciones de salud. Así las competencias profesionales quedan definidas como *“el conjunto de elementos combinados e interrelacionados entre sí (conocimientos, habilidades, actitudes y saberes), que se fusionan o integran produciendo propiedades nuevas emergentes (competencias en acción), atendiendo a una serie de atributos personales*

(capacidades, motivos, aptitudes, actitudes, autoconcepto, valores y rasgos de personalidad, propiedades personales, características de la personalidad, recursos individuales), fundamentados o tomados de referencia de las expresiones personales y profesionales, que se manifiestan en la acción profesional, mediante determinadas conductas, comportamientos en el contexto de la práctica” (Fernández, 2007).

El Grado de Enfermería en Murcia (Anexo 3) está orientado a la obtención por parte del estudiante de los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho constitucional de la protección de la salud y la atención sanitaria de todos los ciudadanos (Constitución Española, 1978) y, al mismo tiempo, dar cumplimiento a las leyes nacionales e internacionales vigentes y a las características de la profesión enfermera (AAVV, 2010). Todos los requisitos de los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos de Grado que se habilitan para el ejercicio de la profesión de enfermera y las capacidades que los estudiantes deben adquirir como futuros profesionales (Anexo 4), vienen recogidos en la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio (Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio).

Una de las principales preocupaciones pedagógicas del profesorado en enfermería es la relación existente entre la teoría y la práctica (Medina, 2005), porque en los centros sanitarios, como lugares complejos de conjunción que son, confluyen diariamente los discursos teóricos del estudiante de enfermería o del recién titulado, con los discursos experienciales de las enfermeras profesionales (Ferrer, Medina y Lloret, 2003). La incomunicación producida se debe a la poca utilidad que pueden tener los conceptos y las teorías presentadas en la universidad, para las habilidades y competencias que la práctica profesional requiere (Medina, 1999), llegando al extremo de que las propias enfermeras están manifestando cada vez más estas discrepancias (Medina y Castillo, 2006). Es una realidad que las innovaciones curriculares, resultado de la Declaración de Bolonia, han impulsado una nueva cultura docente y de aprendizaje orientada hacia la demanda social de la disciplina enfermera,

solventando así esa línea divisoria que hasta ese momento dificultaba la cohesión entre docencia-aprendizaje y realidad asistencial.

Tras la formación universitaria en Enfermería, la formación continua representa una de las principales estrategias de gestión en las organizaciones sanitarias para la mejora de la calidad de la asistencia ofertada. Y cubrir esta área no es tarea fácil.

En este sentido, en la Región de Murcia se inició en 2006 un proyecto formativo cooperativo llamado Programa Estratégico Común de Formación Continuada Sanitaria (PEC). Promovido por la Consejería de Sanidad y Consumo, desde el Servicio Murciano de Salud (SMS), coordinado por la Dirección General de Planificación, Ordenación sanitaria y farmacéutica e Investigación y la Dirección General de Recursos Humanos del SMS y gestionado por Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS).

Durante el año 2010 este PEC continuó consolidándose como un Plan de Formación Continuada Sanitaria muy accesible, dando respuesta a las necesidades formativas del personal del sistema sanitario murciano y atendiendo a las prioridades estratégicas de la organización sanitaria (FFIS de la RM, 2010).

Datos del FFIS revelan que entre mayo de 2006 y julio de 2010 se inscribieron 25.678 personas, en las diferentes acciones formativas ofertadas donde Enfermería fue el colectivo más demandante de formación representado por un 25%, triplicándose la participación de alumnos en 2010, en comparación al año 2009 (Tabla 9).

	PEC 2007	PEC 2008	PEC 2009	PEC 2010
Nº cursos	91 + 1 residentes	142	147	150
Nº ediciones	135 + 4 residentes	258	314	268
Ediciones suspendidas	55 (28,64%)	28 (10,85%)	70 (22,3%)	70 (26,11%)
Nº destinatarios	3.065	5.066	7.739	11.805
Nº inscritos	4.004	6.248	6.414	16.459
Nº matriculados	3.371	4.662	4.840	14.735
Asistencia al 90%	68%	80%	63%	62%
Evaluación del curso (satisfacción)	4,35 (Rango de 1 a 5)	4,25 (Rango de 1 a 5)	4,26 (Rango de 1 a 5)	4,31 (Rango de 1 a 5)
Nº horas	2.540	4.014	4.699	4.079

Tabla 9: Datos globales de desarrollo sucesivo 2007, 2008, 2009, 2010. Fuente: (FFIS de la RM, 2010).

3.2. La planificación y la toma de decisiones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias

3.2.1. El Proceso Administrativo

La gestión es el proceso dirigido a conseguir que un trabajo sea realizado a través de otros e incluye las funciones de Planificación, Organización, Dirección y Recursos Humanos, Control y Evaluación (Lamata, 1998). Estas etapas constituyen lo que se conoce como Proceso Administrativo, aplicados a los servicios de Enfermería.

Administrar puede definirse como *“la forma de actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados”* (Rodríguez, 2003). El proceso de administrar conlleva un orden y pretende conseguir que un trabajo sea realizado a través de otros.

3.2.1.1. Planificación

La planificación permite a los gestores analizar la situación del sistema sanitario, prever sus necesidades y su evolución.

Estudian los factores externos e internos, identifican los problemas actuales y previsibles y los ordenan según la prioridad de intervención.

Después elaboran estrategias, metas y objetivos que se adecuan a la realidad para resolver los problemas, definir instrumentos de evaluación y generar propuestas de mejora. Por lo que la etapa de planificación y evaluación son inseparables (Pineault, 1994).

3.2.1.2. La Organización

La Organización vuelve a ser un proceso con etapas. Los gestores deben realizar primero una estructuración de los recursos materiales y humanos, para después elaborar políticas, normas, procesos, protocolos y guías de actuación y conseguir la sistematización. Por último, instalan todos los recursos y determinan la plantilla de personal, los horarios de trabajo y la distribución y coordinación de actividades y recursos (Asenjo, 2006).

3.2.1.3. Dirección y Recursos Humanos

La creación de la plantilla es otra de las funciones directivas. Una vez que se ha planificado y organizado, el directivo debe en ese momento formar una plantilla a través de la cual puedan alcanzarse las metas de la organización (Barranco, 1993). La existencia de distintos criterios para la dotación y distribución de recursos humanos (tabla 10), como son los índices de ocupación y estancias medias de los pacientes, las cargas de trabajo enfermeras o el nivel de dependencia del enfermo, hace que su elección venga determinada por los métodos de distribución del trabajo enfermero (Balderas, 1995). Asignar enfermeras por tareas, supone responsabilizarla sólo de aquellas actividades que tengan que realizar; si a cada enfermera se le establece un número específico de pacientes con los que llevar a cabo todos los cuidados durante un turno de trabajo, aumenta su responsabilidad, pero es preciso contar además con el tipo de cuidados que necesita el paciente; y si se distribuye el trabajo en equipo, debe ser un equipo coordinado para optimizar los recursos (Chiavenato, 1991).

Criterios	Fórmulas
Índices de ocupación y estancias medias	<p>Las estancias teóricas (ET) son la suma del número de camas de la unidad al día y al año</p> <p>ET = número de camas x número de días al año</p>
	<p>Las estancias reales (ER) son la suma del número de pacientes físicos en la unidad</p> <p>ER = ocupación real de la unidad al año</p>
	<p>La media de enfermos/día se calcula dividiendo la espacial real entre los 365 días</p> <p>Promedio estancia día= $\frac{\text{estancias reales al año}}{365 \text{ días}}$</p>
	<p>Índice de ocupación = ER/ET expresada en %</p>
	<p>El tiempo promedio de horas de atención de enfermería = $\frac{\text{número de horas contratado al año de un profesional de enfermería}}{365 \text{ días del año}}$</p>
	<p>El número de horas de atención de enfermería por enfermo y día= $\frac{\text{promedio de enfermos por día}}{\text{el promedio de la estancia al día}}$</p>
Cargas de trabajo enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> - Contabilizar y especificar el número de actividades que se realizan - Determinar el tiempo que se dedica a cada una de ellas por turno y día - Detectar el colectivo que las realiza
Nivel de dependencia del paciente	<p>El personal necesario = $\frac{\text{índice ocupacional x el tiempo de enfermería necesario al día, según el nivel x los 365 días del año}}{\text{el número de horas trabajadas al año por un profesional}}$</p>

Tabla 10: Cálculo de plantilla. Adaptada de López, 1998.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el servicio más estudiado e investigado por la repercusión que puede tener un desequilibrio en la ratio enfermera/paciente. Determinar las actividades de enfermería que

mejor describen las cargas de trabajo, atribuyendo medidas a esas actividades y conseguir una puntuación que describa el consumo medio de tiempo y la adecuación correcta de los recursos humanos de enfermería, se logra utilizando diferentes escalas, como la *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE), el *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), *The Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score* (NEMS), la Escala de Valoración de las Cargas de trabajo y Tiempos de Enfermería (VACTE©) y el *Nursing Activities Score* (NAS) (Bernat et al., 2005; Braña et al., 2007; Del Campo et al, 2008).

Con respecto a otras unidades, el cálculo de las horas de atención enfermera que garanticen la calidad asistencial muestra que se necesitan más enfermeras en los servicios de Medicina Interna que en los de Cirugía (López et al, 1999), siendo las cargas de trabajo enfermeras el criterio elegido para la correcta dotación y distribución de los recursos humanos de enfermería (Del Campo et al., 2008).

3.2.1.4. Control y Evaluación

EL Control continuado y la Evaluación final, constituye la última etapa del Proceso Administrativo. En este momento se establecen parámetros y criterios de control-evaluación, y se miden el desarrollo, evolución y resultado de las actividades del trabajador y sus rendimientos, en relación con esos parámetros y criterios. Todo esto con la finalidad de que las metas conseguidas se ajusten a los planes iniciales, se evalúen los resultados y se adopten medidas correctoras (Koont y Weihricih, 1990).

3.2.2. El proceso de Atención de Enfermería

Este Proceso, considerado como la metodología enfermera, supone utilizar un método ordenado, lógico y sistemático, siendo en sí mismo un método de trabajo, y no pudiéndose confundir con el método científico (Alfaro-LeFevre, 2007; Almansa y Rojas, 1997).

3.2.2.1. Valoración

La fijación de las prioridades lleva a las enfermeras a la realización de la valoración del paciente para obtener datos objetivos y subjetivos con los que identificar sus problemas de salud, siguiendo un modelo de enfermería. Entre todos los existentes, el modelo de Autocuidados o también llamado Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem, es el único que parte de un constructo propio y no parte de ninguna otra disciplina, posibilitando el estudio de los fenómenos enfermeros ya conocidos, buscando otros nuevos y determinando las causas que concurren en los mismos, desde una perspectiva única y precisa (Hernández et al., 2003). Valoramos primero los requisitos de autocuidado universales (aire, alimentación, hidratación, eliminación, actividad-reposo, interacción social, peligros y normalidad), después la información relativa a los requisitos del desarrollo, y por último los datos referidos al estado de desviación de la salud del paciente. En este modelo, la función de enfermería se orienta a facilitar la ayuda necesaria para estimular al enfermo hacia el logro de un nivel óptimo de autocuidados, siendo el objetivo de las actuaciones, la incapacidad del paciente para cuidarse a sí mismo (Orem, 1993).

3.2.2.2. Diagnóstico

La valoración propicia la identificación de los diagnósticos enfermeros. El diagnóstico de enfermería fue definido por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) 1990 como *“Un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que la enfermera es responsable”* (NANDA, 1999). Son un elemento imprescindible en la gestión de los cuidados porque le dan sentido a la planificación y sistematización de estos. Además de optimizar los recursos, posibilitar el estudio del coste real de los servicios de enfermería (Gordon, 2000), ofrecer un significado e identidad propia al trabajo

enfermero (Cuesta et al., 1995) y proporcionar un lenguaje enfermero estandarizado que permite la comunicación interprofesional en enfermería, así como con otros profesionales sanitarios y con la población (Anexo 5), y desarrollar sistemas electrónicos de información clínica y de registro electrónico del paciente (Johnson et al., 2007) .

3.2.2.3. Planificación

La planificación es una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, junto con la valoración, el diagnóstico, la ejecución y la evaluación (López, 1998). Las actividades en la planificación engloban la fijación de las prioridades, el establecimiento de los objetivos o los resultados esperados en el paciente, la determinación de las actividades o intervenciones de la enfermera, y la realización del registro en el plan de cuidados (Marriner, 2009).

3.2.2.4. Ejecución

Otro aspecto en el que la enfermera debe incidir durante su proceso asistencial son los resultados esperados de las intervenciones en el paciente. El resultado enfermero fue definido por Johnson Moorhead y Meridean Maas como *“un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera “* (Moorhead et al., 2009), que generó en 1997 la primera lista de resultados del paciente, global y estandarizada, conocida como la Clasificación de los Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification: NOC). La NOC posee más de 250 criterios de resultado sensibles a la práctica enfermera, donde cada resultado posee unos indicadores específicos, con una escala de medición tipo Likert de 5 puntos y está dividida en una estructura taxonómica de 24 clases y 6 dominios (funcional, fisiológico, salud psicosocial, conocimientos y conductas sobre salud, percepción de salud, salud familiar y comunidad)(Morales, 2001).

Las intervenciones enfermeras se planifican para ejecutarlas y poder lograr los resultados esperados en el paciente. Definidas por Joanne Dochterman y Gloria Bulechek en 2004, consisten en *“cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente/cliente”* (Doohterman, McCloskey y Bulecheke, 2007). Estas mismas investigadoras crearon la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (Nursing Interventions Classification: NIC), organizadas en 7 campos (Fisiológico Básico, Fisiológico Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad) con 30 clases (Cada campo incluye clases, identificadas por una letra por orden alfabético) y 514 intervenciones (cada clase incluye un grupo de intervenciones relacionadas, cada una con un código único de 4 números). Este listado se vincula a los otros dos sistemas estandarizados de lenguaje enfermero, los diagnósticos NANDA y los resultados del paciente (NOC) (Doohterman, McCloskey y Bulecheke, 2007).

3.2.2.5. Evaluación

En esta última fase, es donde se evalúa cómo ha funcionado el plan de cuidados. Tras recoger los datos del estado actual del paciente, se comparan con los resultados estipulados y las intervenciones realizadas (Alfaro LeFevre, 1999).

Durante todas las etapas es preciso realizar el registro del plan de cuidados. El registro de enfermería, dentro de la Historia Clínica, es el documento que recoge la actividad planificada y realizada por la enfermera, así como toda la información que se genera de su relación con el paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), siendo fundamental para garantizar la continuidad y la calidad en los cuidados de los pacientes, facilitar la comunicación entre los profesionales y aceptar la responsabilidad de nuestras actuaciones (Sierra et al., 2007).

Los datos procedentes de múltiples estudios evidencian que todavía hoy, a la mayoría de los profesionales les cuesta escribir diariamente la

información relacionada con la valoración, el modelo teórico y los diagnósticos del plan de cuidados en la historia clínica del paciente (González et al., 1999; Serrano et al., 2000; López et al., 2001; Mena et al., 2001; Martínez et al., 2003; Fernández et al., 2003), posiblemente porque muchas enfermeras los desconocen y no los emplean en su quehacer diario (Domingo et al., 2005).

3.2.3. La toma de decisiones

La toma de decisiones de los profesionales sanitarios debe ser uno de los grandes avances de la gestión clínica de los cuidados de Enfermería, no sólo en el desarrollo de su práctica, sino también en el rediseño organizativo de los procesos. Esto se tiene que materializar de diversas maneras. Gestionando el plan terapéutico individual a partir de los diagnósticos enfermeros y los problemas médicos; gestionando también los procesos, considerando el empleo de protocolos o planes de cuidados para facilitar la adecuada utilización de los recursos y la efectividad de los cuidados, y por último, gestionando todos aquellos recursos que tienen impacto sobre los costes de los cuidados. En resumen, se trata de herramientas que permiten planificar y evaluar los resultados de los cuidados planificados (ANDE, 2000).

3.3. Los sistemas de información de las historias clínicas

Un Sistema de Información Sanitaria es *“un mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y docencia”* (Organización Mundial de la Salud, 1973).

3.3.1. Los sistemas de información clínica

Los sistemas de información clínica se crean en función de sus resultados sanitarios. Unos pueden ser sistemas que ajustan los resultados de consumo de recursos, como el Conjunto Mínimo Básico de

Datos (CMBD). Otros, se crean partiendo de las historias clínicas u otras fuentes primarias para ajustar los resultados clínicos, como el Disease Staging (DS), el Computerized Severity Index (CSI) o MedisGroups (Grupos de Medición de fallos orgánicos y respuesta a un Tx) y los sistemas diseñados para pacientes en unidades de cuidados críticos (APACHE: Evaluación de Salud Crónica y Fisiológicamente aguda, MPM, PRISM). Otros sistemas se diseñan para ajustar los riesgos relacionados con los costes o los recursos, como son los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR), AP-GDR (Todos los Pacientes con GDR, en inglés All Patient GRD), R-GDR (Los Grupos Relacionados con los Diagnósticos Refinados), AIM (Método de Indexación de Condiciones Agudas), las Categorías de Gestión de Pacientes (Patient Management Categories: PMC), y las RUGs (Grupos de utilización de recursos, en inglés Resource Utilization Groups) (Peiró, 1998).

De todos ellos, nos vamos a centrar en el CMBD, cuyo objetivo es perseguir la recuperación y el almacenamiento de la información clínico-administrativa, a fin de dar una respuesta a la creciente demanda de información sanitaria y permitir que se nutra al sistema GDR para la clasificación de los pacientes (Rivero et al., 2002).

3.3.1.1. El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH)

El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH) entendido como una base de datos clínico-administrativa, contiene la información al alta de todos los episodios de hospitalización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992; Sicras et al., 2001).

En otras palabras, el CMBD es el Conjunto Mínimo Básico de Datos necesario, para que su recuperación nos provea de la máxima información sobre la asistencia sanitaria, con la máxima fiabilidad y validez, y el mínimo coste en su elaboración. Además, recoge también determinadas variables demográficas, convirtiéndolo en un importante registro poblacional (Conesa, Asumpta y Abizanda, 2009).

En 1975 el Comité de Información y Documentación Científica y Tecnológica de la Comunidad Económica Europea creó un grupo de trabajo sobre información biomédica y de la salud con el objeto de normalizar la información clínica en los hospitales de la Comunidad. Como resultado surge el llamado “European Minimum Basic Data Set”, a partir del cual y tomando también como referente el conjunto de datos de EE.UU., en España, el 14 de diciembre de 1987, a través del Consejo Interterritorial, se incluyó la propuesta de un Conjunto Mínimo Básico de Datos para todo el territorio nacional (Rivero, 200).

La implantación del C.M.B.D. de obligado cumplimiento en el ámbito de la gestión, tanto a los hospitales públicos como privados en España, ha sido progresiva desde que Cataluña lo puso en marcha en 1986, mediante un decreto del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat (Orden de 7 de noviembre de 1986), modificado en 1990 (DOGC 12-12-1990), por el que se regula el Informe Clínico del Alta Hospitalaria y el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria para el ámbito de dicha Comunidad, y el INSALUD lo obligara en 1993. El resto de las Comunidades Autónomas, se incorporaron posteriormente, siendo la Comunidad Valenciana la siguiente que definió un contenido y una normativa del CMBD (Orden de 8 de octubre de 1992, de la Consellería de Sanidad y Consumo). En el País Vasco, mediante el Decreto 303/1992 de 3 de Noviembre (DECRETO 303/1992, de 3 de noviembre), desarrollado por las resoluciones de 15 de Junio de 1993 (BOPV de 12 de Julio) y 30 de Julio de 1993 (BOPV de 24 de Agosto), se impuso la recogida del CMBD. En la Comunidad Gallega, la Consejería de Sanidad reguló el CMBD en la orden de 7 de Abril de 1993 y varios años después de creó la Unidad de Referencia de los CMBD (Orden de 23 de marzo de 1999). En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Salud del Servicio Regional de la Salud mediante el Proyecto SISTEMA, inició en Julio de 1993 la implantación del CMBD. En Andalucía, es el Servicio Andaluz de Salud quien estableció, mediante la Resolución 14/1993 de 4 de junio, la obligatoriedad del CMBD a partir del 1 de Enero de 1994. Y por último, el Servicio Navarro de Salud, mediante la Instrucción de 27 de mayo de 1994

(DECRETO FORAL 11/2003, de 13 de enero), estableció la obligatoriedad del CMBD.

En relación a los datos que nos aporta, en 1984, el Ministerio de Sanidad y Consumo regula la obligatoriedad del Informe de Alta, en el que se indica qué datos mínimos del episodio asistencial deben de incluirse en él (Orden de 6 de Septiembre de 1994) (Salvador, 1997).

En España, durante la reunión del Consejo Interterritorial, celebrada el 14 de diciembre de 1987, se acuerda aprobar las propuestas formuladas, en relación con un C.M.B.D., y se propone aprobar un conjunto de datos a extraer de la historia clínica del paciente) (Salvador, 1997).

El CMBD contiene variables del paciente, variables del ingreso/alta y variables clínicas (diagnósticos, procedimientos, morfología de neoplasias), todas definidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Entre todas ellas, están las fijas (historia, identificación del paciente, fecha de nacimiento, sexo, residencia, financiación, fecha del ingreso, circunstancias del ingreso, diagnóstico principal, otros diagnósticos, código de morfología de las neoplasias, procedimientos quirúrgicos y obstétricos, fecha del alta y circunstancias del alta) y las que varían según las Comunidades Autónomas (hospital, código de identificación de asistencia sanitaria, servicio de ingreso y de alta, identificación del centro de traslado, sección, variables de los recién nacidos, peso al nacer para pacientes de menos de 28 días de edad, fecha de la intervención e identificación del médico) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992).

Del CMBD se pueden obtener por lo tanto, dos tipos de datos. Los datos administrativos (dentro de un mismo hospital y para el mismo individuo permanecen constantes e identifican tanto al hospital como al paciente) y los datos clínicos (son propios y característicos de cada episodio, y por consiguiente, cambiantes cada vez que ingresa y es dado de alta en un hospital).

El Servicio de Admisión de cada hospital suele recoger las variables administrativas, mientras que los datos clínicos se obtienen a partir del informe de alta o de la propia historia clínica, lo que otorga un papel preponderante al médico responsable del paciente. Posteriormente, esta información es introducida en una base de datos siguiendo los 25 códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) (Alcalde et al., 2006).

Estos datos siguen un circuito de recogida interna de la información, de codificación de los diagnósticos y procedimientos según la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), de grabación y envío a la Consejería de Sanidad y de validación y tratamiento de la información) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992).

En cuanto a su finalidad, debido a su disponibilidad y bajo coste, el CMBDAH constituye una fuente de información básica, cuyas aplicaciones son muy variadas (Librero, Ordiñana y Peiró, 1998), ya que permite conocer la demanda sanitaria atendida, prever la evolución del mercado de futuro, identificar necesidades no atendidas entre ciertos grupos de población, conocer la morbilidad hospitalaria y la utilización de un servicio por la población, y analizar la evolución de un centro o un servicio en el tiempo (Salvador, 1997; Conesa, Asumpta y Abizanda, 2009).

Las principales limitaciones del CMBD y del sistema de clasificación diagnóstica que le da soporte serían las limitaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y guías de codificación, las limitaciones derivadas de la disponibilidad de variables, de la calidad de los datos, de la estructura del CMBD y de la captura de datos, así como la imposibilidad de fijar la secuencia temporal de los eventos ocurridos durante la hospitalización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992; Peiró y Librero, 1999).

3.3.1.2. Los GDR

El sistema de los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) presenta un programa informático diseñado en el marco de la gestión hospitalaria, que clasifica en grupos a los pacientes dados de alta de un hospital (su casuística) con el coste que representa su asistencia (Yetano y Laraudogoitia, 2007). Posibilita estandarizar determinados indicadores clínicos (como la estancia media o la mortalidad), sin que el efecto de esta casuística nos lleve a confusión. Actualmente, el sistema GRD permite realizar comparaciones directas del producto (resultados sobre los pacientes) de distintos proveedores de asistencia sanitaria (hospitales) (Alcalde et al., 2006), convirtiéndose en una herramienta de medida habitual en nuestro Sistema Nacional de Salud (Grávalos et al., 2007).

3.3.2. La Historia Clínica

La historia clínica definida como *“el registro de los datos clínicos, preventivos y sociales del individuo, obtenidos directa o indirectamente, y constantemente puestos al día”* (Gérvás, 1987), es considerada como el nexo de unión entre las actividades del facultativo y las de la enfermera, y tiene como características el ser única para cada paciente, integrada y acumulativa (Salvador, 1997).

El formato papel ha existido desde siempre, pero las tecnologías de la información y las comunicaciones ubicaron a España en una posición retrasada con respecto a otros países europeos, en relación a su uso, difusión y recursos invertidos en ellas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). La pronta respuesta fue crear en el 2004 “El Plan de Convergencia con Europa”, el establecimiento de un Consejo Asesor de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información (CATSI) (CATSI, 2005), y el “Plan Avanza”. Este último constituía una de las tres líneas estratégicas de un programa que impulsaba la I+D+i denominado “Programa Ingenio 2010”, ante el objetivo de converger a todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas con el resto de Europa (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2005).

Con respecto al área de sanidad, entre los años 2006 y 2008, se ejecutó el “Programa Sanidad en Línea”, mediante el que se desarrolló la Historia Clínica electrónica, la receta electrónica y la cita telemática por Internet, permitiendo la interconexión de los sistemas de salud de las diferentes Comunidades Autónomas con el nódulo central del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2005).

En la actualidad estamos inmersos en el “El Plan Avanza 2”, desde que en el año 2009 se decidiera continuar avanzando en la misma línea y se presentara ante el Consejo de Ministros la Estrategia 2011-2015 (Ministerio de Sanidad, 2005).

La historia clínica electrónica como herramienta asistencial nos facilita el intercambio de información entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales, favoreciendo la continuidad de los cuidados, pudiendo acceder a la información en tiempo real, realizar informes y generar diferentes bases de datos que aseguren la toma de decisiones (de Pedro et al., 2004; Cerezo et al., 2009) e, independientemente del soporte en el que se almacene la historia clínica, los profesionales sanitarios son los responsables de conservar la documentación clínica (Seoane, 2002).

La Historia Clínica Electrónica en Murcia, conocida con el nombre de SELENE, se debe al programa informático que se encarga de gestionar de forma completa el proceso asistencial, reflejando todos y cada uno de los contactos del paciente con el sistema sanitario (Sánchez y Reigosa, 2006).

El registro informático de la práctica profesional enfermera en SELENE, precisa de la planificación y asignación de cuidados mediante las taxonomías normalizadas de los diagnósticos NANDA, NIC y NOC, para posteriormente aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en todas sus etapas, como ya hemos descrito. Pero aquí la valoración del paciente se hace siguiendo el modelo de los Patrones Funcionales de Gordon, como base de la taxonomía NANDA, y la atención se centra sobre once áreas

importantes para la salud de los individuos, familias o comunidades (patrón de la percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad – ejercicio, sueño – descanso, cognitivo-perceptual, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, adaptación-tolerancia al estrés, valores-creencias) (Werley et al., 1991). A continuación se lleva a cabo el registro y por último, la explotación estadística de los mismos, para mejorar la calidad asistencial (Sánchez y Reigosa, 2006).

3.3.2.1. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud: El Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería

El proyecto Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) se presentó junto con otras iniciativas relacionadas con la tecnología en el llamado Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (2006), para satisfacer las necesidades de los ciudadanos en su desplazamiento por el territorio nacional y el de los profesionales de todo el SNS, que tienen responsabilidades en su atención. El desarrollo de este proyecto a partir del año 2007 continuó con éxito. Se presentó el documento que recogía los Conjuntos Mínimos de Datos (agosto del 2008), se aprobó como Proyecto de Real Decreto el 30 de marzo de 2009 (MSC, 2009), y el Consejo Interterritorial decidió (3 de junio de 2009) continuar con el Real Decreto para que fueran regulados y recogidos en los documentos clínicos necesarios.

Los conjuntos Mínimos de datos que se encuentran en la Historia de Salud de cada paciente y que constituirán la HCD, son los siguientes:

- Informe clínico de alta de hospitalización
- Informe clínico de consultas externa de especialidades
- Informe clínico de urgencias
- Informe clínico de atención primaria
- Informe de cuidados de enfermería
- Informe de resultados de pruebas de imagen
- Informe de resultados de pruebas de laboratorio

- Informe de resultados de otras pruebas diagnósticas
- La historia clínica resumida (HCR)

En todos ellos vienen recogidos de forma resumida los conjuntos de datos que se encuentran en la Historia de Salud de cada paciente y que constituirán la HCD (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2006).

El Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería

El Informe de Cuidados de Enfermería fue elaborado por un grupo de trabajo, constituido por diversos tipos de profesionales sanitarios: unos con actividad asistencial predominantemente productora de esa información, otros con actividad asistencial que preferentemente deben utilizar la información, y otros con experiencia en gestión de las áreas médicas y de enfermería, de los niveles de atención primaria y atención especializada, y responsables de unidades de admisión y documentación clínica. Inclusive participaron los representantes de 27 sociedades científicas por considerarse vinculadas a las especialidades incluidas (Ministerio de Sanidad, 2008).

En todo momento definieron el contenido del Informe, sustentándose en la aplicación de la metodología enfermera y de un lenguaje profesional normalizado, para facilitar el intercambio de información entre todos los profesionales enfermeros (Ministerio de Sanidad, 2009).

El documento de consenso se obtuvo en enero de 2008, denominándose Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería (Anexo 6) (Ministerio de Sanidad, 2009).

3.4. La valoración y el trabajo interdisciplinario mediante protocolos

La calidad de la relación de colaboración entre médicos y enfermeras puede afectar a la calidad y los resultados de la asistencia al paciente.

Históricamente, siempre han existido diferencias y desacuerdos con respecto a la recíproca percepción profesional entre médicos y enfermeras en la institución sanitaria, y a su trabajo en equipo. Esa resistencia que se ha producido desde otros colectivos profesionales de la salud a aceptar la capacitación y formación del profesional de enfermería, a la hora de formar equipos de trabajo interdisciplinar, se ha sustentado en el nivel académico de los Diplomados en Enfermería (Disch, 2002).

La mejora de la filosofía del trabajo en equipo llegó cuando la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias (JCAHO, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) de Estados Unidos, creó el “modelo de asistencia en colaboración” en el 2002.

Las pretensiones son muy claras, conseguir un sistema sanitario equilibrado basado en el análisis profesional de las acciones y decisiones de cada miembro del equipo. En última instancia limar las jerarquías, ya que la colaboración que se obtiene mediante la cooperación y comunicación de todos, se traduce en resultados positivos para el paciente (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002).

El trabajo interdisciplinario es considerado una metodología consolidada. Con la finalidad de evitar diferentes respuestas disciplinarias ante los mismos problemas, se formulan estrategias conjuntas de afrontamiento para no disgregar la atención sanitaria (García, 1991). El consenso logrado por parte de un grupo de profesionales sanitarios sirve para establecer cómo tienen que actuar el resto de las enfermeras sobre un tema determinado, generando los protocolos. Lo que se pretende es disminuir la variabilidad de la práctica clínica diaria, estandarizando todos aquellos procedimientos hospitalarios más frecuentes, con la máxima puesta en mejorar la calidad asistencial. Los procedimientos facilitan la práctica asistencial, se basan en evidencias científicas, permiten seleccionar mejor los recursos y tomar decisiones basadas en el coste/beneficio (Sánchez et al., 2009).

La responsabilidad de estos protocolos en la Región de Murcia se determinó en el Contrato de Gestión 2005-2007, por el que se estableció que todos los centros sanitarios de la Región debían tener en funcionamiento la Comisión de Cuidados de Enfermería. En algunos hospitales existían ya las denominadas Comisiones de Enfermería (Protocolo) y pasaron a constituirse en los últimos años como Comisiones de Cuidados vinculadas a la Comisión Asistencial (Navarro et al., 2009).

Las Comisiones de Cuidados de Enfermería tienen como objetivos, definir la misión, la visión y las líneas estratégicas del área de enfermería en un hospital, informar sobre los gastos e incidencias de los cuidados, concretar la cartera de servicios de cuidados enfermeros, mejorar los planes de formación continuada dirigidos a la actualización de los conocimientos, proponer medidas que mejoren la coordinación entre los niveles asistenciales, y elaborar y revisar los protocolos de Enfermería, desdoblándose en varios grupos de trabajo: protocolos y guías clínicas, continuidad de los cuidados, educación para la salud, seguridad del paciente, calidad y ciclos de mejora, EBE e investigación. (Real Decreto 29/2000, de 14 de enero).

3.5. La estandarización de los cuidados

El plan de cuidados elaborado por enfermería *“es la documentación que recoge la planificación de los cuidados de un paciente concreto ante una situación determinada, permitiendo la detección de la contribución específica del profesional, al cuidado de la salud”* (ANDE, 2000). Con ella se asegura que el paciente reciba los mejores cuidados, basándose en un modelo enfermero, de forma individualizada y con la mejor evidencia. Y permite la planificación, la continuidad de los cuidados, su gestión, y asegura la calidad asistencial (Rich et al., 2003; Guerrero, 2005; Serrano et al., 1997). Estandarizar los cuidados permite mejorar la comunicación entre las enfermeras y los pacientes. Al unificar criterios y terminologías comunes, se favorece la continuidad de los cuidados, la formación del

desarrollo profesional y se facilita la utilización del proceso enfermero (AAVV, 2006).

El plan de cuidados estandarizado contiene todos los elementos de un plan de cuidados. La diferencia estriba en que, al estandarizarlos los datos relativos al diagnóstico enfermero, características, factores favorecedores, objetivos e intervenciones, se predefinen para poder utilizarlos (Charrier y Ritter, 2005).

La búsqueda de oportunidades de mejora en la organización de los cuidados enfermeros ha llevado a muchos hospitales a poner en funcionamiento su estandarización porque siempre que se usen correctamente como punto de partida y no como conclusión, proporcionan a la enfermera una información inicial básica para emprender el proceso de planificación de cuidados (Román et al., 2005).

Si se quiere seguir avanzando en la prestación de cuidados de calidad y poder evaluar el impacto del trabajo enfermero dentro de la atención de salud, es imprescindible además del lenguaje común entre los profesionales sanitarios, normalizar la práctica enfermera en la metodología de aplicación de cuidados. En estos momentos, todas las Comunidades Autónomas se hallan inmersas en el proceso de implantación de programas informáticos que incorporan un módulo de cuidados estandarizados, por lo que en España son ya una realidad.

3.6. La provisión de servicios

La cartera de servicios del Sistema sanitario público nació hace 20 años, siendo uno de los elementos de mejora de la gestión de los servicios sanitarios en España (Casado, 2001). Se aprobó mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, es decir, los servicios fundamentales y necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre).

Todas las Comunidades Autónomas elaboran sus propias carteras de servicios, correspondientes a las prestaciones de Salud Pública, Atención Primaria, Atención Especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario, incluyendo como mínimo la cartera común del Sistema Nacional de Salud.

Concretando aún más, la cartera de servicios enfermeros está formada por las categorías de problemas de los pacientes de una unidad, y el catálogo de intervenciones cuidadoras, clasificadas según la necesidad del paciente al que dan respuesta (Guerrero, 2005).

3.7. El seguimiento y la retroalimentación profesional: El Informe de Enfermería al Alta

El informe clínico de alta es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. Esta herramienta de comunicación (García y Jiménez, 2005), constituye el núcleo básico en el conjunto de información que se genera a partir del ingreso de un paciente en un hospital (Zambrana et al., 2002), facilita la continuidad asistencial, reduce el tiempo de búsqueda de información, evita la repetición de las pruebas y las visitas innecesarias, disminuye los errores de medicación (Flores et al., 2004) y evalúa la calidad asistencial del servicio clínico correspondiente (Conthe et al., 2010).

La nomenclatura del informe que realiza la enfermera continúa en este momento sin estar generalizada. Siguiendo la bibliografía revisada, nos hemos encontrado con distintas denominaciones del documento, refiriéndose a él como Informe de cuidados al alta, Informe al alta de enfermería o Informe de continuidad de los cuidados. En un estudio centrado en las Unidades de Cuidados Intensivos existentes, a nivel nacional, se detectaron múltiples denominaciones: informe al/de alta de enfermería en 84 (62%) unidades, hoja de/al alta/traslado en 21 (15,5%), simplemente alta de enfermería en 6 (4,5%), cuidados al alta/continuidad

de cuidados en 5 (3,5%), valoración al/de alta en 4 (3%) y registro de enfermería al/de alta/traslado en 3 (2%) y para los 13 (9,5%) informes restantes, las denominaciones no fueron agrupables (Navarro, Orgiler y de Haro, 2006).

El Informe de Enfermería al Alta es el documento elaborado y redactado al alta por la enfermera que ha atendido al paciente durante su hospitalización (Lucendo y Noci, 2004). Recoge los aspectos fundamentales del proceso de atención de enfermería durante el ingreso del paciente (Del Olmo et al., 2007), garantiza la continuidad de los cuidados (Ruiz, 2005), facilita el seguimiento de los pacientes (Ubé et al., 2006) y clarifica el papel del profesional de enfermería en la población a la que atiende (Caamaño et al., 2004).

Sin embargo, por lo que respecta al colectivo enfermero español, destaca el hecho de que todavía se realizan menos informes de alta de los que se debería. Así vemos, como dato a resaltar, que en el año 2002, de las 16. 299 altas que se produjeron en el Hospital Puerta de Hierro, fueron susceptibles de precisar informes de alta 11.294 pacientes, y sólo lo recibieron un 58,7% de los enfermos (Caamaño et al., 2004), en otros casos, como en el Hospital General Universitario de Alicante, se obtuvo un 85% de informes de alta (Navarro et al., 2006). Tampoco su uso está generalizado porque cuando las Direcciones de Enfermería de un hospital deciden que se debe iniciar la redacción del Informe de continuidad de los cuidados, esta no es tarea sencilla, ya que ello supone realizar primero un análisis de la situación y detectar deficiencias, para a continuación trabajar sobre la metodología enfermera, homogeneizar planes de cuidados, abrir canales de comunicación entre los dos niveles asistenciales (primaria y especializada) y formar a las enfermeras implicadas (Sáez et al., 2007). Esto da lugar a la existencia de numerosos estudios y de diversa índole. En relación al contenido, siguen generando controversia, puesto que existen centros hospitalarios donde en la práctica total de los casos el contenido registrado es de tipo biomédico, sin emplear los diagnósticos enfermeros (Egea y Bravo, 2007), o donde los

cuidados al alta son referidos a la visita a la consulta externa (85,4%), realizarse curas (82%), quitarse los puntos (78%) o continuar con el tratamiento farmacológico, principalmente analgésico (13,2%) (Ruiz, 2005); en otras ocasiones, se escribe con un gran número de abreviaturas, siglas y símbolos que no son legibles por el paciente (Del Olmo et al., 2007), lo que difiere de otro trabajo en el que se determinó que en un 94 % de los casos, el informe de alta estaba explicado en términos muy claros y comprensibles, con un contenido adecuado (Ubé et al., 2006).

Lo que está claro es que una vez que el Informe de alta de una unidad es objeto de estudio en un Hospital, mejora su cumplimentación y aumenta la calidad de la atención enfermera (Nieto et al., 2007).

CAPÍTULO 4: ESTRATEGIAS DE GESTIÓN PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS CENTRADAS EN LA NECESIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES

Siguiendo el capítulo anterior, en relación a las estrategias empleadas en el ámbito de la gestión para garantizar la continuidad de los cuidados, nos centramos ahora en las enfermeras de enlace, hospitalarias y de primaria, como uno de los instrumentos de la organización sanitaria dirigidas al paciente. Y como no podía ser de otro modo, hacer uso de los beneficios de una cultura sanitaria de seguridad del paciente para disminuir los errores producidos en el circuito de movilidad del paciente.

El considerar la cotinuidad de los cuidados en la salud como una dimensión de la calidad es ya un hecho en nuestro país. La enfermería norteamericana, en este aspecto, ya ha pasado de la experiencia a la teoría y viceversa. Los sectores sanitarios que más se han beneficiado de esta iniciativa han sido los relacionados con trastornos de salud mental, con procesos crónicos como la diabetes o cardiopatías y las actividades de cuidados de la salud dirigidas a personas mayores de 65 años (Gulliford et al., 2007). En cuanto a la obtención de ventajas a nivel clínico en la gestión de casos, se ha visto reforzada con la reducción de los ingresos hospitalarios (Shortell et al., 1996; Shelton et al., 2001).

Europa ya ha empezado a trabajar con la misma filosofía de atención enfermera compartida pero con otra nomenclatura, según el país (Contel, 2002). En Gran Bretaña se conoce como “*share care*” y ha surgido la figura de la enfermera de enlace “*specialist liaison nurse*” (Naylor et al., 1999) y en los Países Bajos, el modelo de “*transmural care*” (Van der Linden, 2001).

En nuestro sistema sanitario español, nos centramos en las estrategias dirigidas a paliar la necesidad de cuidados que los pacientes demandan a las organizaciones sanitarias para asegurarse la continuidad de los cuidados. La creación de profesionales como la enfermera de enlace

en Andalucía, también llamada enfermera de gestión domiciliaria o enfermera gestora de casos, y la enfermera de continuidad en la Comunidad Valenciana, se enmarcan en los programas de gestión de casos (Cárdenas et al., 2005).

4.1. La enfermera de enlace

La enfermera de enlace es la profesional encargada de detectar en la población diana las necesidades del paciente desde las unidades hospitalarias unos días antes del alta, y de planificar las curas e intervenciones conjuntamente con los profesionales hospitalarios. También transfiere los planes de curas y actuaciones a los profesionales de los equipos de Atención Primaria (AP), asegurando su visita en el domicilio en 24 h, y realiza las visitas a domicilio hasta que estas sean asumidas por la enfermera del equipo de AP. Y además, actúa de asesora y formadora con las enfermeras de AP y otros profesionales cuando las curas exigen un alto grado de complejidad. Sus cuidados se centran pues, en coordinar las intervenciones profesionales, solventar las citas pendientes en el hospital y gestionar los traslados (Gómez, 2008). En resumen, es la figura que se encarga de garantizar la continuidad asistencial, tanto entre los diversos estamentos (médicos, servicios sociales, otras enfermeras,...) como en niveles de asistencia, por lo tanto podemos decir que hace de agente del paciente cuando éste precisa de servicios sociales y sanitarios (Jodar, 2005).

El perfil profesional puede generar dos figuras enfermeras diferentes, según el marco donde desarrolle su trabajo, encontrándonos con la enfermera hospitalaria de enlace y con la enfermera domiciliaria de enlace.

4.1.1. La enfermera domiciliaria de enlace

La enfermera de enlace comunitaria fue creada por el Servicio Canario de Salud en el año 1999 (Duarte et al., 2002), junto con Cataluña

(Artigues et al., 2001), e implementada posteriormente por el Servicio Andaluz de Salud (Batres, Álvarez y Gallardo, 2009).

La enfermera domiciliaria de enlace realiza sus actividades en coordinación con las enfermeras de atención primaria, para proporcionar cuidados de calidad a la comunidad. Su objetivo principal es ofrecer atención integral y continuada al enfermo, al cuidador principal y a la familia. Se encarga de mantener o mejorar la calidad de vida de los enfermos, mejorar la atención domiciliaria, disminuir la saturación de urgencias y reducir los reingresos de los usuarios para disminuir el gasto sanitario (Pérez et al., 2005). Tiene una participación activa en las Comisiones de Cuidados de Área, en las que se llevan a cabo discusiones de casos, sesiones de seguimiento de planes de cuidados conjuntos, realización de planificaciones al alta conjunta y revisión de planes de actuación específicos, como son los protocolos, las guías de práctica clínica y los planes de cuidados adaptados a las necesidades de los usuarios (Servicio Andaluz de Salud, 2003).

4.1.2. La enfermera hospitalaria de enlace

La enfermera de enlace hospitalaria, creada por el Servicio Andaluz de Salud para coordinar el alta hospitalaria con el médico de atención primaria, es la profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos. Siendo éste un proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela porque el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizandolos recursos necesarios, y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados (Pérez et al., 2004).

El principal objetivo de la enfermera hospitalaria de enlace, como el del resto de los profesionales de enlace, es asegurar la continuidad de los cuidados mediante los informes de continuidad individualizados que se realizan durante el ingreso del enfermo y que finalizan con su alta. Apoya

a la enfermera responsable del enfermo, respetando el plan de cuidados establecido por ésta, y la coordinación entre ambas ayuda a ofrecer cuidados óptimos al usuario, a su familia y al cuidador principal (Servicio Canario de Salud, s/f).

La enfermera hospitalaria de enlace y la enfermera domiciliaria de enlace mantienen una estrecha relación a través del correo electrónico y teléfonos corporativos, transmitiéndose los informes de continuidad de los cuidados y asegurando la asistencia continuada en el domicilio del usuario y en el centro de atención primaria de referencia (Servicio Canario de Salud, s/f).

En Andalucía, el Sistema Andaluz de Salud fue el pionero en la creación de la figura de la enfermera de enlace en el territorio español (2002), dentro del marco del Decreto 137/ 2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, con el objetivo de mejorar la atención domiciliaria en el caso de la población más vulnerable (DECRETO 137/2002, de 30 de abril).

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) elaboró una serie de estrategias para la mejora de la atención domiciliaria entre las que se encontraban incrementar el volumen de ayudas técnicas, crear equipos móviles de rehabilitación domiciliaria, desarrollar servicios específicos centrados en la red informal de cuidados y la implantación de la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) como gestora de casos, para proveer una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva (Grupo de trabajo SAS-ASANEC, 2005).

En 2004 se completó el circuito con la incorporación de la enfermera gestora de casos al ámbito hospitalario, a fin de garantizar la continuidad de cuidados entre la atención comunitaria y hospitalaria. Siendo por tanto, Canarias y Andalucía las comunidades precursoras en la prestación de este servicio.

En el resto de las Comunidades Autónomas, la figura de la enfermera de enlace se está introduciendo de manera progresiva, tomando

como referencia las actividades realizadas por las andaluzas (Fernández et al., 2007) y es todavía un proyecto en prueba en muchas comunidades (Trenado, 2009).

En la Comunidad Valenciana encontramos que, en Alicante, el HGUA presenta como novedad en su sistema de organización sanitaria, un modelo de Gerencia Único, vigente desde el 2008, que está permitiendo hacer realidad un modelo de continuidad de cuidados entre los dos niveles asistenciales, desarrollando las figuras de la enfermera de enlace hospitalaria y las enfermeras de gestión comunitaria (Domingo, 2011).

En el año 2008, a partir de la implantación de la gerencia única, se crea un grupo se mejora (integrado por 11 personas, entre ellas, directivos y enfermeras de hospital (H) y AP), centrado en trabajar en el circuito de alta de los pacientes utilizando la historia clínica electrónica.

Transcurridos 3 años desde entonces, las enfermeras hospitalarias han pasado de emitir 831 informes en formato papel y recibir 33 en AP (2006), a redactar 7000 informes y recibir “en tiempo real” unos 6958 en los centros de salud (2010) (Domingo, 2011).

El “modelo Alicante” ha supuesto para los gestores una novedad con respecto al funcionamiento habitual de comunicación existente hasta el momento entre AP y Atención Especializada (AE). El uso de la Abucasis (HCD) en vez de la historia clínica en formato papel, ha supuesto que no se pierda o se extravíe información clínica.

En palabras de los responsables de esta gestión en el departamento de salud Alicante – Hospital General: *“El modelo se basa en el paso del papel a la Historia Clínica Electrónica, para garantizar la continuidad de los cuidados, en los pacientes dados de alta”* (Fernández, 2011).

En la Comunidad Autónoma de Murcia, el Servicio Murciano de Salud toma como referencia el modelo de gestión de cuidados desarrollado en Andalucía.

El programa piloto de “Enfermería gestora de casos” comenzó en el verano de 2009, iniciándose su implantación en el área de Salud IX Vega Alta del Segura, con resultados satisfactorios (GacetaMedica.com, 2011) siendo el ámbito de actuación de la Enfermera Gestora de Casos toda el Área de Salud, con una responsabilidad compartida en la coordinación de los cuidados, recursos, actividades y servicios .

El Modelo de Gestión de Casos en el Servicio Murciano de Salud supone una de las múltiples formas de avanzar y mejorar en la Atención Integrada, Coordinada y Continuada.

Dada la etapa inicial en la que se encuentra la implantación de este perfil profesional, desde la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS) de la Región se detecta que es imprescindible una formación actualizada y completa en Gestión de Casos para todos los profesionales de la red asistencial que lo precisen, ofertando nueve Áreas de Formación comunes y específicas, con dos Líneas de Formación, según los destinos de trabajo de los profesionales a los que vaya dirigido, y en tres diferentes niveles, en función de la profundización en las Áreas.

Siguiendo con la formación, para el pilotaje del Programa 2010 se concretan diversas actividades. Desde un curso básico de iniciación en Gestión de Casos, dirigido a las Enfermeras Gestoras de Casos del pilotaje y previo a la puesta en marcha, pasando por un taller de presentación en el área de Salud IX Vega Alta del Segura dirigido a todos los profesionales socio-sanitarios y directivos, hasta actividades formativas mensuales de apoyo a las Enfermeras Gestoras de Casos y supervisión de casos (FFIS de la RM, 2010).

Con la celebración de la I Jornada de Cuidados de Enfermería del Servicio Murciano de Salud, el 30 de marzo de 2011 en el Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena) comienza a asentarse la presentación del perfil profesional de la enfermera de enlace, difundiendo su rol.

La enfermera gestora de casos en el Servicio Murciano de Salud debe identificar al paciente con un perfil complejo, pudiendo ser personas afectadas por procesos asistenciales, personas hospitalizadas o en su domicilio sin cuidados familiares o apoyo social, personas en situación de alta hospitalaria con necesidad de cuidados domiciliarios continuados y cuidadores y/o familiares de las anteriores. Todos poseen un gran potencial de recibir este servicio en base a unos criterios (Tablas 11 y 12) y, a continuación, se registra en la historia clínica electrónica, ya sea SELENE (atención especializada) o mediante el programa de atención primaria OMI-AP, siguiendo la hoja de inclusión en gestión de casos (Anexo 7).

Grupo A:	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente red apoyo social: Escala de Valoración de riesgo social Sociofamiliar de Gijón > 10
	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabetismo de la persona y/o cuidador
	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación familiar
Grupo B:	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de adherencia al tratamiento y/o de seguimiento: no recogida de recetas de crónicos, y/o no acude a consulta de Atención Primaria en 2-3 ocasiones y/o no acude a consulta de Salud Mental en 1 o más ocasiones.
	<ul style="list-style-type: none"> • 3 ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses por motivo de descompensaciones de su propia patología crónica.
Grupo C:	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia domiciliaria
	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 65
	<ul style="list-style-type: none"> • Polimedicados > 5 fármacos
	<ul style="list-style-type: none"> • Situación de Riesgo de Dependencia o Fragilidad: Cuestionario de Barber > 1

Tabla 11: Grupos de Indicadores de Inclusión. Fuente: FFIS de la Región de Murcia, 2011.

Criterios para la inclusión en Programa:	• La presencia de 1 indicador del Grupo A
	• La presencia de los 2 indicadores del Grupo B.
	• La presencia de 3 indicadores del Grupo C
	• La presencia de 1 indicador del Grupo B junto a 2 indicadores del Grupo C

Tabla 12: Criterios de Inclusión. Fuente: (FFIS de la Región de Murcia, 2011)1.

4.2. La seguridad del paciente

En los últimos años la seguridad del paciente se ha convertido en el elemento clave de determinación de la calidad de los hospitales de todo el mundo. Y ha adquirido una gran relevancia, y de interés internacional, tanto para los pacientes y sus familias, porque quieren sentirse confiados y seguros con los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y los profesionales, que quieren ofrecer una asistencia sanitaria efectiva y eficiente.

En 1999 el Institute of Medicine (IOM) norteamericano publica el informe “To err is human: building a safer health system” (IOM, 2000), desencadenando el interés internacional de la sociedad, de los proveedores de la atención sanitaria y de los responsables políticos, por la preocupación de la seguridad de los pacientes en los servicios sanitarios (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009a; Bañeres et al., 2005).

Debido a la relevancia que estaba tomando la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decide crear en el año 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (World Alliance on Patient Safety) bajo el lema “Ante todo, no hacer daño”, participando la Organización Paramericana de la Salud (OPS), el

Departamento de Salud del Reino Unido y el Departamento de Salud de Estados Unidos (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Muchos países se centran en dos grandes medidas con las que debían iniciar el cambio en la cultura de seguridad del paciente. La primera de ellas, tener un marco legal que regule esta materia y la segunda, trabajar en sistemas de información que permitan detectar, recoger, analizar y difundir los errores, mediante los sistemas de notificación de carácter confidencial, voluntarios y no punitivos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009b).

En Europa, el Comité Europeo de Sanidad establece también en el año 2004 las recomendaciones dirigidas a los gobiernos de los Estados Miembros. El Reino Unido redacta un informe pionero sobre “La seguridad del paciente en siete pasos”, donde se concretan aspectos relacionados con el liderazgo del equipo sanitario, la necesidad de promover la comunicación de efectos adversos, aprender de los errores y formar al personal sanitario (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

El Consejo de Europa en 2005 establece la “Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo.” (Consejo de Europa, 2005) y, un año después, se recomienda a los Estados Miembros que los sistemas fueran anónimos para que aumentara el grado de confianza de los intervinientes. Según las recomendaciones del National Quality Forum, la cultura sobre seguridad es esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren (National Quality Forum, 2007).

La seguridad del paciente es un factor fundamental para la calidad asistencial y se considera una prioridad en la asistencia sanitaria (Gómiz, 2007). Supone ejecutar acciones que permitan obtener una mejora continua de los servicios, aumentar los programas de educación y formación y disminuir el estrés profesional. Implica la gestión de los

riesgos, estimulando el desarrollo de modelos que detecten o reduzcan la aparición de errores. Estos errores, llamados efectos adversos o en ocasiones *eventos adversos* “*incluyen el conjunto de accidentes e incidentes causantes de un daño en el paciente o que hubieran podido causarlo, con ocasión de la asistencia sanitaria prestada*” (Urruela, 2006).

Seguridad es, según la Organización Mundial de la Salud “*un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad*” (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La cultura de seguridad necesita de cuatro subculturas para poder desarrollarse. La primera de ellas, es una cultura de comunicación, fundamental para que el personal sanitario perciba un clima de confianza donde poder comunicar los incidentes que se produzcan. La segunda es una cultura justa, donde una conducta errónea sea comprendida y se acepte mediante un sistema de comunicación y análisis, y una conducta inaceptable, sea diferenciada claramente y no se tolere. Una cultura flexible es el tercer tipo que se necesita, ya que si se producen situaciones de peligro, debe alterarse la estructura jerárquica para adaptarse a ellas. Y por último, una cultura de aprendizaje, donde los profesionales deben querer extraer conclusiones del sistema de información y estar dispuestos a adoptar las reformas necesarias como oportunidad de mejora (Bartolomé, 2005).

En España, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud presenta la norma de referencia que respalda la instauración de un sistema de notificación y registro de eventos adversos. A su vez, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha venido desarrollando desde 2004 una serie de iniciativas que se han consolidado como la Estrategia en Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), la cual constituye uno de los objetivos del Plan de Calidad para el SNS. Un año después, se elabora el informe sobre “Estrategia en seguridad del paciente”, con la finalidad de ir transformando la cultura corporativa, que tiende a ocultar y a no registrar la información

relacionada con los eventos adversos, muy arraigada y extendida entre el personal sanitario. En el año 2005, es puesta en marcha la unidad de gestión de riesgos clínicos, coordinada por médicos inspectores, enfermeras y asesores legales, en el Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia) (Pardo et al, 2005). Posteriormente se lleva a cabo, en 24 hospitales, el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), sobre un total de 5.624 historias clínicas y 1.063 pacientes. Se detectan 655 efectos adversos, lo que supone una densidad de incidencia de 1,4 efectos adversos por cada 100 días de estancia-paciente. Con este informe también se logra poner de manifiesto que el 9,3% de los pacientes ingresados sufre algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia sanitaria; que el 37,4% de los efectos adversos detectados tienen el origen en la medicación, seguido de la infección nosocomial (25,3%) y de los problemas técnicos en los procedimientos (25%), y que el 17,7% de los pacientes con efectos adversos acumuló más de uno. Del total de los 473 pacientes con efectos adversos relacionados con la hospitalización, en 105 casos (22,2%) el efecto adverso fue la causa del ingreso hospitalario (reingreso) (Aranaz, 2006).

Un trabajo de investigación presenta, mediante la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, como herramienta auto administrada válida y fiable, adaptada al contexto español, una medición de la cultura sobre seguridad del paciente, identificando los aspectos en que habría que incidir para mejorarla y poder monitorizar su evolución (Saturno, 2008).

Siguiendo la línea de investigación sobre la seguridad del paciente, un estudio que tuvo lugar en la Universidad de Murcia a través de un convenio con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Saturno, 2008b), permitió a los investigadores tomar las “30 buenas prácticas” recomendadas por el National Quality Forum en 2007 (Tabla 13) y transformarlas en indicadores, con los que se pueden medir las seis

dimensiones de la calidad (la seguridad, la efectividad, el servicio centrado en el paciente, la oportunidad, la eficiencia y la equidad).

<p>Set de buenas prácticas para la seguridad del paciente Adaptado de: Safe Practices for Better Healthcare. The National Quality Forum, Washington 2003.</p>
<p>GRUPO 1: Cultura de Seguridad 1. Cultura de seguridad.</p>
<p>GRUPO 2: Adecuar la capacidad del servicio a necesidades del paciente 2. Información al paciente sobre riesgos comparados. 3. Existencia de normas razonadas para la dotación de personal de enfermería. 4. Personal médico de UCI con formación específica. 5. Participación del farmacéutico en los procesos de prescripción, dispensación y administración de fármacos.</p>
<p>GRUPO 3: Adecuada transferencia de información y una clara comunicación. 6. Asegurar comprensión de órdenes emitidas verbalmente. 7. Uso normado de abreviaturas y anotación de dosis. 8. Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria. 9. Transmisión clara y a tiempo de cambios en la atención del paciente. 10. Asegurar la comprensión del consentimiento informado. 11. Asegurar conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales. 12. Implementar prescripciones computerizadas. 13. Implementar protocolo para prevenir etiquetado erróneo de Rx. 14. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado.</p>
<p>GRUPO 4: Mejorar seguridad en situaciones específicas. 15. Evaluar riesgo de infarto en pacientes quirúrgicos y prescribir betabloqueantes a los pacientes con alto riesgo. 16. Evaluación y prevención de úlceras de decúbito. 17. Evaluación y prevención de trombosis venosas profundas. 18. Gestión específica de la anticoagulación. 19. Evaluación y prevención del riesgo por aspiración. 20. Prevención de infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales. 21. Prevención de infección en herida quirúrgica. 22. Utilizar protocolos para prevenir daños renales por contraste. 23. Evaluar riesgo de malnutrición y prevenir su aparición. 24. Evaluar y prevenir complicaciones en pacientes intervenidos con manguito de isquemia. 25. Lavado / descontaminación de manos antes y después de contacto directo con pacientes y objetos en torno al mismo. 26. Vacunar personal sanitario contra la gripe.</p>
<p>GRUPO 5: Mejorar seguridad en el uso de medicamentos. 27. Zona de preparación de medicación 5S. 28. Métodos estandarizados para el etiquetado, empaquetado y almacenaje de medicamentos. 29. Identificación específica de medicación de “alta alerta” (Quimioterapia, anticoagulantes, electrolitos concentrados, insulina). 30. Dispensación de medicamentos en dosis unitarias.</p>

Tabla 13: Set de buenas prácticas para la seguridad del paciente.
Fuente: Saturno, 2008.

Otras investigaciones dejan constancia de la preocupación que presentan los profesionales de enfermería por la gestión del riesgo, para conseguir la seguridad del paciente. Investigadores españoles confeccionaron y validaron durante 2008 un modelo de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, basado en los criterios del modelo EFQM (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009c). En noviembre de 2010 se presentaron sus resultados, destacando una percepción social de poco reconocimiento por el trabajo enfermero y de las altas cargas de trabajo que asume, y sin embargo, por parte de los pacientes, una percepción positiva en cuestiones de trato y asistencia, y negativa por su poca participación en la toma de decisiones de su propio proceso (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010d).

Una vez explicadas todas las estrategias existentes y su desarrollo en España, con el objetivo de obtener la excelencia clínica, mejorando en todo momento la seguridad del paciente, es necesario incidir en la cultura sobre seguridad del paciente, para una mejora en la implantación de los sistemas de medición del servicio sanitario prestado.

CAPÍTULO 5: UNA NUEVA GESTIÓN SANITARIA BASADA EN LOS CUIDADOS: EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE ENFERMERÍA

El modelo de gestión sanitario español se basa en el empleo del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y la clasificación de pacientes en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR) médico, en la medición del producto hospitalario; sin embargo, y viendo las experiencias adquiridas en otros países europeos, ya se apunta hacia otros modelos de medición de los resultados en salud basados en otros criterios que favorecen la continuidad de los cuidados.

A continuación, exponemos sistemas de clasificación de pacientes utilizados en sanidad, y comentamos el empleado en España, para explicar después el modelo belga.

En los Países Bajos, implantaron un nuevo sistema de gestión hospitalaria, basándose en el sistema de información de los cuidados enfermeros, para poder emplear sistemas de clasificación de pacientes y detectar el coste de los productos enfermeros.

Por último hacemos mención al modelo de gestión alternativo que comienza a aplicarse teóricamente en España.

5.1. Los sistemas de clasificación de pacientes

Los sistemas de clasificación de pacientes son herramientas que permiten agrupar a los enfermos para medir el producto hospitalario y calcular el coste sanitario. Se han desarrollado muchos tipos de clasificaciones, americanas mayoritariamente, de aplicación médica, entre las que se encuentran la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); los Grupos de diagnóstico relacionado (DRGs) y el Índice de severidad de enfermedad (Disease Staging) que se divide en tres tipos, la Gestión generalizada del paciente (Generalized Patient Management

Paths), la Evaluación de salud y fisiología aguda (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) y los Sistemas de Agudeza (Acuity Systems).

Entre los sistemas de clasificación de pacientes aplicados en Enfermería están los Sistemas de valoración de cargas de trabajo de enfermería, como los Sistemas de evaluación de factores y Medicus; el Grace Reynolds Application an Study of PETO (GRASP), y la Asignación de puntos o PRNs a cada actividad (PRN) (Fernández, 2002).

5.1.1. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico en España

En Europa existe la creencia generalizada de que el sistema “Grupos Relacionados por el Diagnóstico” (GRD) es el case-mix más eficaz, con una gran potencia explicativa y el que aporta mayor experiencia de todos los disponibles en la actualidad (Alcalde et al., 2006).

Para medir el producto hospitalario, el sistema más usado son los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR). Los GDR son grupos homogéneos en cuanto al consumo de recursos: grupos de procesos hospitalarios de una misma categoría diagnóstica médica con costes similares, donde cada GRD tiene asignado un valor relativo (peso relativo) relacionado con el coste del proceso de cada GRD, y permiten definir y cuantificar indicadores de calidad por procesos, por resultados y por costes, segmentado por clientes (Rivero et al., 2002). Además, el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) es el instrumento más usado para determinar ese uso apropiado de los recursos. Por lo tanto, los GDR son el sistema de clasificación de pacientes más utilizado y ampliamente aceptado para la medida del producto hospitalario en España (Ferrús et al., 2000).

En el año 1997, con el proyecto “Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud”, puesto en marcha por las autonomías con gestión sanitaria transferida y el Insalud, se hizo una estimación de los pesos medios estatales de cada GDR y se calcularon los costes de los

procesos asistenciales atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Rivero, 1999).

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR) incorporan estimadores de consumo de recursos y costes, denominados pesos relativos. El sistema GDR atribuye un peso relativo a cada GDR basado en su coste. El valor 1.00 representa el coste medio global. En nuestro país dichos pesos y costes se obtienen anualmente, a partir de la información sobre los costes de la atención hospitalaria obtenidos por los sistemas de contabilidad analítica (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Sin embargo, se ha detectado que el Sistema GRD es un indicador poco fiable de los costes reales de la asistencia porque su escala de complejidad viene determinada originariamente por los GRD americanos, y no explica más allá del 19 % de la variabilidad de los costes sanitarios españoles (Serrano et al., 2000).

En contra de los que se puede llegar a pensar, los GDRs identifican y definen los procesos de las unidades y servicios que intervienen en la asistencia del paciente, siendo Enfermería una de estas unidades (Rivero et al., 2002). Es sabido por los gestores que la codificación de los procedimientos y las complicaciones que aborda el servicio de enfermería en los pacientes ingresados, mejora la información y la calidad del CMBD con el que se calculan los GRD y se comparan los hospitales, pero incrementa la complejidad hospitalaria y repercute al alza en la financiación del centro (Sebastián et al., 2009).

En España, cada persona hospitalizada tratada de forma individual tanto en sus problemas de salud, como sociales o de cualquier otra índole, y durante su estancia hospitalaria, seguramente necesite aparte de la atención médica, la atención enfermera, y cada vez más, la intervención de otros profesionales como los trabajadores sociales o los psicólogos que con sus decisiones clínicas influyen en la eficiencia del proceso asistencial y, por lo tanto, en los costes (Rich et al., 2003).

Pero los GDR no son suficientes para medir el coste de los cuidados (Ferrús, 1999) porque con los GDR no se pueden establecer grupos homogéneos de consumo de cuidados, ya que dos pacientes clasificados con el mismo GDR, pueden tener distinta intensidad de cuidados. Ni el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) guía en el uso apropiado de los recursos de Enfermería. Entonces, para poder ajustar el sistema a la Enfermería, se determinó un coste fijo por día, basado en dos tipos de cuidado: cuidado de rutina, ofrecidos en las unidades de hospitalización convencionales y cuidados intensivos, ofrecidos en unidades especiales, pero son poco útiles para la gestión de los cuidados porque siguen sin cuantificar el producto enfermero (Maciá, Moncho y López, 2010).

Los gestores de los cuidados fueron conscientes de que necesitaban instrumentos de medida de la intensidad de los cuidados con los que poder determinar el coste del proceso asistencial y la asignación de RRHH en una unidad de hospitalización. Fue en 1990 cuando la Asociación de Hospitales de Quebec (Canadá) realizó un estudio sobre este tema en 1974 por EROS (Equipe de Recherche Operationnelle en Santé) teniendo como director a Charles Tilquin (informático y matemático), llegando a la conclusión de que el sistema Project Research in Nursing (PRN) era el sistema de medida de la intensidad de los cuidados, en términos de tiempo, más válido y fiable para hacerlo (Tilquin, Ferrús y Portella, 1992; Thibault, 1990).

El sistema PRN puede aplicarse en todas las unidades de Enfermería, puesto que mide el nivel de cuidados de enfermería que requiere un paciente en 24 horas. Consta de 99 intervenciones enfermeras con un total de 249 indicaciones de cuidados que representan los diferentes niveles de intensidad de la intervención, donde cada uno de ellos tiene un peso estándar en términos de tiempo de cuidados directos e indirectos.

Las investigaciones sobre los cuidados enfermeros en los GDR, han llevado ya a algunos países europeos a la incorporación de un Conjunto

Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CBMD-E) dentro del ya existente Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

5.1.2. El modelo belga de gestión sanitaria

El sistema de financiación hospitalario belga es considerado como uno de los sistemas que más se ajustan al cuidado enfermero, ponderando los pesos enfermeros. Este hecho ha redirigido un área del sistema de financiación belga hacia la justificación de las necesidades del personal sanitario como criterio clave para la asignación de recursos.

Este modelo de gestión belga basado en el producto enfermero, ha necesitado previamente la creación de un sistema de información centrado en los cuidados enfermeros, denominado Nursing Minimum Data Set (Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería).

Werley y sus colegas definieron en 1991 el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CMBD-E), o Nursing Minimum Data Set (NMDS), como: *“Un conjunto mínimo de datos que incluye categorías y variables definidas mediante un lenguaje normalizado, referidas a fenómenos enfermeros (diagnósticos, intervenciones, resultados y cargas de trabajo) y a la documentación necesaria que emplean los profesionales sanitarios”* (Werley et al., 1991).

Posteriormente, en 1994, Sermeus y otros autores han perfilado la definición como: *“Un sistema de registros de datos cifrados, con el menor número posible de errores, en relación a la práctica enfermera, haciendo disponible la información al mayor número de usuarios, de acuerdo a un amplio rango de requerimientos informáticos”* (Sermeus et al., 1994). De igual modo, Turtiainen y su equipo en el año 2000 lo definían como: *“ Un sistema de documentación que recoge, almacena, procesa, recupera, visualiza y comunica información oportuna sobre la práctica enfermera, necesaria para una gran variedad de usos y propósitos”* (Turtiainen et al., 2000).

Los primeros objetivos del CMBD de enfermería fueron establecidos por Werley y Lang en 1988, y aceptados posteriormente por asociaciones como la ANA (American Nursing Association) en 1994 y por investigadores en diferentes países (Devine y Werley, 1988; Leske y Werley, 1992; Clark y Lang, 1992).

- Establecer comparaciones de las actividades enfermeras entre las poblaciones de clientes, contextos, regiones geográficas y tiempos.
- Describir los cuidados de enfermería prestados a las personas, pacientes o clientes, a sus familias y comunidades, en una gran variedad de lugares, institucionales o no institucionales.
- Demostrar o proyectar las tendencias observables en la atención de enfermería y los recursos asignados a los pacientes o los clientes conforme a sus problemas de salud y a los diagnósticos enfermeros.
- Fomentar la investigación de enfermería, empleando los vínculos con los datos exhaustivos existentes en los sistemas de enfermería y otros sistemas.
- Impulsar un nuevo desarrollo y refinamiento de los sistemas informáticos y los registros electrónicos de la salud en enfermería.
- Comparar investigaciones en cuidados enfermeros, incluyendo investigaciones en diagnósticos, intervenciones, resolución de problemas en el paciente y en nuevos servicios de enfermería.
- Proporcionar datos sobre los cuidados enfermeros para facilitar e influenciar la práctica clínica, la gestión, la formación de enfermeras y la elaboración y la toma de decisiones en políticas de salud.

De ellos se puede extrapolar que los ámbitos de aplicación del CMBD de enfermería abarcan la práctica clínica, la administración o la gestión, la investigación, la educación y las políticas e industrias de la salud.

Dentro de un marco legal, su evolución histórica nos muestra que, durante la década de los ochenta, se incrementó la atención de todo el mundo hacia el desarrollo de un lenguaje normalizado y una clasificación estandarizada de la práctica de enfermería. Este incremento había ido paralelo al desarrollo científico de la enfermería, basado en la expansión internacional de la comunicación y en el cambio del conocimiento profesional. La introducción de los registros electrónicos de los pacientes acentuó la necesidad de encontrar conceptos que describieran sistemáticamente la práctica de enfermería. En 1985 se celebró la Conferencia Nacional sobre el Minimum Data Set (MDS) en Milwaukee (EEUU) y Werley y un grupo de enfermeras comenzaron a investigar sobre el Nursing Minimum Data Set (NMDS). Werley & Lang en 1988 propusieron el Conjunto Mínimo de Datos de enfermería (Nursing Minimum Data Set) formado por cuatro variables de enfermería: diagnóstico, intervenciones, resultados e intensidad de los cuidados enfermeros (Werley et al., 1991).

En 1986, la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) tomó la decisión de establecer un Conjunto Mínimo Básico de Datos de enfermería y junto con otras organizaciones especializadas en enfermería, respondieron a la necesidad de documentar que el cuidado enfermero obtiene diferentes resultados en los pacientes, apoyando los esfuerzos para crear el Conjunto Mínimo Básico de Datos de enfermería.

La historia de CMBD de enfermería en Europa comenzó en Bélgica en 1983. El objetivo principal era adaptar la financiación hospitalaria a su funcionamiento. Inicialmente se midió según la actividad médica, pero en el último momento se añadió una variable sobre el trabajo enfermero. Aquí comenzó la investigación de los registros de los datos.

Las variables enfermeras del CMBD de enfermería son definidas como *“variables específicas de información, incluidas en las bases de datos habituales de enfermería empleadas en todos los lugares donde se ofrecen cuidados”* (Werley et al., 1991).

El Conjunto Mínimo Básico de Datos de enfermería está formado por 16 variables que se ordenan en 3 grandes categorías (Tabla 14): cuidados enfermeros, datos demográficos del paciente y datos del servicio. De todas las variables, tan sólo 6 son exclusivamente enfermeras y las otras 10 restantes pertenecen al Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.

ELEMENTOS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE ENFERMERÍA		
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE	VARIABLES DEL SERVICIO	VARIABLES ENFERMERAS
- SIP	- Clave del servicio	- Diagnóstico enfermero*
- Fecha de nacimiento	- N° de la Historia clínica*	- Intervenciones enfermeras*
- Género	- Identificación de la enfermera*	- Resultados enfermeros*
- Raza	- Fecha de ingreso	- Intensidad de los cuidados *
- Residencia	- Fecha de alta	
	- Circunstancias al alta	
	- Financiación	

* Variables enfermeras

Tabla 14: Variables que constituyen el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería

Todos los CMBD de enfermería europeos e internacionales tienen en común tres variables enfermeras (diagnóstico, intervenciones y resultados enfermeros); siendo, la intensidad de los cuidados o cargas de trabajo, la única variable diferente. En la comparación de los diferentes Conjunto

Mínimo Básico de Datos de Enfermería existentes, no se observan muchas diferencias (tabla 15 y 16) (Goossen et al., 1998):

Comparación de los diferentes Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería existentes			
	EEUU	BÉLGICA	EUROPA
Nombre del conjunto de datos	Conjunto Mínimo Básico de Datos de enfermería (NMDS)	Conjunto Mínimo Básico de Datos de enfermería (Minimale Verpleegkundige Gegevens/Résumé Infirmier Minimum: MVG/RIM)	TELENURSE ¹ y CIPE
Ámbito	Nacional	Nacional	Multinacional
Población	Todos los centros sanitarios	Hospitales Generales	Todos los centros sanitarios
Vocabulario usado	NANDA, NIC, NOC, Sistema Omaha y HHCC	-Lista de Actividades de la Vida Diaria. -Lista de 23 intervenciones.	NIPE

Tabla 15: Comparación de los diferentes Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería existentes (I)

¹ En el Proyecto TELENURSE participan: Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Islandia, Italia, Portugal, Suiza, Gran Bretaña y los Países Bajos. Otras instituciones y países han expresado ya su interés (Goossen et al., 1998).

Comparación de los diferentes Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería existentes			
	EEUU	BÉLGICA	EUROPA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> -Describir y comparar cuidados enfermeros. -Demostrar y analizar tendencias en cuidados enfermeros. -Apoyar la investigación enfermera. - Basar la forma de actuar en los datos 	<ul style="list-style-type: none"> -Mostrar diferencias entre la variabilidad de la práctica diaria enfermera y la toma de decisiones en política de salud. -Describir el estado de la salud. -Permitir la investigación clínica enfermera. -Determinar los costes y la efectividad de los cuidados. -Determinar la intensidad de los cuidados. -Determinar los presupuestos y la plantilla del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar la variabilidad del conjunto de datos enfermeros y la comparación en Europa. - Hace visible lo que hacen las enfermeras. - Coleccionar datos enfermeros que han sido documentados usando la CIPE.
Relación con otras Bases de Datos de salud	Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH)	Conjunto Mínimo de Datos Clínicos y diagnósticos relacionados con los grupos	Ninguna

Tabla 16: Comparación de los diferentes Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería existentes (II)

En relación al desarrollo del CMBD de enfermería en Europa encontramos, como ejemplo ilustrado, que los Conjuntos Mínimos Básicos de Datos de enfermería se han desarrollado en varios países como EEUU (Werley et al., 1991), Canadá (Anderson y Hannah, 1993), Brasil (Elisa y Heimar, 2006), Tailandia (Volrathongchaik, Delaney y Phuphaibul, 2003), y varios europeos (Mac Neela et al., 2006): Bélgica (Sermeus et al., 1994; Anderson y Hannah, 1993), Finlandia (Turtiainen et al., 2000), Países Bajos (Goossen et al., 2000; Griens et al., 2001), Suiza (Junger et al., 2004).

Se han identificado 5 etapas en el desarrollo de un CMBD de Enfermería (Sermeus et al., 2002) y, concretamente en Bélgica, se está desarrollando desde hace más de 10 años, siendo en el año 2007 cuando se consigue implantar. Se comienza a investigar sobre el CMBD de enfermería en 1985 y, en 1988 por iniciativa del Ministro de Salud Pública belga, el CMBD de enfermería llega a ser obligatorio en los hospitales más importantes (Sermeus et al., 1994, 2002, 2004, 2005, 2006).

El CMBD de enfermería belga se ha aplicado experimentalmente en los Países Bajos, Suiza, Hungría y Finlandia. Este desarrollo e implantación en diversos países europeos ha supuesto la realización de investigaciones relacionadas al respecto, destacando las llevadas a cabo tanto en Bélgica como en Holanda. Los grupos de investigación encargados de estudiar el CMBD de enfermería en Bélgica son dos, uno se encuentra en la Universidad de Leuven, integrado por Walter Sermeus, Lucas Deleise, Koen Van den Heede, Dominik Michiels y el otro en la Universidad de Liège, formado por Pierre Gillet, Jean Codognoto, Olivier Thonon y Caroline Van Boven. En Holanda, el equipo de investigación lo constituyen William Goossen, Paul Epping, Wim Van den Heuvel y Arie Hasman. Estos autores han publicado artículos relacionados con los aspectos concretos que se necesitan para completar cada etapa de implantación, es decir, sobre la identificación de las variables y las intervenciones enfermeras, las técnicas empleadas para recoger los datos, los análisis estadísticos, y la fiabilidad y la validez de los datos que lo

componen (Goossen et al., 1998, 2000; Griens, Goossen y Van der Kloot, 2001; Goossen et al, 2001, 2002, 2003).

Las 5 etapas que se presentan en el desarrollo de un CMBD nos muestran una Primera fase (junio-octubre 2002), con el establecimiento del marco conceptual. Basándose en la revisión de la literatura y en un análisis secundario de los datos generados por las bases de datos existentes, se desarrolló como marco conceptual la Clasificación de la Intervenciones Enfermeras (NIC).

En una segunda fase (noviembre 2002-septiembre 2003), se produce el desarrollo del lenguaje y elaboración de un instrumento de recogida de datos. Todos los esfuerzos se pusieron en la selección e identificación de las variables y en establecer un lenguaje normalizado para ellas.

A partir de seis programas de cuidados (cuidados en la vejez, cuidados intensivos, cuidados crónicos, cuidados pediátricos, cardiológicos y oncológicos), establecieron la estructura de la base de datos y la unidad de los registros de los mismos (por ejemplo, la estancia diaria del paciente), la definición del diseño y el tamaño de la muestra, la frecuencia de la recogida de los datos (diariamente o varias veces al año) y finalmente, la recogida en sí (papel, registros electrónicos). Además, se registraron los datos de las intervenciones enfermeras, los datos demográficos de los pacientes, los diagnósticos médicos, los datos de la hospitalización y de los proveedores de cuidados.

Desde hace más de 10 años se registran los datos y ya se han almacenado más de 12 millones de datos enfermeros.

En una tercera fase (octubre 2003-diciembre 2004), se lleva a cabo la validación de la herramienta. Los datos recogidos en el CMBD de enfermería, como nueva herramienta que permitirá hacer la práctica de la enfermera visible, fueron validados en 158 servicios de 66 hospitales belgas, generándose 95.000 registros de pacientes. Cuestionaron la validez, la fiabilidad, la representatividad, la sensibilidad y la

complementariedad de los datos y obtuvieron resultados favorables para continuar con el proceso.

La cuarta fase del proceso (enero 2005-diciembre 2005) presenta el estudio de los datos recogidos por parte de la Administración. El Gobierno Federal belga comenzó a estudiar la información generada para asignar los presupuestos de los hospitales. A nivel básico, los datos se emplearon para las plantillas, monitorizar el uso de material y estimar el uso apropiado de las unidades de cuidados intensivos, cirugía, medicina interna y pediatría. Desde el punto de vista de los profesionales y de los investigadores, el CMBD de enfermería muestra las relaciones entre las condiciones del paciente y la prevalencia de las intervenciones enfermeras y las intervenciones enfermeras y la plantilla.

Por último, en la quinta fase (enero 2007), se produce su implantación. La consolidación de la cuarta etapa supuso la implantación del CMBD de enfermería en Bélgica en enero de 2007, basado en la segunda edición de la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (Sermeus et al., 2005, 2006; Corens, 2007).

Si hablamos del peso que supone el cuidado enfermero, encontramos que en el año 2006, el Nursing Minimum Data Set (NMDS) era una actualización muy rigurosa de un sistema con 79 ítems de intervenciones enfermera, pero se investigó sobre la posibilidad de vincularlo con el sistema de clasificación de pacientes GDR (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) y el estudio realizado con 112 casos clínicos detectó deficiencias en el NMDS, proporcionando validez, fiabilidad y uso, al coste-peso enfermero para los GDR (Sermeus et al., 2007). En posteriores investigaciones sobre el tema (Sermeus y su equipo), se elaboró una nueva versión del NMDS. Se consideró que el sistema carecía de un aspecto importante, como es la inexistencia de una relación clara con las necesidades de los cuidados enfermeros cuyo resultado proviene de las necesidades de cuidado del paciente.

El NMDS II surge como resultado de la gran participación del sector sanitario y una reconfiguración estadística del sistema. Supone la actualización de la práctica enfermera actual y se basa en el NIC como un “lenguaje” internacional de las intervenciones enfermeras.

Al compararlo con la versión previa del NMDS, presenta una mayor representación del cuidado enfermero. El NMDS II tiene unas características del sistema clásico de clasificación de pacientes, pero esta versión se la considera una base de datos a nivel nacional, que puede vincularse con otras bases de datos relevantes, como la Historia Clínica Digital.

En pleno desarrollo de la implantación del NMDS y con la versión II en marcha, se estudió cómo podría integrarse y usarse la base de datos en el sistema de financiación de costes hospitalario. Surgieron preguntas como, ¿Qué métodos y herramientas se usan en el extranjero para financiar los cuidados de enfermería hospitalarios? ¿Cuáles son sus características?, ¿Qué evidencias pueden encontrarse en la literatura en relación al registro de las intervenciones enfermeras en el NMDSII? o ¿Cómo podría usarse el NMDSII en un hospital, como sistema de financiación de enfermería?. Tras estas cuestiones, se validó el CMBD Enfermero II, para poder usarse en los sistemas de reembolso de los hospitales belgas y además, exploraron las diferentes alternativas para vincular los GDRs y los datos de enfermería (AAVV, 2007).

En el año 2008, se midió la intensidad de los cuidados de enfermería basados en la información disponible del CMBD de Enfermería, de forma retrospectiva desde el año 2003. Los resultados de esta investigación mostraron que el NMDS belga ofrece una medida de la intensidad de los cuidados en los hospitales de pacientes agudos. Esos hallazgos fortalecían la necesidad de incrementar el uso de esos datos en la gestión hospitalaria, en la toma de decisiones de la política sanitaria y en los servicios de investigación sanitaria, añadiendo a ello la importancia de fomentar e incrementar los esfuerzos para desarrollar e implementar

los conjuntos de datos de enfermería en otros países (Sermeus et al., 2008).

En medio de la repercusión producida por esta incursión del gasto enfermero dentro de la gestión sanitaria, se están publicando desde el año 2009, diversos trabajos decisivos que avalan su relevancia. Uno de ellos revisó el Conjunto Mínimo Básico de Datos enfermero belga a nivel nacional, aclarándose que no es lo mismo el Conjunto Mínimo Básico de Datos (base de datos), que el NIC (que es el conjunto de actividades directas e indirectas que se le hacen al paciente en relación a un diagnóstico enfermero). Este paso inicial ha sido esencial para que, a nivel nacional, sea posible la implementación de la versión revisada del CMBDE-belga (Sermeus et al., 2009).

Otra investigación estudió la validación de la fuente “peso de enfermería” para la revisión del NMDS belga. Internacionalmente, la enfermería no está bien representada en los sistemas financieros hospitalarios. En Bélgica existe un sistema del peso enfermero ajustado al presupuesto asignado a los diferentes requerimientos del personal enfermero, pero necesitaba una revisión. Con esta investigación, se obtuvo como resultado el desarrollo de un conjunto coherente de recursos de pesos enfermeros, por lo que los autores pudieron concluir, que se había desarrollado un sistema de validación de recursos de pesos enfermeros, quedando el sistema preparado para ser validado dentro de un contexto internacional. Este trabajo puso de manifiesto, por un lado un conjunto de recursos de pesos enfermeros como entradas del cuidado enfermero en el reembolso hospitalario y, por otro, que el sistema está estandarizado, permitiendo una comparación entre los hospitales y los servicios de enfermería (Van Herck Pieter et al., 2009).

5.1.3. El CMBD- Enfermería en España

En nuestro entorno sanitario, se relacionó el sistema de clasificación GDR con la intensidad de los cuidados de Enfermería medida con el

sistema Project Research in Nursing (PRN). Tuvo lugar en dos hospitales catalanes, mediante el proyecto de investigación del FIS “Grupos Relacionados con el Diagnóstico e intensidad de cuidados de Enfermería” (Ferrús, Honrado y Pintado, 2000; Ferrús, Honrado y Pescador, 2000; Ferrús et al., 2001), y después se analizó la actividad enfermera con el PRN (Bertrán et al., 2003). Estos dos estudios constituyen la consolidación de una línea de investigación en la sanidad española centrada en estudiar los costes derivados de los cuidados enfermeros.

Siguiendo esta línea, en el año 2000 se creó “El Proyecto de la Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería”, conocido como Proyecto NIPE, que viene desarrollándose desde 1997 y se enmarca en el seno de un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Consejo General de Enfermería y el Instituto de Salud Carlos III, circunscribiéndolo al proyecto «Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud» del propio Ministerio. Se enmarca dentro de la corriente europea de desarrollar e implantar un modelo de gestión sanitario basado en la rentabilidad y la calidad, y sobre todo de la calidad en la gestión (Rivero et al., 2002).

Lo gestiona el “Instituto Superior de Acreditación y Desarrollo Profesional de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud” (ISECS), organización privada, de naturaleza fundacional, subsidiaria del Consejo General de Enfermería, constituida sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es el desarrollo de la normalización, la acreditación y la investigación en el ámbito de la Enfermería y de otras ciencias de la salud (Rivero et al., 2002).

Su propósito es establecer un lenguaje común y una metodología homogénea en el proceso enfermero para obtener la normalización de la práctica de la enfermería, la estimación de los costes generados de enfermería dentro del contexto de los GDR y la identificación de los indicadores de calidad para los cuidados enfermeros.

Las normas NIPE son tipo guías, ya que, con ellas, se pretende facilitar al profesional de enfermería la identificación de las intervenciones que tiene que aplicar a un paciente concreto, mediante una metodología normalizada (Rivero et al., 2002).

Otros proyectos, posteriormente vinculados al Proyecto NIPE en 2002, se inician a su vez por el Instituto Superior de Acreditación y Desarrollo Profesional de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud (ISECS), son el NUBINE y el SIGUE (Rivero et al., 2002). Con el proyecto “Núcleo Básico de Información para la Enfermería” (NUBINE) se pretende crear un sistema propio de clasificación de pacientes que goce del reconocimiento institucional. Por otro lado, el deseo de fusionar la normalización de la práctica con la normalización de los datos ha dado lugar el proyecto SIGUE, un sistema integral de gestión en enfermería.

En España, las iniciativas que se están desarrollando en el ámbito del CMBD de enfermería tienen lugar por parte de La Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería y del Proyecto de la Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería.

La Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) como asociación sin ánimo de lucro, que se dio a conocer en el I Simposium Internacional de Diagnósticos de enfermería de Barcelona en mayo de 1996, agrupa a todas las enfermeras interesadas en estudiar y trabajar por un lenguaje común entre los profesionales de enfermería (AENTDE, 2003).

En cuanto a los requisitos para desarrollar el CMBD de enfermería, encontramos que las condiciones necesarias no son ninguna novedad y ya hemos hablado de ellas con anterioridad. Éstas son un lenguaje normalizado y una terminología para los diagnósticos, las intervenciones y los resultados enfermeros (Delaney, Connie y Moorhead, 1995; Coenen et al, 1999; Delaney, Reed y Clarke, 2000). Con la utilización de este

lenguaje, el trabajo enfermero, el hecho de cuidar, deja de ser etéreo e invisible (Butler et al., 2006) y se consolida como disciplina con contenido propio dentro del campo de la salud.

El sistema de medición de resultados pasa por la generación de un Conjunto Mínimo Básico de Datos Enfermero (CMBDE), como ya existe en otros entornos (Werley et al., 1991; Goossen et al., 2000), que sí permite la evaluación en función de las respuestas humanas y traza con mayor precisión los límites del impacto de los cuidados en la salud de la población (Morales, 2001).

5.2. El Modelo “SIGNO”

En la década de los años noventa se inició el desarrollo en España de un modelo de gestión que modificaba el sistema de cálculo de costes en el Sistema Nacional de Salud. El modelo, clasificado como modelo “SIGNO”, quedó enmarcado dentro de las actividades del Plan de Calidad Total con la intención de emplearse en cualquier hospital del territorio nacional.

Tras la creación del grupo de profesionales dedicados a la dirección económico-financiera de cinco hospitales españoles, denominado “Grupo SIGNO”: el Hospital Valle de Nalón (Asturias), el Hospital Son Dureta (Palma de Mallorca), el Hospital de Bellvitge (Barcelona), el Hospital Reina Sofía (Córdoba) y el Hospital Juan Canalejo (La Coruña), se revisó toda la cultura organizativa de nuestros hospitales, conociendo los costes de producción de la atención sanitaria prestada en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. Este proyecto SIGNO I, presentó el análisis para calcular el coste por servicio con el documento “Gestión Analítica”. Hacia la contabilidad Analítica en los Hospitales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990).

Como consecuencia del informe, continuaron identificando el coste por episodio de hospitalización en el proyecto SIGNO II. En ese momento se puso en marcha la Comisión Técnica de Enfermería, iniciándose la

validación del catálogo y los pesos relativos de las prestaciones enfermeras y la asignación de los costes enfermeros en el ámbito del pago por proceso, donde se estableció que la unidad relativa de valor (URV) es igual a 1 minuto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994). En 1993, el grupo de expertos del sector sanitario que lo lideraba, decidió dejar inacabada la línea de determinación de los costes por paciente.

5.3. La necesidad de una reforma en la gestión hospitalaria en España: Los sistemas de costes basados en las actividades (ABC: Activity Based Costing)

Una adecuada gestión de los cuidados debe contemplar el producto enfermero porque forma parte del producto sanitario general, contribuyendo en los costes y en los resultados y enlaza con la cartera de servicios (Guerrero, 2005).

El producto enfermero fue definido por la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, como *“el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y gestionadas por ella y otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad o reintegrar al individuo en su medio”* (ANDE, 2000).

Definir el servicio prestado y su cuantificación son aspectos difíciles de modificar en una reforma de gestión hospitalaria. En los centros sanitarios los elementos a combinar son múltiples: las personas, con los problemas de salud y los costes. Y esto requiere un esfuerzo por parte de los gestores en definir los productos y los servicios hospitalarios, que permitan aproximar los recursos destinados a la calidad asistencial (Maciá, Moncho y López, 2010). Teniendo en cuenta la movilidad constante de la realidad, van surgiendo otros modelos de gestión empresarial continuamente. El más destacado en los últimos tiempos, no presenta tan sólo un cambio en el sistema de cálculo de los costes, sino que presenta más pretensiones (Castelló, 1994).

El sistema de costes basados en las actividades (ABC: Activity Based Costing) o en castellano, Sistema de Gestión y de Costes Basado en las Actividades (SIGECA), defiende como principio que la actividad es la causa que determina el incremento de los costes y no los productos. Este sistema gestiona los costes a través de la gestión de las actividades (Rocafort y Martín, 1994) y sus aportaciones engloban por un lado, la eliminación de aquellas actividades que no añaden valor, es decir, las actividades superfluas que consumen recursos y no ofrecen ningún valor al paciente, y por otro, su medición, mediante los inductores de costes, considerados como los causantes de los costes o los factores de variabilidad de los costes (Blanco, 1994).

Se ha mostrado la aplicabilidad de este sistema en casi todos los sectores de la economía, pero en el sector sanitario presenta ciertas limitaciones. Éstas son propias de las organizaciones hospitalarias: no disponemos de una cultura de aplicación de técnicas de gestión y de costes, hay poca homogeneidad y baja automatización de los procesos.

Ante estas limitaciones, autores como Cooper y Kaplan presentaron en 1991, el sistema Activity Based Management (ABM) o sistema de gestión basada en las actividades, con el objetivo de conseguir la excelencia de la Organización. Se establece una relación de causalidad directa entre los costes y las actividades, detectando y eliminando las actividades que no añaden valor a los productos o servicios (Cooper y Kaplan, 1991).

En el sector sanitario este modelo ABC reconoce los cambios por los que puede pasar un paciente, y además permite implicar a los agentes de gasto (los profesionales) en las políticas de mejora de la calidad y de la eficiencia (Rich et al., 2003).

Los niveles de calidad de los cuidados continuados aumentan, con la implantación del CMBD- E como instrumento que permite la medición

de los resultados de salud de la población atendida en los servicios hospitalarios.

Una vez presentado el marco teórico, pasamos en el siguiente bloque al desarrollo de la metodología de la investigación.

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En este segundo bloque, y una vez desarrollada la introducción, la justificación de la investigación y el marco teórico donde se sitúa, recordemos desde el área de la gestión enfermera, se presentan los apartados referidos a la metodología de nuestra investigación, detallando los objetivos y la hipótesis de trabajo, el tipo de muestra seleccionada, el ámbito de estudio, las variables analizadas, los instrumentos de medición y evaluación de la información, el procedimiento de recogida de datos, y por último, el tipo de análisis de datos realizado.

6.1. Objetivos del estudio

Los objetivos que perseguimos con esta investigación son los siguientes:

- Identificar los hospitales de la Región de Murcia que trabajan con historias clínicas, ya sean informatizadas o en formato papel.

- Analizar la situación de partida de las enfermeras de los centros objeto de estudio de la Región de Murcia, para afrontar una realidad inmediata en su ámbito de trabajo, en relación a los conocimientos, accesibilidad y predisposición a la formación, para la cumplimentación del Informe de Enfermería al Alta.

- Establecer, tras los resultados obtenidos en el estudio, las posibles oportunidades de mejora, y aplicación de medidas correctoras disciplinares u organizativas.

6.2. Hipótesis de la investigación

Como respuesta a los objetivos formulados, nuestra hipótesis de partida es la siguiente:

La realidad clínica hospitalaria construida por los profesionales de enfermería de la Región de Murcia, presenta un desequilibrio entre la

demanda formativa y los conocimientos adquiridos, en lo que a su formación metodológica y tecnológica se refiere, para la correcta cumplimentación del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta, y posterior alcance de los resultados esperados con la implantación del documento, que aseguren la continuidad de los cuidados.

6.3. Diseño del estudio

Hemos realizado un estudio sociológico descriptivo – exploratorio e incidental de tipo transversal.

Secuenciándose una primera fase de revisión bibliográfica y un posterior estudio de campo, se ha realizado un análisis de variables cuali-cuantitativas, mediante cuestionario, a los profesionales de Enfermería del ámbito hospitalario, para identificar su opinión y describir el contexto situacional sobre su nivel formativo, conocimientos, y predisposición para la correcta realización del informe al alta enfermera, como una nueva herramienta de gestión sanitaria relacionada directamente con el producto enfermero.

6.4. Descripción de la muestra

6.4.1. Población y procedencia de la muestra

La población objeto de estudio la constituye las enfermeras de Atención Especializada de la Región de Murcia, ubicadas en los centros hospitalarios de las nueve áreas de salud de la CCAA de Murcia (Tabla 17).

Se lleva a cabo un estudio exploratorio, no probabilístico, seleccionando una muestra incidental de profesionales de enfermería de los centros públicos hospitalarios de la Región de Murcia, que conformara una muestra representativa, ya que *"los estadísticos que se obtienen en la muestra corresponden, representan, sin error sistemático, a los parámetros de la población"* (Pereda, 1987; pág. 126), al reunir las características de

la población objeto de estudio, y presentar un tamaño, porcentualmente significativo, en función de la población muestral (enfermeras asistenciales en situación de servicio activo) de cada uno de los centros. Para ello, se distribuyeron un total de 530 encuestas entre todos los hospitales, y finalmente admitimos como válida una muestra compuesta por 400 profesionales que participaron en el estudio de forma voluntaria, utilizando como criterios de inclusión el trabajar en los centros estudiados en el momento de la investigación, y desempeñando funciones asistenciales, independientemente de que asumieran a su vez cualquier otro rol relacionado con funciones enfermeras de gestión, investigación o docencia en los centros estudiados.

A continuación presentamos en la tabla (Tabla 17), el listado de las áreas de salud, con el hospital de referencia correspondiente y el número de enfermeras encuestadas en cada uno de ellos, diferenciando entre el número de encuestas repartidas y las perdidas en el proceso.

Área de salud	Hospital	Encuestas enviadas	Encuestas nulas (no contestadas correctamente, o no devueltas)	Enfermeras encuestadas
I: Murcia/Oeste	Hospital Virgen de la Arrixaca	180	62	118
II: Cartagena	Hospital Santa María del Rosell	40	18	22
III: Lorca	Hospital Rafael Méndez	40	21	19
IV: Noroeste	Hospital Comarcal del Noroeste	40	5	35
V: Altiplano	Hospital Virgen del Castillo (Caravaca de la Cruz)	40	0	40
VI: Vega Media del Segura	Hospital General Universitario Morales Meseguer	50	0	50
VII: Murcia/Este	Hospital General Universitario Reina Sofía	50	0	50
VIII: Mar Menor	Hospital Los Arcos	50	18	32
IX: Vega Alta del Segura	Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Cieza)	40	6	34
Total		530	130	400

Tabla 17: Centros estudiados y número de enfermeras encuestadas.

6.4.2. Características de la muestra

La descripción de la muestra empleada en el estudio se describe con respecto a las variables edad y sexo.

Hemos agrupado la edad de los participantes de la muestra de 21 a 34, de 35 a 49 y de 50 a 64 años (Tabla 18), para facilitarnos

posteriormente el análisis estadístico de esta variable con las restantes, incluidas en el estudio. Los valores adjudicados han sido, respectivamente, valor 1 a los comprendidos entre 21 y 34 años, valor 2 a los que tienen de 35 a 49 años y valor 3, de 50 a 64 años.

La edad de los encuestados oscila entre 25 y 61 años, siendo la edad media de 37,24 años.

Tabla 18: Grupos de edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 21 a 34 años	189	47,3	47,6	47,6
	De 35 a 49 años	161	40,3	40,6	88,2
	De 50 a 64 años	47	11,8	11,8	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

El 47,3% tiene de 21 a 34 años (n= 189), de los que 39 son hombres (42,9%) y 150 (49,2%) mujeres (Tabla 19). El 40,3% tiene de 35 a 49 años (n=161) de los que 36 son hombres (39,6%) y 124 (40,7%) mujeres. El 11,8% tiene de 50 a 64 años (n=47), de los que 16 son hombres (17,6%) y 31 mujeres (10,2%).

Tabla 19: Grupos de edad según el sexo		Sexo			
		Mujer		Hombre	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Grupos de edad	De 21 a 34 años	150	49,2%	39	42,9%
	De 35 a 49 años	124	40,7%	36	39,6%
	De 50 a 64 años	31	10,2%	16	17,6%

Entre los profesionales encuestados predomina el sexo femenino, con un 76,8% de la muestra. Siendo tan sólo un 23% los hombres que la integran (Tabla 20).

Tabla 20: Distribución sexo		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	307	76,8
	Hombre	92	23,0
	Total	399	99,8
Perdidos	Sistema	1	,2
Total		400	100

6.5. Temporalidad del estudio y procedimiento

6.5.1. Fase documental

El estudio que presentamos se ha iniciado con un proceso de búsqueda bibliográfica que nos introdujera en el conocimiento del tema objeto de nuestro estudio.

La búsqueda en las bases de datos electrónicas se ha completado con una revisión manual a partir de las listas de referencias de los artículos seleccionados. Se emplean documentos (libros, revistas, monografías, informes técnicos, legislación, prensa, etc.), que describen estudios originales de investigación y aportan nuevos datos sobre el tema objeto de estudio, como fuentes primarias y, como fuentes secundarias, la revisión de información especializada que registra y corrobora las afirmaciones e hipótesis de las fuentes primarias, permitiéndonos la localización de referencias bibliográficas pertinentes.

Además de los datos obtenidos sobre el Conjunto Mínimo de datos Enfermero, mediante una actualizada revisión bibliográfica, nuestro contacto con el profesor Ph. Walter Sermeus, experto en dirección y organización sanitaria, informática de la salud, financiación sanitaria y director del “Center for Health Services and Nursing Research” de la Universidad Católica de Leuven en Bélgica, nos facilitó una relevante información sobre el documento y su desarrollo en Bélgica, durante el proceso investigador.

6.5.2. Fase de trabajo de campo

Tras la búsqueda documental, el trabajo de campo de esta investigación, se ha desarrollado en dos etapas diferentes.

En primer lugar se presentó la solicitud de permiso oficial para el desarrollo del estudio a los responsables de los centros hospitalarios de las nueve áreas de salud de la Región.

Sabiendo desde un principio cuáles eran nuestros objetivos, y habiendo seleccionado los ítems a preguntar, se plantearon una serie de cuestiones con dos o más alternativas de respuesta, un formato determinado, un orden y unos contenidos acordes con el tema a investigar: preguntas sociolaborales, ventajas e inconvenientes del Informe de Enfermería al Alta. Con este instrumento, realizamos el pilotaje correspondiente durante el mes de junio de 2010, enviándose un total de 100 pretest a nueve centros hospitalarios de la región. Una vez recogidos y analizados, se diseñó el modelo final del cuestionario de opinión adaptada a la población diana sujeto de nuestro estudio (Anexo 8), precedido de unas preguntas de tipo sociodemográfico y sociolaboral relacionadas con una realidad y experiencia de los encuestados, unidimensional, completa y sin ambigüedades. Por otro lado, las respuestas nos proporcionan datos nominales, (categorías independientes: tipo sí/no o con listado de opciones) y ordinales, (categorías relacionadas y ordenadas: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca). Hemos seguido la metodología tradicional (Saturno, 2001).

Esta herramienta de medición válida y fiable se repartió durante los meses de noviembre y diciembre de 2010 y enero de 2011, a los nueve hospitales de las correspondientes áreas de salud de la Región de Murcia, coincidiendo a su vez con el proceso de cierre y traslado de dos de ellos a otra ubicación.

Junto a los cuestionarios se adjuntaba una presentación del estudio con carácter general y se agradecía a los profesionales su participación.

En todo momento se aseguró la confidencialidad y anonimato de los datos recogidos. Este trabajo de campo fue posible gracias a la colaboración de los supervisores de cada unidad en los citados meses de ejecución, durante la entrega y recogida de los cuestionarios.

6.6. Instrumentos de medición y definición de variables

La obtención de los datos de este trabajo se ha realizado mediante el empleo del cuestionario definitivo, como instrumento de medida, posterior al pilotaje pretest, por lo que el trabajo de campo se realizó en dos etapas delimitadas:

6.6.1. Pilotaje mediante Pretest

Se realizó un pretest ad hoc anónimo con 8 bloques de preguntas sobre el Informe de Enfermería al Alta donde detectar preguntas relacionadas con las barreras para su implementación, las necesidades formativas del profesional de enfermería, las aportaciones de los profesionales al documento, las aportaciones de mejora y las acciones correctoras a considerar. Ello nos permitió la elaboración y validación del posterior cuestionario definitivo.

6.6.2. Cuestionario definitivo

En una segunda fase, se elaboró un cuestionario autoadministrado anónimo elaborado ad hoc, para la realización de esta investigación, utilizando como variables independientes los datos sociodemográficos, sexo, edad, puesto de trabajo y el tipo de contrato laboral actual (temporal, fijo – indefinido, sustitución), y datos laborales de la muestra como el tipo de función desarrollada por la enfermera hospitalaria, el horario de trabajo, la plantilla existente en la unidad de trabajo y el tipo de Historia Clínica realizada al paciente.

Las variables dependientes incluidas en el cuestionario, nos permiten medir la formación del profesional sanitario mediante otras variables relacionadas con la formación universitaria y la formación

continuada. La relación entre seguridad del paciente y cumplimentación del Informe de Enfermería al Alta (IEA), ante potenciales efectos adversos.

La existencia y utilización de protocolos enfermeros sobre cuidados, según los diagnósticos de enfermería (código NANDA), resultados enfermeros (código NOC) e intervenciones (código NIC), con las que establecer una relación entre conocimientos teóricos y aplicabilidad en la práctica hospitalaria.

La implantación del documento, identificado mediante la formación recibida, las cargas de trabajo existentes en su servicio/unidad, la falta de tiempo para realizar el resto de actividades enfermeras y la relación existente entre los compañeros de trabajo (colectivo enfermero con respecto al colectivo médico, al colectivo de auxiliares y al resto del colectivo sanitario, trabajadores sociales y fisioterapeutas).

El cuestionario o instrumento de medición, incluye finalmente 46 preguntas de las variables descritas donde se encuentran diversas opciones de respuestas. Algunas de ellas de tipo numérico, otras en forma de escala tipo Likert en las que el profesional sanitario elige la opción con la que está más de acuerdo, y otras de tipo nominal (Sí/No).

Los datos relacionados con la formación se han medido preguntando el año en que obtuvo la titulación de enfermera, la posesión de otro grado académico superior a la Diplomatura en Enfermería, el número de horas de formación no reglada o de formación continuada que ha realizado en los últimos 24 meses. Para terminar este bloque, se quiso conocer también, el máximo grado académico que posee además del Diplomado en Enfermería y el año de obtención de este grado académico (antes de 2000, y después del año 2000).

Los datos laborales generales, se han obtenido con cuatro preguntas bien diferenciadas. La primera pregunta responde al cargo y función desempeñado en el centro sanitario. La segunda pregunta se refiere al horario y tipo de turno de trabajo. La tercera pregunta correspondiente a

la plantilla de profesionales existentes en el servicio al que pertenece la enfermera encuestada, se midió en base al número promedio de pacientes que tiene la unidad en la que trabaja, la aplicación de algún sistema de cuantificación de cargas de trabajo en la unidad, y el sistema organizativo laboral de turnos y horarios de trabajo. Otras preguntas, aluden a la ratio enfermera- paciente (número de enfermeras por paciente) a la distribución horaria de profesionales, y al tipo de formato en que se registra su trabajo diario, pudiendo ser formato papel, formato digital o en ambos. En la cuarta pregunta, dedicada a la Historia Clínica del paciente, indagamos sobre la existencia de la historia clínica digital en su centro de trabajo, el empleo de la misma, el uso del programa informático SELENE en su servicio, así como sobre la utilización y nivel de conocimiento de las nuevas tecnologías.

La opinión de las enfermeras en relación al Informe de Enfermería al Alta, se ha obtenido mediante una serie de preguntas sobre la necesidad de la realización de la historia de enfermería al inicio y durante el proceso asistencial, y la redacción e idoneidad de un Informe de Enfermería al Alta.

En cuanto a las relaciones entre el Informe de Enfermería al Alta y la seguridad del paciente, quisimos conocer si la aplicación del Informe de Enfermería al Alta podía considerarse como un indicador de seguridad del paciente que evitase futuras complicaciones y efectos adversos.

Para medir la existencia y utilización de protocolos enfermeros sobre cuidados, según los diagnósticos de enfermería (código NANDA), resultados enfermeros (código NOC) e intervenciones (código NIC), con las que establecer una relación entre la teoría académica y la práctica hospitalaria, se preguntó sobre la estandarización de los cuidados de enfermería en su centro y servicio, así como sobre nivel de formación y conocimientos profesionales sobre NANDA, NIC Y NOC, y su aplicación en la práctica asistencial.

En el último bloque, ubicamos las preguntas referidas a la futura implantación del Informe de Enfermería al Alta, centrándonos en detectar la formación y conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el tema, así como las potenciales dificultades para su implantación.

6.7. Análisis de los datos

Para presentar los resultados de este trabajo de investigación y poder alcanzar los objetivos propuestos, se ha llevado a cabo diferentes técnicas de análisis estadístico:

El tipo de análisis de los datos ha sido en primer lugar descriptivo, obteniéndose las frecuencias absolutas y porcentajes de las variables sociodemográficas y sociolaborales. Además de calcular los estadísticos de tendencia central.

Seguidamente se ha analizado la asociación entre variables realizando tablas de contingencia. La determinación de su correlación se ha hecho mediante Chi cuadrado de Pearson.

Con el paquete informático estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 19.0 para Windows, y tras la creación de una base de datos de nuestras variables, se ha realizado el análisis estadístico de las mismas.

RESULTADOS

CAPÍTULO 7: LOS RESULTADOS

Con el objeto de lograr los objetivos propuestos y comprobar la hipótesis que se ha presentado en el capítulo anterior, en este apartado exponemos los resultados obtenidos tras los análisis estadísticos realizados.

Comenzamos presentando los resultados descriptivos de la muestra, mediante el análisis de las frecuencias absolutas y las frecuencias relativas o porcentajes, el cálculo de las medias y desviación típica de las variables independientes o variables sociodemográficas y sociolaborales. Posteriormente, se presentan los resultados descriptivos del resto de variables dependientes, procedentes de los análisis estadísticos referidos a los objetivos y dimensiones del cuestionario: variables laborales, las variables relacionadas con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional de la muestra en la Región de Murcia, las variables relacionadas con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia y las variables que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia.

Finalmente, se establecen en el estudio estadístico las asociaciones entre las variables sociodemográficas y laborales, con el resto de variables dependientes, utilizando la aplicación del estadístico Chi cuadrado de Pearson, considerando un nivel de significación de 0,05 ($p < 0,05$), y prueba "T" de Student, en función del tipo de variable, cualitativa o cuantitativa.

7.1. Análisis descriptivo de la muestra

7.1.1. Variables sociodemográficas y laborales

7.1.1.1. Sexo

Como ya comentamos en el capítulo de la metodología, queda patente que en esta profesión las mujeres predominan con respecto a los hombres, presentándose en el total de la muestra ($n = 399$), un 76,8% de mujeres, frente a un 23% de hombres (Tabla 21).

Tabla 21: Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	307	76,8
	Hombre	92	23,0
	Total	399	99,8
Perdidos	Sistema	1	,2
Total		400	100

7.1.1.2. La edad

En cuanto a la edad, los componentes de la muestra presentan una media de 37 años y una desviación típica de 8,48 (Gráfico 1), con una máxima y mínima entre 35 y 61 años de edad (Tabla 22). Realizando una distribución de esta variable por grupos, las enfermeras comprendidas entre 21 y 34 años representan un 47,3% ($n=189$), seguidas por un 40,3% ($n=161$) de las profesionales con una edad entre 35 y 49 años. El grupo de enfermeras más veteranas, entre 50 y 64 años es representado por un 11,8% ($n=47$) (Tabla 23).

Tabla 22: Edad	Válidos	397
	Perdidos	3
Media		37,24
Varianza		71,958
Rango		36
Mínimo		25
Máximo		61

Tabla 23: Edad de las enfermeras por grupos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 21 a 34 años	189	47,3	47,6	47,6
	De 35 a 49 años	161	40,3	40,6	88,2
	De 50 a 64 años	47	11,8	11,8	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

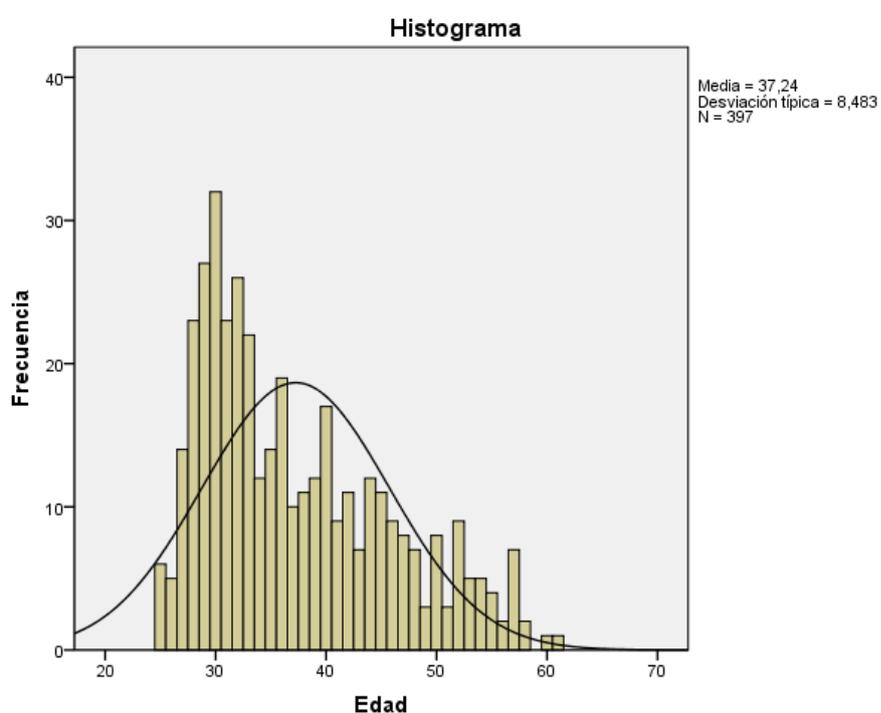


Gráfico 1: Curva de Gauss de la edad de las enfermeras

7.1.1.3. El centro sanitario

El perfil de las características laborales de la muestra, se define por la representatividad de los centros sanitarios, destacando en primer lugar, el Hospital Virgen de la Arrixaca con un 29,8% (n = 119) de la muestra total (Tabla 24). , seguido por el Hospital General Universitario Morales Meseguer y el Hospital General Universitario Reina Sofia con un 12,5% (n = 50) (Gráfico 2).

Tabla 24: % Tamaño de la muestra		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hospital Virgen de la Arrixaca	119	29,8
	Hospital Santa María del Rosell	22	5,5
	Hospital Rafael Méndez	19	4,8
	Hospital Comarcal del Noroeste	40	10,0
	Hospital Virgen del Castillo	35	8,8
	Hospital General Universitario Morales Meseguer	50	12,5
	Hospital General Universitario Reina Sofía	50	12,5
	Hospital Los Arcos	32	8,0
	Hospital de la Vega Lorenzo Guirao	33	8,3
	Total	400	100,0

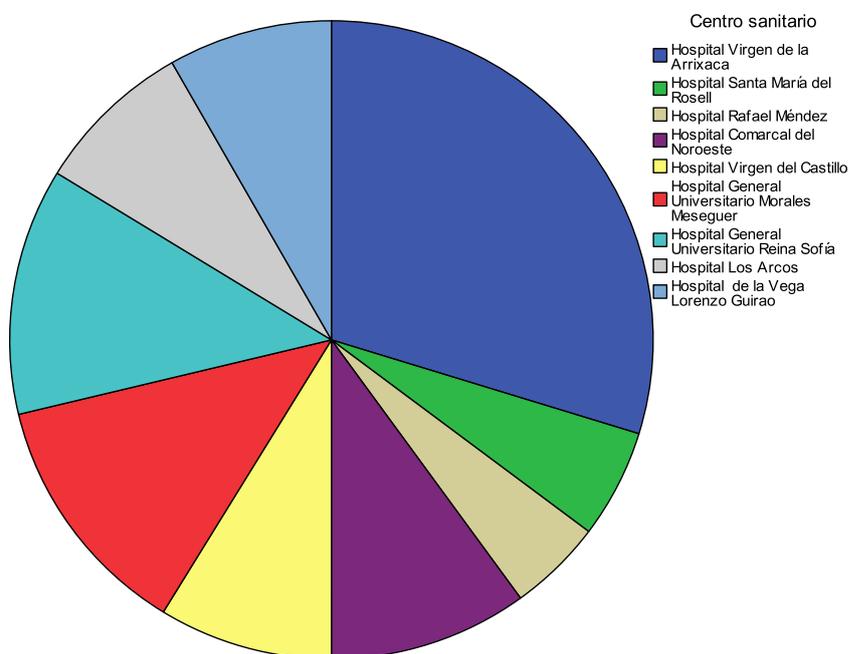


Gráfico 2: Centro sanitario

7.1.1.4. La unidad de trabajo

El servicio más representativo es la unidad de Medicina Interna con un 30,3% (n=121), seguido de las Unidades quirúrgicas con un 24,8% (n=99) (Tabla 25). La muestra más reducida corresponde a los profesionales que desempeñan su actividad laboral en las consultas externas con un 0,5% (n= 2) (Gráfico 3).

Tabla 25: Unidad de trabajo		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Unidades Quirúrgicas	99	24,8
	Unidades Psiquiátricas	8	2,0
	Unidades Medicina Interna	121	30,3
	UCI	23	5,8
	Unidades Materno-Infantiles	26	6,5
	Traumatología	35	8,8
	Oncología	14	3,5
	CCEE	2	,5
	Urgencias	37	9,3
	Otros (Hospital de día, UCE, volante, Dirección, Transplantes, Radiología)	23	5,8
	REA	5	1,3
	UCI Neonatal	2	,5
	Nefrología	1	,3
	Diálisis	2	,5
	Neurología	1	,3
	Formación, investigación y calidad	1	,3
	Total	400	100,0

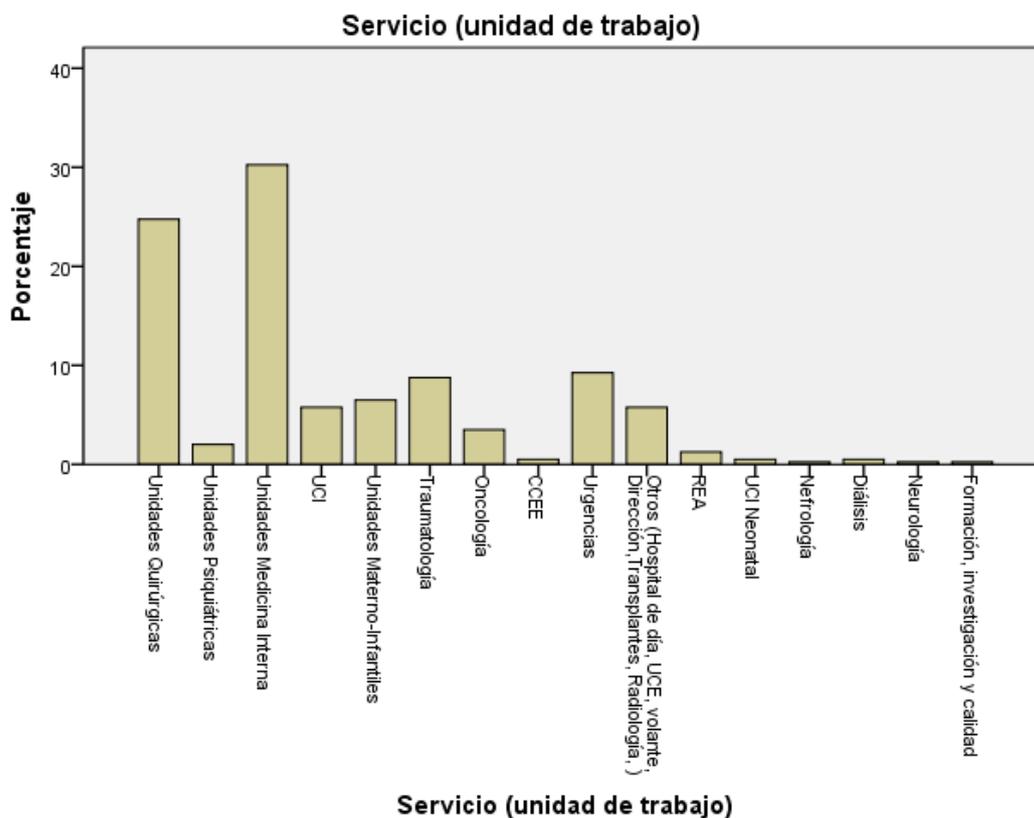


Gráfico 3: Porcentaje de las unidades participantes en la muestra

7.1.1.5. El tipo de contrato

El 61,4% de los componentes de la muestra, tiene un contrato indefinido (n= 246), el 29% tiene contrato temporal (n=116) y el 9,5% está contratado por sustituciones (n=38) (Tabla 26). Entre las mujeres predominan los contratos indefinidos con un 58,3% (n= 179) y entre los hombres con un 71,7% (n=66). El tipo de contrato temporal tiene una frecuencia de n=116 (29%), siendo un 31,6% mujeres (n=97) y un 20,7% hombres (n=19). La frecuencia menor se presenta con 38 contratos de sustituciones (9,5%), correspondiendo a las mujeres el 10,1% (n=31) y el 7,6% a los hombres (n=7). (Anexo 9. Tabla 8).

La prueba Chi-cuadrado aplicada para probar la asociación entre el sexo y el tipo de contrato, no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=5,457$; $p=0,065$) (Tabla 27), por lo tanto se consideran variables independientes.

Tabla 26: Tipo de contrato		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Temporal	116	29,0
	Sustitución	38	9,5
	Fijo-Indefinido	246	61,5
	Total	400	100,0

Tabla 27: Tabla de contingencia entre el tipo de contrato y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Tipo de contrato	5,457	0,065

7.1.2. Análisis estadístico de las variables relacionadas con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional de la muestra, en la Región de Murcia

7.1.2.1. La formación académica de los componentes de la muestra

7.1.2.1.1. Año de obtención de su titulación como enfermera:

La obtención del título de enfermera oscila entre 1971 y 2010 (Tabla 28). Un 61% (n=244) de profesionales se diplomó en Enfermería antes del año 2000 y un 37,8% (n=151) en años posteriores (Tabla 29), presentándose la media en el año 1996, con una desviación típica de 8,27 (Gráfico 4). En relación al sexo, un 76,9% (n=307) son mujeres y un 23,1% (n=92) hombres (Tabla 30).

Tabla 28: Año obtención diplomatura enfermería		Válidos	395
		Perdidos	5
Media			1996,24
Varianza			68,394
Rango			39
Mínimo			1971
Máximo			2010

Tabla 29: Obtención titulación de diplomatura		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Antes del año 2000	244	61,0	61,8	61,8
	Después del año 2000	151	37,8	38,2	100,0
	Total	395	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	1,3		
Total		400	100,0		

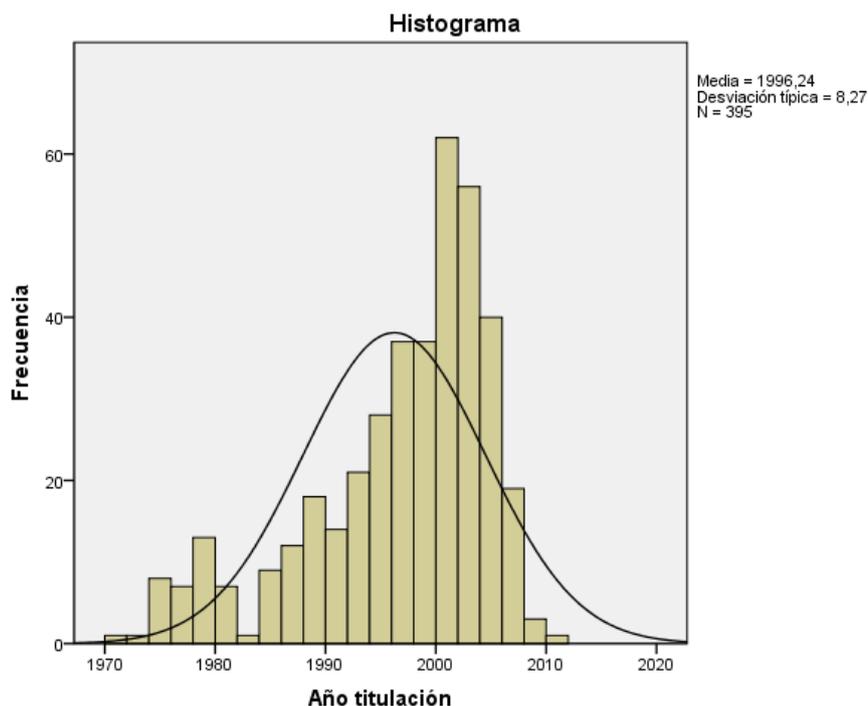


Gráfico 4: Curva de Gauss del año de obtención de la Diplomatura de Enfermería

Tabla 30: Año de titulación según el sexo		Año titulación				
		Media	Máximo	Mínimo	Recuento	% Total
Sexo	Mujer	1997	2010	1971	307	76,9%
	Hombre	1995	2007	1974	92	23,1%

7.1.2.1.2. ¿Posee algún grado académico superior a la Diplomatura en Enfermería?

Respecto al nivel de estudios, tan sólo un 12,5% (n=50) de las enfermeras posee un grado académico superior a la diplomatura de enfermería, frente a un 86,8% (n=347) que no lo tiene (Tabla 31). Al relacionar esta variable con el sexo, vemos que entre las mujeres, un 10,5% (n=32) sí ha estudiado otra titulación superior (licenciatura, master, especialidad, o ha obtenido una suficiencia investigadora) predominando en un 89,5% (n=272) la posesión de la diplomatura de enfermería (Tabla 32). Entre los hombres, un 19,6% (n=18) posee otra

Resultados

titulación superior, con respecto a un 80,4% (n=74) que son enfermeros diplomados.

Respecto a esta variable y la variable sexo, la comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-cuadrado presenta diferencias significativas entre ellas ($\chi^2=5,230$; $p=0,022$) (Tabla 33), por lo tanto son dependientes entre sí.

Tabla 31: Posesión de otra titulación		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	50	12,5
	No	347	86,8
	Total	397	99,3
Perdidos	Sistema	3	,8
Total		400	100,0

Tabla 32: Grado académico superior según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Grado académico superior	Sí	Recuento	32	18	50
		% dentro de Sexo	10,5%	19,6%	12,6%
	No	Recuento	272	74	346
		% dentro de Sexo	89,5%	80,4%	87,4%
Total		Recuento	304	92	396
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 33: Tabla de contingencia entre el grado académico y el sexo	Sexo	
	Grado académico superior	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)
5,230		0,022

7.1.2.1.3. Realización de formación continuada en los últimos 24 meses, relacionadas con la Enfermería.

Realizan actividades de formación continuada durante los dos últimos años, un 99,3% del total de la muestra (n=397). Las actividades formativas más recibidas por los componentes de la muestra son las que duran menos de 50 horas representadas por un 42,8%, seguidas por los cursos que tienen entre 51 y 120 horas con un 35,5%. Un 12% realiza cursos con una duración entre 121 y 300 horas, y tan sólo un 9% alcanza llevar a cabo actividades de formación continuada con más de 300 horas (Tabla 34).

Entre las mujeres, predomina con un 44,1% (n= 134) la realización de cursos formativos cuya duración sea menor a 50 horas, y entre los hombres, con un 40,2% (n=37), también son los cursos cortos los más comunes. Sin embargo, la formación entre 121 y 300 horas es realizada más por hombres (16,3%), que por mujeres (10,9%) (Tabla 35).

Respecto a esta variable y la variable sexo, la comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-cuadrado no presenta diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2=2,266$; $p=0,519$) (Tabla 36).

Tabla 34: Horas de formación continuada		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 50 horas	171	42,8	43,1	43,1
	Entre 51 y 120 horas	142	35,5	35,8	90,9
	Entre 121 y 300 horas	48	12,0	12,1	55,2
	Más de 300 horas	36	9,0	9,1	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

Tabla 35: Porcentaje formación continuada según el sexo			Sexo		
			Mujer	Hombre	Total
Horas de formación continuada	Menos de 50 horas	Recuento	134	37	171
		% dentro de Sexo	44,1%	40,2%	43,2%
	Entre 51 y 120 horas	Recuento	108	33	141
		% dentro de Sexo	35,5%	35,9%	35,6%
	Entre 121 y 300 horas	Recuento	33	15	48
		% dentro de Sexo	10,9%	16,3%	12,1%
	Más de 300 horas	Recuento	29	7	36
		% dentro de Sexo	9,5%	7,6%	9,1%
Total	Recuento	304	92	396	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 36: Tabla de contingencia entre las horas de formación continuada y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Horas de formación continuada	2,266	0,515

7.1.2.1.4. El máximo grado académico además del de Diplomado en Enfermería

Entre los profesionales, tan sólo un 14,5% tiene un grado académico superior al de Diplomado en Enfermería (otra Licenciatura, un Master oficial, un Diploma de Estudios Avanzados o la especialidad de matrona o salud mental), frente a un 85% que sólo posee la Diplomatura (Tabla 37; Gráfico 5).

El perfil de los profesionales que contestaron la encuesta, queda reflejado de la siguiente manera. Entre las mujeres, han obtenido la diplomatura en un 87,2% (n=266), una licenciatura en un 4,3% (n=13), una suficiencia investigadora en un 0,7% (n=2), un Master en un 4,9% (n=15), una especialidad (matrona o salud mental) en un 2,3% (n=7), el grado de doctora en un 0,3% (n=1) y el denominado nuevo grado de

Resultados

enfermería en un 0,3% (n=1). Entre los hombres, han obtenido la diplomatura en un 79,3% (n=73), una licenciatura en un 1,5% (n=6), una suficiencia investigadora en un 0% (n=0), un Master en un 6,5% (n=6), una especialidad (matrona o salud mental) en un 6,5% (n=6), el grado de doctora en un 1,1% (n=1) y el denominado nuevo grado de enfermería en un 0% (n=0) (Anexo. Tabla 9).

Al comprobar la distribución de los datos, mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson, no se obtuvo significación estadística ($\chi^2= 7,179$; $p= 0,305$) (Tabla 38) entre el sexo y la obtención de una titulación académica superior.

Tabla 37: Nivel Académico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Diplomatura de Enfermería	340	85,0	85,4	85,4
	Estudios superiores	57	14,3	14,3	99,7
	Grado de Enfermería	1	,3	,3	100,0
	Total	398	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,5		
Total		400	100,0		

Tabla 38: Tabla de contingencia entre el máximo grado académico y el sexo	Sexo	
	Máximo grado académico	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)
	7,179	0,305

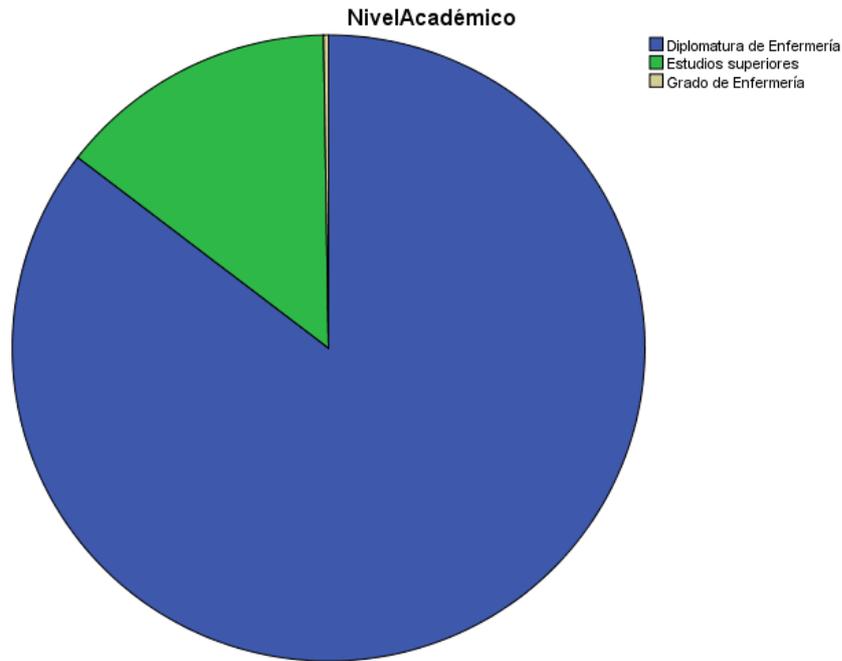


Gráfico 5: Porcentaje del nivel académico

7.1.2.1.5. Año de obtención del grado académico superior

De aquellos sujetos de la muestra que han estudiado una licenciatura, un master, una especialidad o una suficiencia investigadora y han logrado un grado académico superior, un 3,5% (n=14) lo obtuvo antes del año 2000 (Tabla 39), siendo un 3,6% de mujeres y un 5,4% de hombres. Un 9,8% lo obtuvo después del año 2000, entre los cuales un 8,3% son mujeres y un 14,1% hombres (Anexo 9. Tabla 10), no habiendo estudiado otra titulación superior un 85,8%.

La prueba Chi-Cuadrado para comprobar si existe asociación entre el sexo y el año de obtención de otro grado académico superior no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que son independientes ($\chi^2 = 4,378$; $p = 0,223$) (Tabla 40).

Tabla 39: Años obtención máximo grado estudios		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Antes del 2000	14	3,5	3,5	3,5
	Después del 2000	39	9,8	9,8	13,4
	No ha estudiado	343	85,8	86,6	100,0
	Total	396	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,0		
Total		400	100,0		

Tabla 40: Tabla de contingencia entre el año de obtención del máximo grado académico y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Año máximo grado académico	4,378	0,223

7.1.2.2. La planificación y la toma de decisiones

7.1.2.2.1. Variables laborales y características que detectan las enfermeras sobre el sistema de organización laboral

7.1.2.2.1.1. Cargo desempeñado en el centro sanitario

El cargo desempeñado en el centro sanitario que más se presenta entre los componentes de la muestra, es el de la enfermera asistencial con un 86,5%, distanciándose del 13,5% que posee cargos de responsabilidad (Tabla 41).

Respecto a esta variable y el sexo, entre las enfermeras asistenciales hay un 87,6% (n=269) de mujeres frente a 82,6% de hombres (n=76) (Anexo 9. Tabla 11).

La prueba Chi-Cuadrado para comprobar si existe asociación entre el sexo y el cargo en el centro sanitario no ha arrojado un resultado

estadísticamente significativo ($p < 0,05$), por lo que podemos decir que son independientes ($\chi^2 = 2,591$; $p = 0,459$) (Tabla 42).

Tabla 41: Cargo en el centro sanitario		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Enfermeras asistenciales	346	86,5	86,5	86,5
	Otros niveles de responsabilidad	54	13,5	13,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Tabla 42: Tabla de contingencia entre el cargo ejercido en el centro sanitario y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Cargo en el centro sanitario	2,591	0,459

7.1.2.2.1.2. Horario de trabajo

De todos los participantes de la muestra ($n=400$), 246 sujetos (61,7%) tienen horario rodado con mañanas, tardes y noches, 94 participantes (23,5%) trabajan de mañanas fijas, 55 (13,8%) mañanas y tardes y sólo 5 personas (1,3%) realizan turno de noches fijas (Tabla 43).

Las noches fijas se reparten, escasamente en un 0,7% entre las mujeres ($n=2$) y en un 3,3% los hombres ($n=3$). El turno de mañanas y tardes lo realizan en un 15,6% las mujeres ($n=48$) y en un 7,6% los hombres ($n=7$). El turno de mañanas fijas lo trabajan un 24,1% las mujeres ($n=74$), con respecto al 20,7% ($n=19$) de los hombres. No obstante, la diferencia más marcada la encontramos en el turno rodado de las mañanas, tardes y noches, ya que se distribuye en un 68,5% ($n=63$) para los hombres y un 59,6% ($n=183$) para las mujeres (Anexo 9. Tabla 12).

La prueba Chi-cuadrado aplicada para comprobar la independencia del sexo y el tipo de horario ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,05$), por lo que podemos decir que el sexo y el tipo de horario están relacionados ($\chi^2 = 8,420$; $p = 0,038$) (Tabla, 44).

Tabla 43: Horario de trabajo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mañanas-tardes-noches	246	61,5	61,5	61,5
	Mañanas-tardes	55	13,8	13,8	75,3
	Mañanas fijas	94	23,5	23,5	98,8
	Noches fijas	5	1,3	1,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Tabla 44: Tabla de contingencia entre el horario de trabajo y el sexo	Sexo	
	Horario de trabajo	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)
	8,420	0,038

7.1.2.2.1.3. Promedio de pacientes por unidad

El número de pacientes por unidad más repetido ha sido el de 36 (Gráfico 6). Como media hay un 41,29 de pacientes por unidad (Tabla 45), con una desviación típica de 61,926 (Gráfico 7).

Tabla 45: Pacientes por unidad	Válidos	393
	Perdidos	7
Media		41,29
Mediana		30,00
Moda		36
Varianza		3834,774
Desv. típ.		61,926
Rango		350
Mínimo		0
Máximo		350

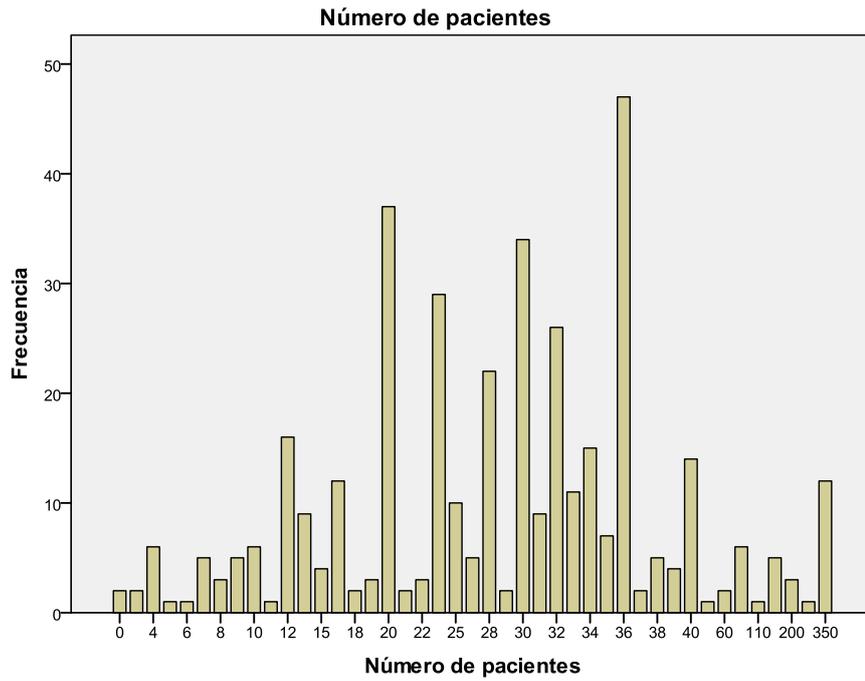


Gráfico 6: Número de pacientes por unidad

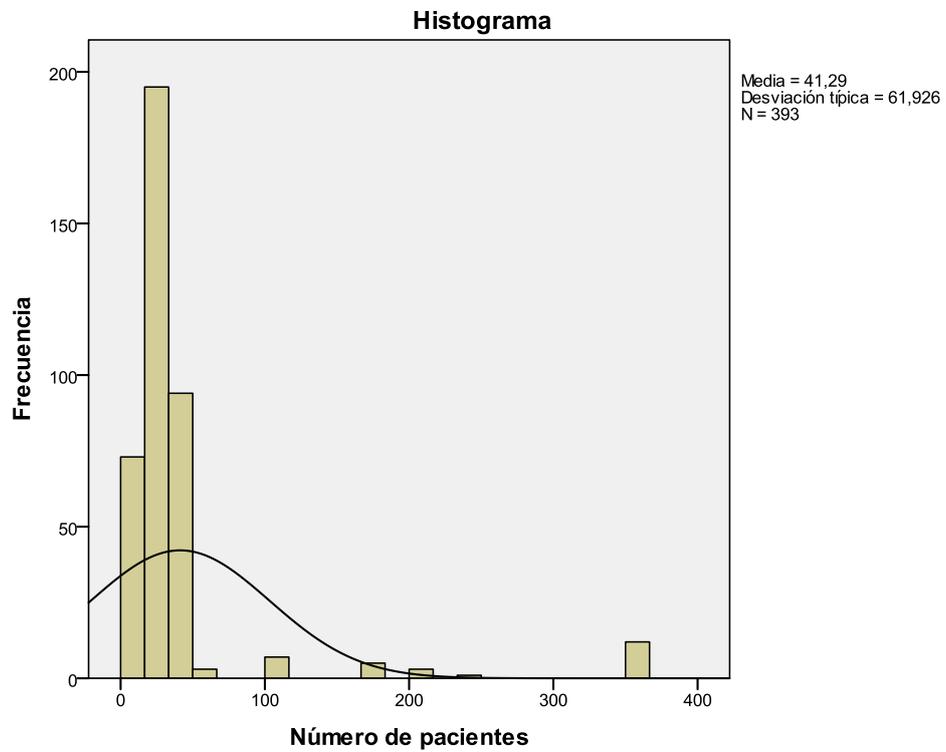


Gráfico 7: Curva de Gauss del número de pacientes por unidad

7.1.2.2.1.4. Sistema de cuantificación de cargas de trabajo en el servicio

Un 64% (n=256) de las enfermeras de los centros hospitalarios, consideran que no se utiliza instrumento alguno para la medición y cuantificación de las cargas de trabajo de sus unidades. Un 30,8% (n=123) de ellas, han respondido que sí lo están, y lo desconocía un 5,3% (n=21) (Tabla 46).

Tabla 46: Cuantificación cargas de trabajo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	123	30,8	30,8	30,8
	No	256	64,0	64,0	94,8
	NS/NC	21	5,3	5,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

7.1.2.2.1.5. Distribución diaria del trabajo

Las enfermeras consideran en un 37,8% (n=150), que en su servicio, la distribución diaria del trabajo se hace aplicándose el criterio del número de pacientes ingresados, y un 33% (n=132), consideran que se aplica el criterio de número de habitaciones y camas existentes, para asignar la carga de trabajo diaria (Tabla 47).

Los cuidados de Enfermería que demandan los pacientes, solo son considerados como criterio de medición para la distribución de actividad entre el personal de enfermería en un 9% (n=36), seguidos muy de cerca por cualquier otro criterio establecido en las propias unidades con un 8,8% (n=35) (Gráfico 8). Así mismo comprobamos que las actividades que se tienen que realizar en un turno, se aplican como criterio en un 7% (n=28), y como último criterio, se emplea el nivel de dependencia/independencia del paciente, en un 4% (n=16).

Resultados

Tabla 47: Distribución diaria del trabajo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Número de pacientes	150	37,5	37,8	37,8
	Nivel de independencia/dependencia del paciente	16	4,0	4,0	41,8
	Actividades que se realizan en un turno	28	7,0	7,1	48,9
	Cuidados de los pacientes	36	9,0	9,1	57,9
	Número de habitaciones	132	33,0	33,2	91,2
	Otros	35	8,8	8,8	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	3	,8	
Total		400	100,0		

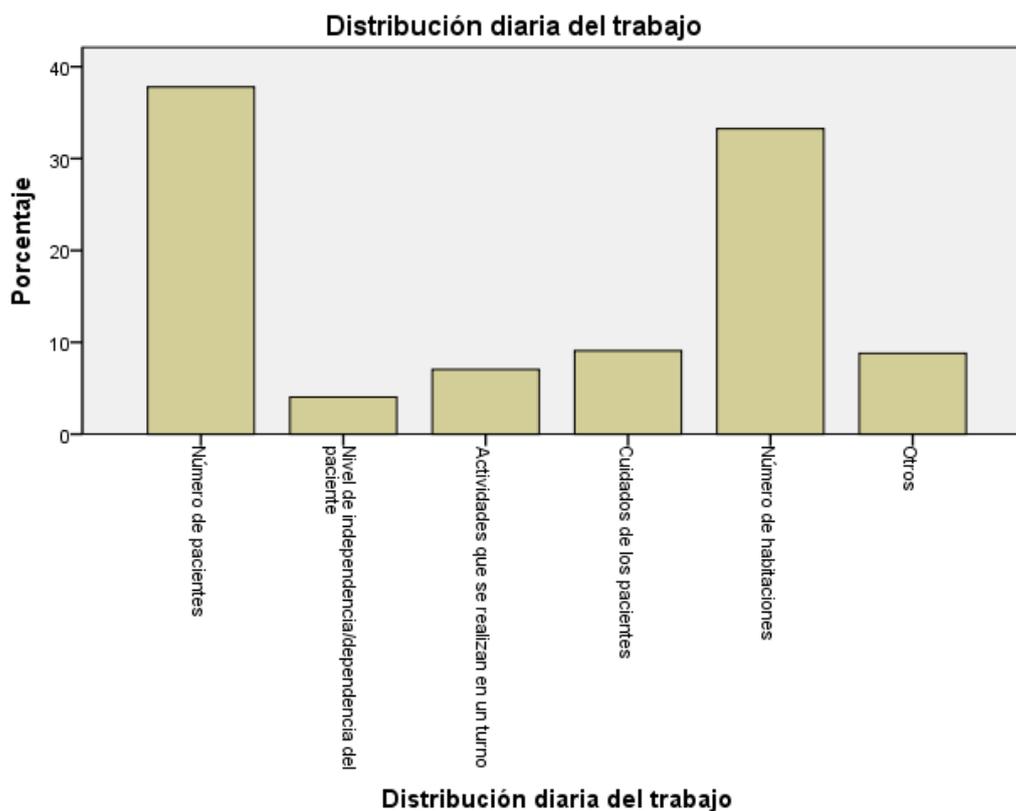


Gráfico 8: Porcentajes criterios de distribución RRHH

7.1.2.2.1.6. Ratio enfermera- paciente

En cuanto a la ratio enfermera-paciente, los componentes de la muestra (n=389), opinan que no se cumple una proporción entre el número de pacientes y el número de enfermeras en un 61,5% (Tabla 48).

Un 35,8% (n=143) de las profesionales considera, por el contrario, que la ratio enfermera-paciente es adecuada a las necesidades de sus unidades, en lo que a cuidados de enfermería se refiere.

Tabla 48: Ratio enfermera/paciente y necesidad servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	143	35,8	36,8	36,8
	No	246	61,5	63,2	100,0
	Total	389	97,3	100,0	
Perdidos	Sistema	11	2,8		
Total		400	100,0		

7.1.2.2.1.7. El número de enfermeras del turno de mañana

Respecto a la distribución de los recursos humanos, en el turno de mañanas se ha obtenido, que en las unidades trabajan como media estadística 4,29 enfermeras por unidad (Tabla 49), con una desviación típica de 2,86 (Gráfico 9).

Tabla 49: Número de enfermeras en el turno de mañanas	Válidos	397
	Perdidos	3
Media		4,29
Varianza		8,181
Rango		18
Mínimo		0
Máximo		18

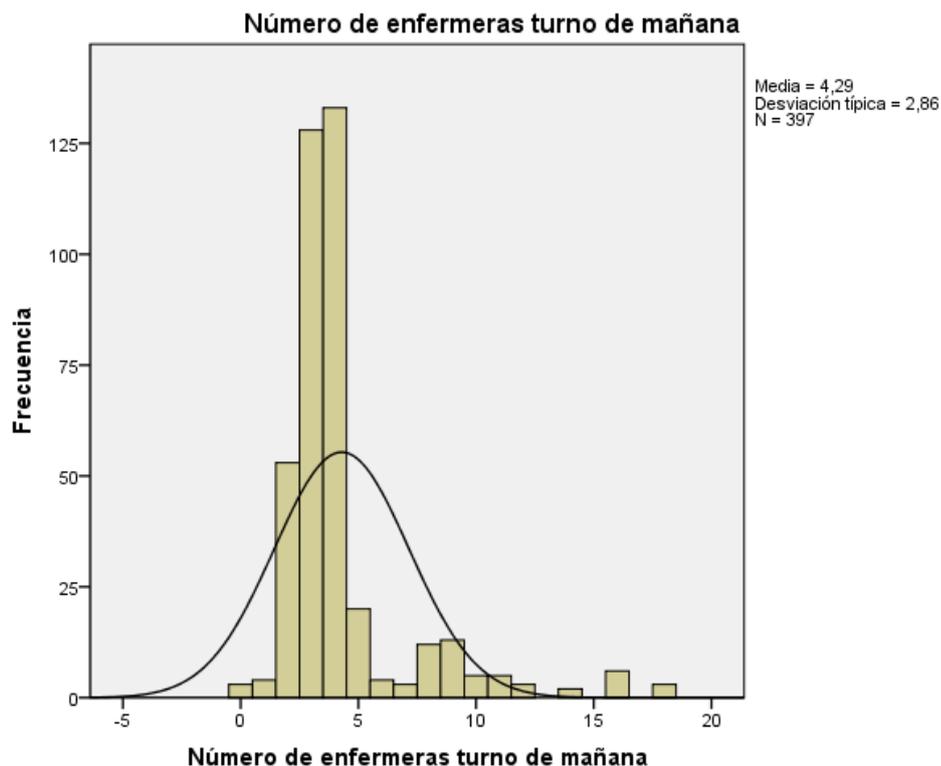


Gráfico 9: Curva de Gauss del número de enfermeras por la mañana

7.1.2.2.1.8. El número de enfermeras del turno de tarde

Con respecto al número de enfermeras que se ocupan del turno de tarde, se ha obtenido que como media trabajan 3,24 enfermeras en las unidades (Tabla 50), con un 2,68 de desviación típica (Gráfico 10).

Tabla 50: Número de enfermeras en el turno de tarde		Válidos	394
		Perdidos	6
Media			3,24
Varianza			7,218
Rango			16
Mínimo			0
Máximo			16

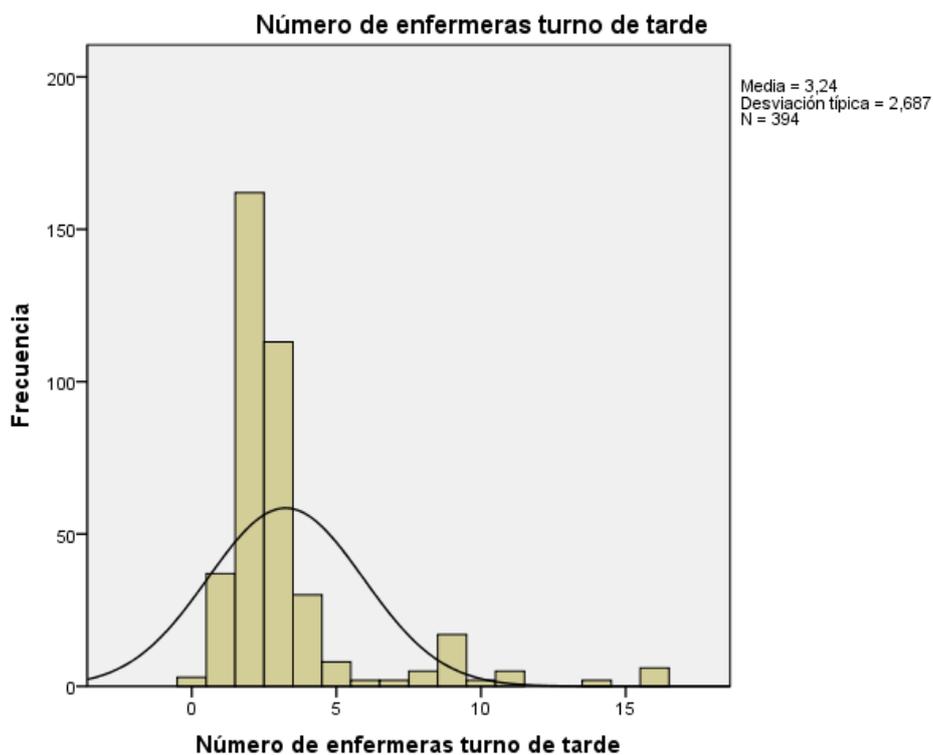


Gráfico 10: Curva de Gauss del número de enfermeras por la tarde

7.1.2.2.1.9. El número de enfermeras del turno de noche

Con respecto al número de enfermeras que trabajan en el turno de noche por unidades, se ha obtenido de esta variable, una media de 2,77 enfermeras en cada una de ellas (Tabla 51) y un 2,68 de desviación típica (Gráfico 11).

Tabla 51: Número de enfermeras en el turno de noche	Válidos	394
		Perdidos
Media		2,77
Varianza		7,197
Rango		16
Mínimo		0
Máximo		16

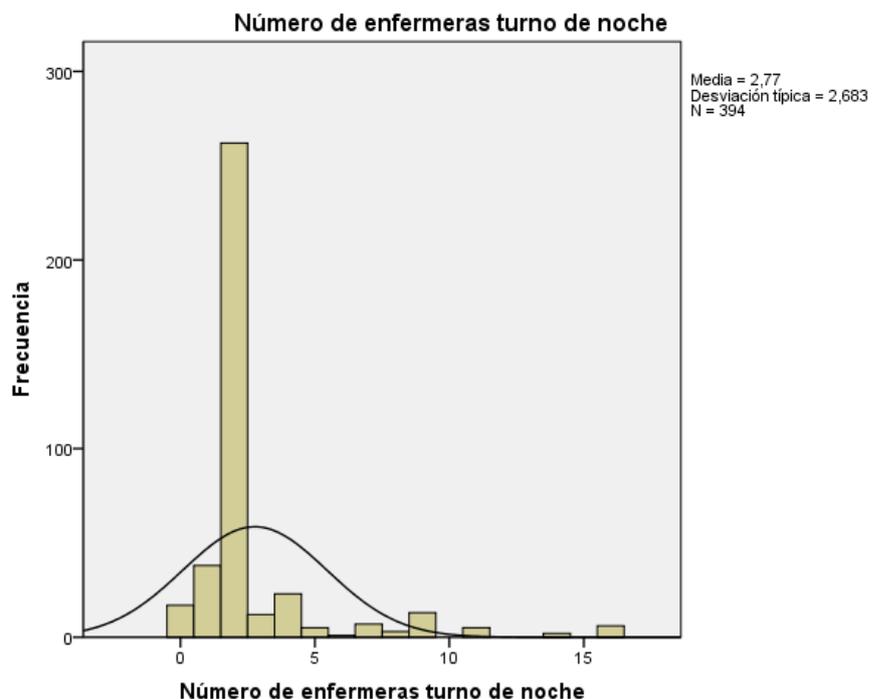


Gráfico 11: Curva de Gauss del número de enfermeras en el turno de noche

7.1.2.2.1.10. Falta de enfermeras en el turno de trabajo

La muestra participante (n=387), considera en un 64,8% (n=259) que no es adecuada a las necesidades la dotación de enfermeras en el servicio donde trabajan, frente a un 32% (n=128) que por el contrario opina que son suficientes los profesionales adjudicados a su unidad. (Tabla 52).

Tabla 52: Falta de enfermeras en el servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	259	64,8	66,9	66,9
	No	128	32,0	33,1	100,0
	Total	387	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	13	3,3		
Total		400	100,0		

7.1.2.2.2. Características formativas en el Proceso de Atención de Enfermería: Presencia de diagnósticos enfermeros (código NANDA), resultados enfermeros (código NOC) e intervenciones (código NIC) y relación teoría-práctica

7.1.2.2.2.1. El estudio de la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC), durante la formación universitaria

Durante la formación universitaria, un 59,2% (n=235) de la muestra (n=397) responde que no estudió ni la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (NIC), ni la Clasificación de los Resultados, frente a un 40,8% (n=162) que afirma lo contrario (Tabla 53). Dicen haber estudiado las clasificaciones un 42,3% (n=129) de mujeres y un 35,9% (n=33) de hombres (Tabla 30). Sin embargo, los hombres manifiestan (64,1%) más que las mujeres (57,5%) el no haberlas estudiado (Anexo 9. Tabla 13).

Respecto a los estudios universitarios de las NIC y los NOC, y el sexo, la comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi cuadrado no presenta diferencias significativas ($p < 0,05$) entre ellas ($\chi^2 = 1,208$; $p = 0,272$) (Tabla 54).

Tabla 53: Formación en sus estudios universitarios sobre NIC y NOC		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	162	40,5	40,7	40,7
	No	236	59,0	59,3	100,0
	Total	398	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,5		
Total		400	100,0		

Tabla 54: Tabla de contingencia entre los estudios universitarios sobre las NIC y los NOC, y el sexo		Sexo	
		Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Estudios universitarios NIC y NOC		1,208	0,272

7.1.2.2.2. Uso práctico de los temas teóricos sobre diagnósticos NANDA estudiados en la Universidad

Los diagnósticos NANDA que las profesionales estudiaron en la Universidad, los emplean en la práctica diaria de su trabajo un 39% (n=153), no haciendo uso de ellos un 60% (n=238) (Tabla 55). En relación al sexo, los hombres afirman aplicarlos sólo en un 23,3% (n=21), frente a un 76,7% (n=69) que no lo hacen (Tabla 56). Las mujeres, los utilizan en la práctica asistencial sólo en un 43,7% (n=131), con respecto a un 56,3% (n=169) que no lo hace.

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del sexo y la práctica asistencial de los diagnósticos NANDA ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que la práctica asistencial de los diagnósticos NANDA y el sexo están relacionadas ($\chi^2 = 12,034$; $p=0,001$) (Tabla 57).

Tabla 55: Utiliza diagnósticos NANDA en la práctica asistencial		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	153	38,3	39,1	39,1
	No	238	59,5	60,9	100,0
	Total	391	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	9	2,3		
Total		400	100,0		

Tabla 56: Uso de los diagnósticos NANDA en la práctica asistencial en relación al sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Práctica asistencial diagnósticos NANDA	Sí	Recuento	131	21	152
		% dentro de Sexo	43,7%	23,3%	39,0%
	No	Recuento	169	69	238
		% dentro de Sexo	56,3%	76,7%	61,0%
Total		Recuento	300	90	390
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 57: Tabla de contingencia entre la práctica asistencial de los diagnósticos NANDA y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Práctica asistencial diagnósticos NANDA	12,034	0,001

7.1.2.2.2.3. Uso práctico de los temas teóricos sobre NIC y NOC estudiados en la Universidad

Manifiestan poner en práctica la Clasificaciones de Intervenciones enfermeras (NIC) y de Resultados (NOC) que se estudiaron en la universidad, un 25,5% (n=102) de los componentes de la muestra, frente a un 72,3% del total de la muestra (n=289) que no lo hace (Tabla 58). Entre las mujeres, emplean en su trabajo diario los NIC y los NOC un 26,1% (n=78), frente a un 73,9% (n=221) que no lo aplica en la práctica (Anexo 9. Tabla 14). Entre los hombres, los emplean en un 25,3% (n=23), frente a un 74,7% (n=68) que no los utiliza.

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del sexo y el uso diario de las NIC y de los NOC que se estudiaron en la universidad no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo

($p < 0,05$), por lo que podemos decir, que el sexo y la práctica asistencial de las NIC y los NOC no están relacionadas ($\chi^2 = 0,024$; $p = 0,877$) (Tabla 59).

Tabla 58: Utiliza NIC y NOC en la práctica asistencial		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	102	25,5	26,1	26,1
	No	289	72,3	73,9	100,0
	Total	391	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	9	2,3		
Total		400	100,0		

Tabla 59: Tabla de contingencia entre la práctica asistencial de las NIC y de los NOC, y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Práctica asistencial NIC y NOC	0,024	0,877

7.1.2.2.2.4. Selección por parte de Enfermería, de las intervenciones y los resultados más usados en una unidad

Las enfermeras de una unidad han seleccionado aquellas intervenciones más utilizadas y los resultados más esperados, en un 25,8% ($n=103$), frente a un 22% ($n=88$) que no lo ha hecho (Tabla 60). La realización de esta actividad, según han expresado los participantes, es llevada a cabo por un 56,2% ($n=82$) de mujeres y un 45,5% ($n=20$) de hombres (Tabla 61). Entre los que no lo realizan, el porcentaje es mayor en los hombres (54,5%) que en las mujeres (43,8%).

La prueba Chi-Cuadrado para probar la asociación entre el sexo y el hecho de que se produzca la selección de las NIC y los NOC en la unidad hospitalaria no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 1,560$; $p = 0,212$) (Tabla 62).

Tabla 60: Seleccionan de los NIC y los NOC en el servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	103	25,8	53,9	53,9
	No	88	22,0	46,1	100,0
	Total	191	47,8	100,0	
Perdidos	Sistema	209	52,3		
Total		400	100,0		

Tabla 61: Selección de las NIC y los NOC en el servicio en relación al sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Selección NIC y NOC en el servicio	Sí	Recuento	82	20	102
		% dentro de Sexo	56,2%	45,5%	53,7%
	No	Recuento	64	24	88
		% dentro de Sexo	43,8%	54,5%	46,3%
Total		Recuento	146	44	190
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 62: Tabla de contingencia entre la selección de las NIC y de los NOC en la unidad y el sexo	Sexo	
Selección NIC y NOC en el servicio	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
	1,560	0,212

7.1.2.2.2.5. Realización de cursos de formación continuada relacionados con los diagnósticos NANDA, la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC)

Han accedido a cursos de formación continuada relacionados con los diagnósticos NANDA, la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en

inglés NOC), un 40,7% (n=157) de la muestra, frente a un 59,3% (n=229) que no los ha realizado (Tabla 63). Con respecto a esta variable y la diferencia de sexo, observamos que las mujeres sólo asisten a cursos en un 42,5% (n=125), frente a un amplio 57,5% (n=) que no lo hace (Gráfico 12). Entre los hombres, el porcentaje de asistencia también es reducido, un 34,1% (n=31) con respecto al 65,9% que no los hace (Anexo 9. Tabla 15).

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba Chi-Cuadrado, no arroja diferencias significativas entre la formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA y el Sexo ($\chi^2 = 2,059$; $p = 0,151$) (Tabla 64).

Tabla 63: Han recibido formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	157	39,3	40,7	40,7
	No	229	57,3	59,3	100,0
	Total	386	96,5	100,0	
Perdidos	Sistema	14	3,5		
Total		400	100,0		

Tabla 64: Tabla de contingencia entre la formación continuada sobre las NIC, los NOC y los diagnósticos NANDA, y el sexo	Sexo	
	Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)
2,059		0,151

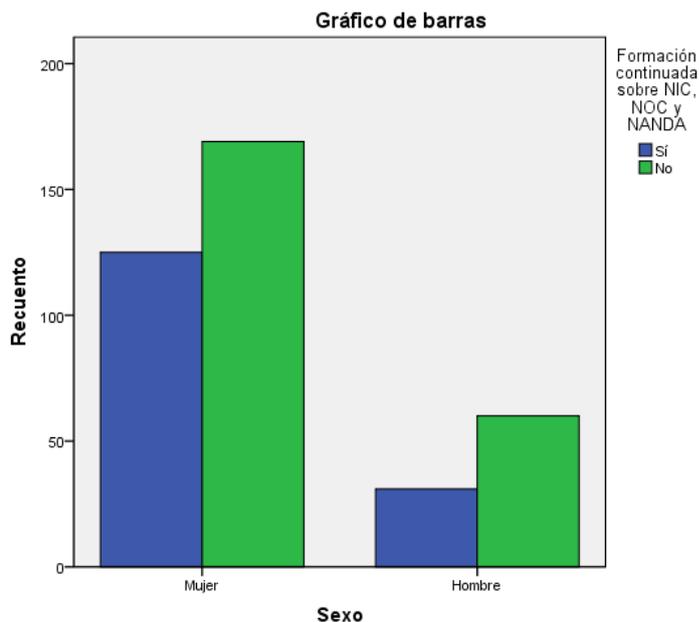


Gráfico 12: Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA en relación al sexo

7.1.2.3. Los sistemas de información de las historias clínicas

7.1.2.3.1. El formato de registro del trabajo diario

El registro del trabajo diario según han expresado los participantes del estudio, lo realizan en formato papel un 28,5% (n=113) y un 25% (n=99) en formato digital (Tabla 65). Siendo registrado en ambos formatos por un 46,6% (n=185). Las mujeres realizan el registro en formato papel en un 28,9% (n=88) y los hombres en un 27,5% (n=25). En formato digital, se ha obtenido que las mujeres lo hacen en un 27,5% (n=84) y los hombres en un 16,5% (n=15) (Anexo 9. Tabla 16). El registro en ambos formatos, se distribuye así, con un 43,6% (n=133) para las mujeres y un 56% (n=51) para los hombres.

La prueba Chi-Cuadrado para comprobar si existe asociación entre el sexo y el formato de registro del trabajo no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 5,808$; $p=0,055$) (Tabla 66).

Tabla 65: Tipo de formato utilizado del registro diario		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Formato papel	113	28,3	28,5	28,5
	Formato digital	99	24,8	24,9	53,4
	Ambos formatos	185	46,3	46,6	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

Tabla 66: Tabla de contingencia entre el formato de registro del trabajo y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Formato registro trabajo diario	5,808	0,055

7.1.2.4. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud en el Servicio Murciano de Salud

7.1.2.4.1. La Historia Clínica Digital (HCD)

Sí existe Historia Clínica Digital en un 70,2% (n=279) de las unidades hospitalarias analizadas, según manifiestan las enfermeras, frente a un 29,4% (n=116) que expresa no tenerlas (Tabla 67).

Tabla 67: Existencia de la Historia Clínica Digital (HCD)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	279	69,8	70,6	70,6
	No	116	29,0	29,4	100,0
	Total	395	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	1,3		
Total		400	100,0		

7.1.2.4.2. El empleo de la HCD

Han contestado que sí utilizan la Historia Clínica Digital un 70,4% (n=214) de las enfermeras encuestadas, con respecto a un 29,6% que no lo hace (Tabla 68). Según el sexo, las mujeres (72,6%) lo usan más que los hombres (63%), siendo el porcentaje de hombres que expresan no usar la HCD (37%) mayor que el de las mujeres que tampoco lo hacen (27,4%) (Tabla 69).

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-Cuadrado no arroja diferencias significativas entre ambas variables ($\chi^2 = 2,443$; $p = 0,118$) (Tabla 70).

Tabla 68: Empleo de la Historia Clínica Digital (HCD)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	214	53,5	70,4	70,4
	No	90	22,5	29,6	100,0
	Total	304	76,0	100,0	
Perdidos	Sistema	96	24,0		
Total		400	100,0		

Tabla 69: Empleo de la HCD según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Empleo de la HCD	Sí	Recuento	167	46	213
		% dentro de Sexo	72,6%	63,0%	70,3%
	No	Recuento	63	27	90
		% dentro de Sexo	27,4%	37,0%	29,7%
Total		Recuento	230	73	303
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 70: Tabla de contingencia entre el empleo de la HCD y el sexo	Sexo	
Empleo de la HCD	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
	2,443	0,118

7.1.2.4.3. Empleo del programa SELENE

Los profesionales sanitarios, dicen utilizar el programa SELENE en un 81,9% (n=325) (Tabla 71), frente a un 18,1% que no lo usa (n=72). Si observamos la distribución por sexo, tanto en los hombres como en las mujeres el porcentaje es mayor entre los que saben usarlo, con un 82,4% y un 18,4% respectivamente, que entre los que no saben (Anexo 9. Tabla 17).

La prueba Chi-Cuadrado para comprobar si existe asociación entre el sexo y el empleo del programa SELENE no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que son independientes ($\chi^2 = 0,029$; $p = 0,866$) (Tabla 72).

Tabla 71: Empleo del programa informático de historia clínica SELENE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	325	81,3	81,9	81,9
	No	72	18,0	18,1	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

Tabla 72: Tabla de contingencia entre el empleo de SELENE y el sexo	Sexo	
	Empleo programa Selene	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)
0,029		0,866

7.1.2.4.4. Existencia del ordenador como recurso de trabajo

En la actividad laboral diaria, los profesionales encuestados dicen que existe el ordenador como recurso de trabajo en un 93% (n=372) (Tabla 73).

Tabla 73: Existencia del ordenador como recurso de trabajo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	372	93,0	93,7	93,7
	No	25	6,3	6,3	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

7.1.2.4.5. Nivel de manejo de las nuevas tecnologías

Los profesionales enfermeros encuestados afirman en un 38% (n=151) que sus conocimientos para el manejo de las nuevas tecnologías es básico (Tabla 74). Atestiguan tener un nivel medio el 52,6% (n=209) y el nivel más alto de manejo de las nuevas tecnologías queda representado por un 9,3% (n=37) (Gráfico 13). La diferencia entre sexos permite observar que los porcentajes de hombres que usan las tecnologías a niveles medios (60,4%) y altos (11%), son más altos que el de las mujeres (Tabla 75).

La prueba Chi-Cuadrado para probar la asociación entre el sexo y el empleo de las nuevas tecnologías no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 4,496$; $p = 0,106$) (Tabla 76).

Tabla 74: Nivel de conocimiento en el manejo de las nuevas tecnologías		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Básico	151	37,8	37,9	37,9
	Medio	210	52,5	52,8	90,7
	Alto	37	9,3	9,3	100,0
	Total	398	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,5		
Total		400	100,0		

Tabla 75: Manejo de las nuevas tecnologías según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Manejo Nuevas Tecnologías (NT)	Básico	Recuento	125	26	151
		% dentro de Sexo	40,8%	28,6%	38,0%
	Medio	Recuento	154	55	209
		% dentro de Sexo	50,3%	60,4%	52,6%
	Alto	Recuento	27	10	37
		% dentro de Sexo	8,8%	11,0%	9,3%
Total		Recuento	306	91	397
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 76: Tabla de contingencia entre el manejo de las tecnologías y el sexo	Sexo	
Manejo Nuevas Tecnologías (NT)	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
	4,496	0,106

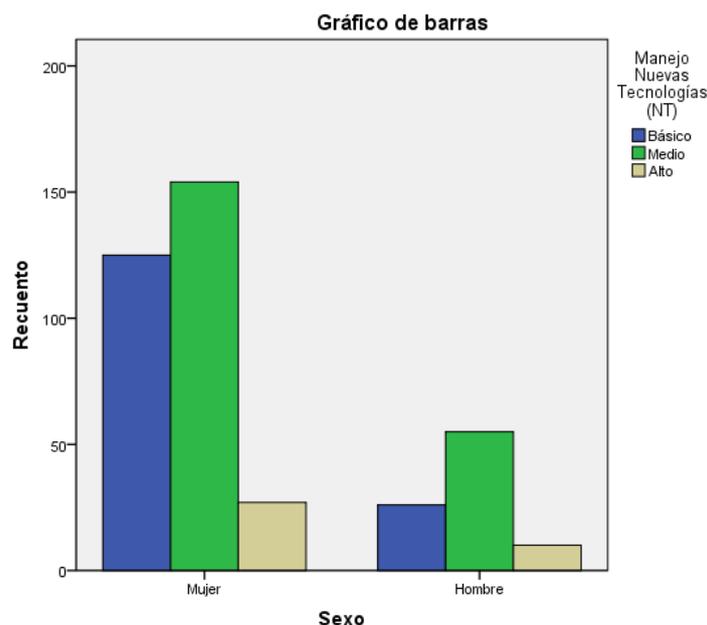


Gráfico 13: Manejo de las nuevas tecnologías según el sexo

7.1.2.5. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud: El Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería

7.1.2.5.1. La realización de la historia de enfermería durante el proceso asistencial

Durante el proceso de atención al paciente, dicen cumplimentar la historia de enfermería el 91,8% (n=367) de los profesionales componentes de la muestra (Tabla 77). Por sexos, tanto entre las mujeres como en los hombres, los porcentajes son mayores, con un 93,1% y 92,3% respectivamente (Anexo 9. Tabla 18).

No se encuentran diferencias significativas entre el sexo y la realización de la Historia de Enfermería en la distribución de los datos ($\chi^2 = 0,061$; $p = 0,804$) (Tabla 78).

Tabla 77: Realización de la Historia de Enfermería		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	367	91,8	92,9	92,9
	No	28	7,0	7,1	100,0
	Total	395	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	1,3		
Total		400	100,0		

Tabla 78: Tabla de contingencia entre la realización de la HE y el sexo	Sexo	
	Realización Historia de Enfermería	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)
	0,061	0,804

7.1.2.5.2. Abrir una Historia de cuidados de Enfermería en cada episodio de hospitalización

El abrir una Historia de cuidados de Enfermería con cada paciente de nuevo ingreso hospitalario, lo hace un 71,3% (n=285) de la muestra estudiada (Tabla 79), siendo un 74,7% de mujeres y un 71,1% de hombres. Reconoce no hacerlo un 25,5% de los profesionales, siendo el porcentaje de hombres (28,9%) mayor que el de las mujeres (25,3%) (Anexo 9. Tabla 19).

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-Cuadrado no arroja diferencias significativas entre ambas variables ($x^2 = 0,450$; $p = 0,502$) (Tabla 80).

Tabla 79: Realiza la Historia de Enfermería al ingreso del paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	285	71,3	73,6	73,6
	No	102	25,5	26,4	100,0
	Total	387	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	13	3,3		
Total		400	100,0		

Tabla 80: Tabla de contingencia entre el inicio de la HE y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Inicio Historia de Enfermería en ingreso	0,450	0,502

7.1.2.6. La valoración y el trabajo interdisciplinario mediante protocolos. La estandarización de los cuidados

7.1.2.6.1. Conocimiento de la existencia en el Hospital de una Comisión de Planes de Cuidados

Los integrantes de nuestra muestra del estudio reconocen la existencia en el hospital de una Comisión de Planes de Cuidados que los estandarice, en un 63,5% (Tabla 81). Repartidos en un 62,4% de mujeres y 69,2% de hombres (Anexo 9. Tabla 20). Un 22,3% de la muestra no identifica la existencia de esa Comisión, distribuyéndose en relación al sexo, en un 24,2% de mujeres y un 16,5% de hombres. El 13,8% de los profesionales desconoce su existencia o no quiere contestar, concretamente, un 13,4% de mujeres y un 14,3% de hombres.

El sexo y el conocimiento de la existencia de una Comisión de Planes de Cuidado en la distribución de los datos son independientes porque no se encuentran diferencias significativas ($\chi^2 = 2,404$; $p=0,301$) (Tabla 82).

Tabla 81: Conocimiento de la existencia de la Comisión de Planes de Cuidado en el Hospital		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	254	63,5	63,8	63,8
	No	89	22,3	22,4	86,2
	NS/NC	55	13,8	13,8	100,0
	Total	398	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,5		
Total		400	100,0		

Existencia Comisión Planes de Cuidado en el Hospital	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
	2,404	0,301

7.1.2.6.2. Estandarización de los cuidados de enfermería en el servicio

La estandarización de los cuidados en cada unidad hospitalaria, se realiza en un 70% de los casos. Por el contrario, no se lleva a cabo en un 25%, y un 4,3% de los integrantes de la muestra, no lo sabe o no quiere contestar (Tabla 83).

Tabla 83: Estandarización de los cuidados en el servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	280	70,0	70,5	70,5
	No	100	25,0	25,2	95,7
	NS/NC	17	4,3	4,3	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

7.1.2.7. El seguimiento y la retroalimentación profesional: El Informe de Enfermería al Alta

7.1.2.7.1. Opinión profesional respecto a la realización de un informe al alta de enfermería

Un 71,8% (n=287) de los profesionales de enfermería encuestados expresa “*estar de acuerdo*” con la realización del Informe de Enfermería al Alta (Tabla 84). De los que, 224 son mujeres (73,7%) y 62 hombres (68,1%) (Tabla 85). Un 23,5% (n=93) está en “*regular acuerdo*”, siendo un 24% de mujeres y un 22% de hombres. Están en “*desacuerdo*” un 4% (n=16), de los que 9,9% son hombres y un 2,3% son mujeres.

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del sexo y la opinión sobre el Informe de Enfermería al Alta ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir, que ambas variables están relacionadas ($\chi^2 = 10,375$; $p=0,006$) (Tabla 86).

Tabla 84: Opinión sobre el Informe de Enfermería al Alta (IEA)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De acuerdo	287	71,8	72,5	72,5
	En desacuerdo	16	4,0	4,0	76,5
	Regular acuerdo	93	23,3	23,5	100,0
	Total	396	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,0		
Total		400	100,0		

Tabla 85: Opinión sobre el Informe de Enfermería al Alta (IEA) en relación al sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Opinión Informe Alta Enfermera (IEA)	De acuerdo	Recuento	224	62	286
		% dentro de Sexo	73,7%	68,1%	72,4%
	Regular acuerdo	Recuento	73	20	93
		% dentro de Sexo	24,0%	22,0%	23,5%
	En desacuerdo	Recuento	7	9	16
		% dentro de Sexo	2,3%	9,9%	4,1%
Total		Recuento	304	91	395
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 86: Tabla de contingencia entre la opinión del IEA y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Opinión Informe Alta Enfermera (IEA)	10,375	0,006

7.1.2.7.2. Redacción de un Informe de Enfermería al Alta al trasladar al paciente a otro servicio dentro del mismo hospital

Afirman no redactar un Informe de Enfermería al Alta cuando se traslada un paciente a otro servicio dentro del mismo hospital, un 74,8% (n=299) de las enfermeras encuestadas (Tabla 87), de las que un 75,5% son mujeres y un 73,9% son hombres (Anexo 9. Tabla 21).

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-Cuadrado no arroja diferencias significativas entre ambas variables ($x^2 = 0,094$; $p=0,759$) (Tabla 88).

Tabla 87: Se redacta el IEA en el traslado Intrahospital		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	100	25,0	25,1	25,1
	No	299	74,8	74,9	100,0
	Total	399	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		400	100,0		

Tabla 88: Tabla de contingencia entre la opinión del IEA y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
IEA traslado Intrahospital	0,094	0,759

7.1.2.7.3. Redacción de un Informe de Enfermería al Alta cuando el paciente es dado de alta por su médico

Cuando el paciente es dado de alta por su médico, un 56,5% de los profesionales (n=226), manifiesta redactar un Informe de Enfermería al Alta (Tabla 89), de los cuales, un 60,8% son mujeres y un 42,4% son hombres (Tabla 90). Por el contrario, no lo redacta un 43,3% de los encuestados, siendo el porcentaje mayor en los hombres (57,6%) que el de las mujeres (39,3%).

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba Chi-Cuadrado, ha arrojado diferencias significativas entre la redacción de un IEA cuando se produce el alta médica y el sexo, influyéndose ambas mutuamente ($\chi^2 = 9,738$; $p=0,002$) (Tabla 91).

Tabla 89: Redacción de IEA en alta médica		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	226	56,5	56,6	56,6
	No	173	43,3	43,4	100,0
	Total	399	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		400	100,0		

Tabla 90: Redacción de IEA en alta médica según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Redacción de IEA en alta médica	Sí	Recuento	186	39	225
		% dentro de Sexo	60,8%	42,4%	56,5%
	No	Recuento	120	53	173
		% dentro de Sexo	39,2%	57,6%	43,5%
Total		Recuento	306	92	398
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 91: Tabla de contingencia entre la redacción del IEA en alta médica y el sexo	Sexo	
	Redacción de IEA en alta médica	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)
	9,738	0,002

7.1.2.7.4. Entrega al paciente o a su familiar del Informe de Enfermería al Alta

Expresan que entregan un Informe de Enfermería al Alta al propio paciente o familiar un 42,3% (n=169) de los encuestados y no lo entrega un 27,8% (n=111). Teniendo en cuenta, que un 30% (n=120) no ha contestado (Tabla 92). De aquellos profesionales que se responsabilizan de hacérselo llegar al paciente, un 62,2% son mujeres y un 54,4% son hombres (Anexo 9. Tabla 22).

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-Cuadrado no arroja diferencias significativas entre la variable entrega del IEA al paciente o familiar y el sexo ($\chi^2 = 1,148$; $p = 0,284$) (Tabla 93).

Tabla 92: Entrega de IEA a paciente/familiar		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	169	42,3	60,4	60,4
	No	111	27,8	39,6	100,0
	Total	280	70,0	100,0	
Perdidos	Sistema	120	30,0		
Total		400	100,0		

Tabla 93: Tabla de contingencia entre la entrega del IEA y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Entrega de IEA a paciente/familiar	1,148	0,284

7.1.2.7.5. Manifestación del nivel académico actual de la Enfermería según la realización del Informe de Enfermería al Alta

Para un 60% (n=240) de los profesionales encuestados, el IEA sirve para poner de manifiesto el nivel académico actual de la Enfermería (Tabla 94). De los cuales, el 60,7% son mujeres y el 58,7% son hombres. Sin embargo, un 36,5% expresa que este documento no refleja el nivel académico de la disciplina, siendo el porcentaje de hombres (38%) mayor que el de las mujeres (36,4%) (Anexo 9. Tabla 23).

La prueba Chi-Cuadrado para comprobar si existe asociación entre el nivel académico que refleja el IEA y el sexo no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que son independientes y no se influyen ($x^2 = 0,120$; $p = 0,942$) (Tabla 95).

Tabla 94: Relación entre IEA y nivel académico del profesional de enfermería		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	240	60,0	60,3	60,3
	No	146	36,5	36,7	97,0
	NS/NC	12	3,0	3,0	100,0
	Total	398	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,5		
Total		400	100,0		

Tabla 95: Tabla de contingencia entre el nivel académico que supone el IEA y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
IEA nivel académico	0,120	0,942

7.1.3. Análisis estadístico de las variables relacionadas con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia

7.1.3.1. La enfermera de enlace

7.1.3.1.1. Mejora del seguimiento enfermero a través del Informe de Enfermería al Alta

Un 92% de la muestra estudiada considera que la realización de un informe de alta enfermero, sí influiría en un mejor seguimiento del paciente por parte de enfermería, para futuras intervenciones enfermeras (Tabla 96). De ellos, un 95,1% son mujeres y un 86,7% son hombres (Anexo 9. Tabla 24). Sólo un 6,8% de los encuestados expresa que el documento no mejora la continuidad de los cuidados.

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del sexo y considerar que el IEA mejora el seguimiento del paciente, ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que ambas variables están relacionadas ($\chi^2 = 7,675$; $p=0,006$) (Tabla 97).

Tabla 96: El IEA mejora el seguimiento del paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	368	92,0	93,2	93,2
	No	27	6,8	6,8	100,0
	Total	395	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	1,3		
Total		400	100,0		

Tabla 97: Tabla de contingencia entre el seguimiento del paciente con el IEA y el sexo	Sexo	
	IEA mejor seguimiento paciente	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)
	7,675	0,006

7.1.3.1.2. Necesidad del Informe de cuidados al alta enfermera para la continuidad de la atención enfermera

El IEA sí que permite la continuidad de los cuidados del paciente, para un 89,8% ($n=359$) de la muestra encuestada (Tabla 98). De ellos un 93% son mujeres y un 85,6% son hombres (Anexo 9. Tabla 25). Sólo un 8,5% de los profesionales no considera que el documento permita la continuidad de los cuidados.

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del sexo y la consideración de que el IEA permite la continuidad de los cuidados del paciente, ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que ambas variables dependen entre sí ($\chi^2 =4,912$; $p= 0,027$) (Tabla 99).

Tabla 98: El IEA favorece la continuidad de cuidados del paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	359	89,8	91,3	91,3
	No	34	8,5	8,7	100,0
	Total	393	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	7	1,8		
Total		400	100,0		

Tabla 99: Tabla de contingencia entre la continuidad de cuidados que permite el IEA y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
IEA continuidad cuidados paciente	4,912	0,027

7.1.3.2. El Informe de Enfermería al Alta como indicador de la seguridad del paciente

7.1.3.2.1. El Informe de Enfermería al Alta: indicador de seguridad del paciente

Un 89% (n=356) de la muestra de profesionales considera la aplicación del Informe de Enfermería al Alta como un indicador de seguridad del paciente, para evitarle futuras complicaciones y efectos adversos (Tabla 100). Siendo un 90,5% de mujeres y un 87,8% de hombres (Anexo 9. Tabla 26). Un 10% de los encuestados expresa que este documento no representa un indicador de seguridad, entre los que el porcentaje de hombres (12,2%) es mayor que el de mujeres (9,5%).

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del sexo y que el IEA sea un indicador de seguridad del paciente no ha

arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 0,562$; $p=0,453$) (Tabla 101).

Tabla 100: IEA como indicador de seguridad del paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	356	89,0	89,9	89,9
	No	40	10,0	10,1	100,0
	Total	396	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,0		
Total		400	100,0		

Tabla 101: Tabla de contingencia entre el indicador de seguridad que supone el IEA y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
IEA indicador de seguridad del paciente	0,562	0,453

7.1.4. Análisis estadístico de las variables que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia

7.1.4.1. Formación específica sobre el Informe de Enfermería al Alta

Un 68,8% de los profesionales encuestados cree que necesita una formación específica sobre el Informe de Enfermería al Alta (Tabla 102). Siendo por sexos el porcentaje más alto el de los hombres (73,3%) que el de las mujeres (69%) (Tabla 103). Consideran, por el contrario, que no necesitan cursos específicos sobre el IEA un 30% de las enfermeras, repartidas en un 31% de mujeres y un 26,7% de hombres.

La prueba Chi-Cuadrado para comprobar si existe asociación entre el sexo y la formación en el IEA no ha arrojado un resultado

estadísticamente significativo ($p < 0,05$), luego son independientes ($\chi^2 = 0,627$; $p = 0,429$) (Tabla 104).

Tabla 102: Tienen formación en el IEA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	275	68,8	70,0	70,0
	No	118	29,5	30,0	100,0
	Total	393	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	7	1,8		
Total		400	100,0		

Tabla 103: Formación IEA según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Formación IEA	Sí	Recuento	209	66	275
		% dentro de Sexo	69,0%	73,3%	70,0%
	No	Recuento	94	24	118
		% dentro de Sexo	31,0%	26,7%	30,0%
Total		Recuento	303	90	393
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 104: Tabla de contingencia entre la formación sobre el IEA y el sexo	Sexo	
	Formación IEA	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)
	0,627	0,429

7.1.4.2. Realización de cursos de formación continuada sobre la historia clínica de Enfermería

Tras su paso por la universidad, un 40,3% ($n=161$) de la muestra manifiesta haber realizado cursos de formación continuada en su centro de trabajo, relacionados con la historia clínica de enfermería (Tabla 105),

concretamente un 42,8% de mujeres (n=130) y un 33,3% de hombres (n=30) (Anexo 9. Tabla 27). Por el contrario, dicen que no han realizado formación continuada de este tipo un 59,4% (n=234) de los profesionales, siendo el porcentaje de hombres (66,7%) mayor que el de las mujeres (57,2%).

No se encuentran diferencias significativas entre el sexo y la formación continuada en la Historia de Enfermería, en la distribución de los datos ($\chi^2 = 2,560$; $p = 0,110$) (Tabla 106).

Tabla 105: Reciben formación continuada sobre le Historia Enfermera (HE)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	161	40,3	40,8	40,8
	No	234	58,5	59,2	100,0
	Total	395	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	1,3		
Total		400	100,0		

Tabla 106: Tabla de contingencia entre la formación sobre la HE y el sexo	Sexo	
Formación continuada en HE	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
	2,560	0,110

7.1.4.3. Las cargas de trabajo como obstáculo en la realización de un Informe de Enfermería al Alta

Un 17,3% de la muestra (n=393) considera que la carga de trabajo no impide la realización del IEA (Tabla 107), representado por un 16,9% de mujeres y un 20% de hombres (Anexo 9. Tabla 28). Por el contrario un

81% de los profesionales (n=324) considera que las cargas de trabajo existentes en su servicio, dificultarían la cumplimentación de un informe de alta enfermero. Siendo un 83,1% de mujeres y un 80% de hombres.

La prueba Chi-Cuadrado para probar la asociación entre el sexo y la dificultad para realizar el IEA por las cargas de trabajo no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 0,463$; $p = 0,496$) (Tabla 108).

Tabla 107: Dificultad para cumplimentar el IEA por las cargas de trabajo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	324	81,0	82,4	82,4
	No	69	17,3	17,6	100,0
	Total	393	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	7	1,8		
Total		400	100,0		

Tabla 108: Tabla contingencia entre la dificultad que supone redactar el IEA y la carga de trabajo según el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Dificultad IEA por carga de trabajo	0,463	0,496

7.1.4.4. Falta de tiempo para realizar el Informe de Enfermería al Alta

A un 12,5% de los profesionales (n=50) el realizar el Informe de Enfermería al Alta no le quitaría tiempo para otras actividades laborales (Tabla 109). En concreto a un 12,5% de mujeres y a un 13,3% de hombres (Anexo 9. Tabla 29). Por el contrario, un 86% de la muestra, consideraría una dificultad la cumplimentación del documento si le restara tiempo

para realizar el resto de actividades enfermeras. Siendo un 87,5% mujeres y un 86,7% hombres.

No se encuentran diferencias significativas entre el sexo y la dificultad temporal que supondría realizar el IEA, en la distribución de los datos ($\chi^2 = 0,039$; $p = 0,843$) (Tabla 110).

Tabla 109: Dificultad temporal para la cumplimentación del IEA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	344	86,0	87,3	87,3
	No	50	12,5	12,7	100,0
	Total	394	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	6	1,5		
Total		400	100,0		

Tabla 110: Tabla de contingencia entre la dificultad temporal que supone el IEA y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Dificultad temporal por cumplimentación IEA	0,039	0,843

7.1.4.5. La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo médico, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

La relación profesional que existe entre la enfermera y el médico no dificultaría la redacción del IEA, según han manifestado los participantes del estudio, en un 69% (n=276) (Tabla 111). Siendo, según el sexo, un 69,9% de mujeres y un 67,8% de hombres (Anexo 9. Tabla 30). A un 30,3% de los encuestados la relación que mantienen con el personal médico le dificultaría la redacción del documento.

La prueba Chi-Cuadrado para probar la asociación entre la dificultad de redacción del IEA ante la relación existente entre la profesional enfermera con el médico y el sexo, no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 0,152$; $p = 0,696$) (Tabla 112).

Tabla 111: Dificultad para redacción del IEA por la relación con el equipo médico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	121	30,3	30,5	30,5
	No	276	69,0	69,5	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

Tabla 112: Tabla de contingencia entre la dificultad que supone redactar el IEA por la relación con los médicos y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Dificultad redacción IEA por relación E-M	0,152	0,696

7.1.4.6. La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo de auxiliares de enfermería, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

La realización de un Informe de Enfermería al Alta no se vería obstaculizada por la relación profesional con las auxiliares de Enfermería, en un 92% de los casos ($n=368$), según han expresado los participantes del estudio (Tabla 113). De los cuales, 93,5% son mujeres y un 90% son

hombres. Por el contrario, para un 7,3% (n=29) de los profesionales esta relación dificultaría la redacción final del IEA (Anexo 9. Tabla 31).

La prueba Chi-Cuadrado para comprobar si existe asociación entre el sexo y la dificultad de redacción del IEA por la relación de la Enfermera con la Auxiliar de enfermería no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 1,230$; $p = 0,267$) (Tabla 114), por lo que son variables independientes entre sí.

Tabla 113: Dificultad redacción del IEA por la relación con Aux. Enf.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	29	7,3	7,3	7,3
	No	368	92,0	92,7	100,0
	Total	397	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		400	100,0		

Tabla 114: Tabla de contingencia entre la dificultad que supone redactar un IEA por la relación con Aux. según el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Dificultad redacción IEA por relación E-Aux	1,230	0,267

7.1.4.7. La relación existente entre el colectivo enfermero y el resto del colectivo sanitario (trabajadores sociales, fisioterapeutas,...), ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

La relación existente entre enfermería y el resto de los profesionales sanitarios (trabajadores sociales y fisioterapeutas) no le genera ninguna dificultad a la hora de redactar el Informe de Enfermería al Alta, a un 82,8% (n=331) de los encuestados (Tabla 115), de los que un 83,6% son

Resultados

mujeres y un 83,3% son hombres (Anexo 9. Tabla 32). Generándoles problemas esta relación a un 16,3%.

La prueba Chi-Cuadrado para probar la asociación entre el sexo y la dificultad ante la redacción IEA por la relación entre la enfermera y el resto del equipo de salud, no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 0,004$; $p = 0,951$) (Tabla 116).

Tabla 115: Dificultad para la redacción del IEA por la relación con el resto de personal		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	65	16,3	16,4	16,4
	No	331	82,8	83,6	100,0
	Total	396	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,0		
Total		400	100,0		

Tabla 116: Tabla de contingencia por la dificultad que supone redactar el IEA por la relación con el resto del equipo y el sexo	Sexo	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Dificultad redacción IEA por relación E-Resto	0,004	0,951

7.2. Análisis inferencial de la muestra: relación entre las variables demográficas y sociolaborales, con resto de variables del estudio, y presentación de asociaciones estadísticamente significativas

Se establecen en el estudio estadístico las asociaciones entre las variables sociodemográficas y laborales, con el resto de variables dependientes, utilizando la aplicación del estadístico Chi cuadrado de Pearson, considerando un nivel de significación de 0,05 ($p < 0,05$), y prueba "T" de Student, en función del tipo de variable, cualitativa o cuantitativa.

7.2.1. Variables demográficas y sociolaborales

En cuanto a la relación existente entre el puesto de trabajo desempeñado en el hospital y el grado académico universitario, se desprende que entre todas las enfermeras asistenciales son diplomadas (86,3%; $n=297$) y sólo un 13,4% tienen estudios superiores (Tabla 117). Entre las profesionales que asumen cargos de responsabilidad (de formación y docencia, o cargos de dirección), sólo un 20,4% tiene estudios superiores y la mayoría (79,6%) sólo han estudiado la Diplomatura de Enfermería (Gráfico 14).

La prueba Chi-Cuadrado para comprobar si existe asociación entre el cargo y el grado académico no ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,05$), por lo que podemos decir que no se ejercen influencia entre sí ($\chi^2 = 1,999$; $p = 0,368$) (Tabla 118).

Tabla 117: Relación entre la máxima titulación obtenida y el puesto de trabajo desempeñado en el hospital			Nivel Académico			Total
			Diplomatura Enfermería	Estudios superiores	Grado de Enfermería	
Grupos Cargo	Enfermeras asistenciales	Recuento	297	46	1	344
		% dentro de Grupos Cargo	86,3%	13,4%	,3%	100,0%
	Otros niveles de responsabilidad	Recuento	43	11	0	54
		% dentro de Grupos Cargo	79,6%	20,4%	,0%	100,0%
Total		Recuento	340	57	1	398
		% dentro de Grupos Cargo	85,4%	14,3%	,3%	100,0%

Tabla 118: Tabla de contingencia entre el cargo ejercido en el centro sanitario y el máximo grado académico obtenido	Máximo grado académico	
	Chi-cuadrado de Pearson (χ^2)	Sig. asintótica (bilateral) [p]
Cargo en el centro sanitario	1,999	0,368

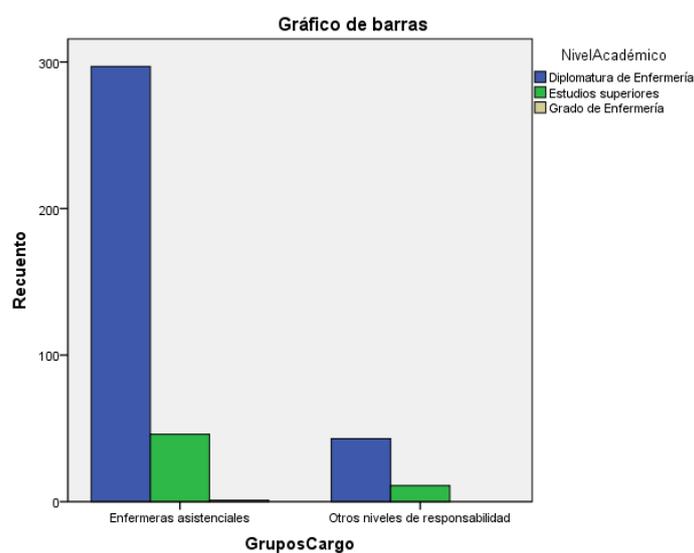


Gráfico 14: Relación entre la máxima titulación obtenida y el puesto de trabajo desempeñado en el hospital

7.2.2. Variables relacionadas con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional de la muestra, en la Región de Murcia

7.2.2.1. El estudio de la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC) durante su formación universitaria

El cálculo de la asociación existente entre el hecho de haber estudiado en la Universidad la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (NIC) y la Clasificación de los Resultados (NOC) y la fecha de obtención de la Diplomatura, mediante una Tabla de Contingencia, nos revela que de las profesionales que manifiestan haberse diplomado en Enfermería antes del año 2000 (61,8%), un 79,7% han reconocido no haber estudiado las Clasificaciones, frente a un 36% que sí lo hizo (Tabla 119). Entre aquellos que han expresado haberse diplomado después del año 2000 (38,2%), coincidiendo con la implantación del tercer plan de estudios de Enfermería de la Universidad de Murcia, un 64% reconoce haber estudiado las Clasificaciones, frente a un 20,3% que dice no haberlas estudiado (Gráfico 15).

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-Cuadrado, entre los grupos de edad y los estudios universitarios sobre los NIC y los NOC, arroja diferencias significativas entre ambas variables ($\chi^2 = 48,411$; $p=0,000$). Al igual que ocurre cuando se compara esta variable con el centro sanitario ($\chi^2 = 39,833$; $p=0,000$), el tipo de contrato ($\chi^2 = 44,235$; $p=0,000$), el año en que se obtuvo la titulación de Enfermería ($\chi^2 = 118,618$; $p=0,000$), el tipo de turno de trabajo ($\chi^2 = 8,167$; $p=0,043$) y el manejar las nuevas tecnologías (NT) ($\chi^2 = 11,989$; $p=0,002$) (Anexo 9, Tabla 33).

Tabla 119: Tabla de contingencia entre el año de diplomatura y los estudios universitarios NIC y NOC			Estudios universitarios NIC y NOC		Total
			Sí	No	
Grupos Años titulación	Antes del año 2000	Recuento	58	185	243
		% dentro de Estudios universitarios NIC y NOC	36,0%	79,7%	61,8%
	Después del año 2000	Recuento	103	47	150
		% dentro de Estudios universitarios NIC y NOC	64,0%	20,3%	38,2%
Total		Recuento	161	232	393
		% dentro de Estudios universitarios NIC y NOC	100,0%	100,0%	100,0%

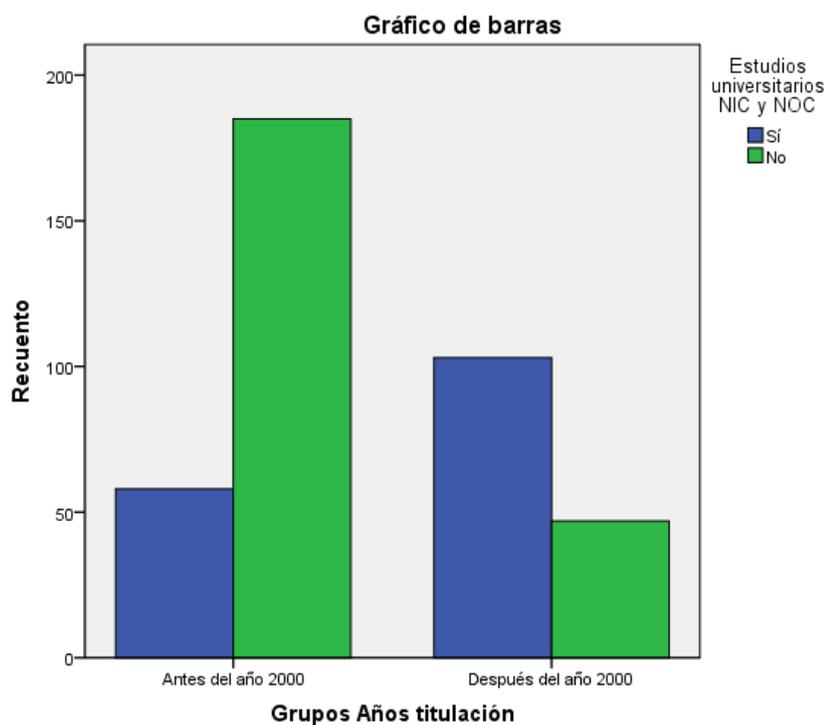


Gráfico 15: Estudios universitarios NIC y NOC según el año de diplomatura

7.2.2.2. Uso en la práctica diaria laboral de los temas teóricos sobre diagnósticos NANDA que se estudiaron en la Universidad

Al determinar la relación existente entre el año en que las enfermeras se diplomaron en Enfermería y el uso que hacen de los diagnósticos NANDA en la práctica diaria, nos encontramos, primero, que del 61,4% que dice haberse diplomado en Enfermería antes del año 2000, un 67,8% no usa en la práctica diaria de la profesión los diagnósticos NANDA que estudió en la Universidad, frente al 51,3% que dice emplearlos (Tabla 120). Del 38,6% restante de la muestra encuestada, correspondiente a los profesionales diplomados después del año 2000, un 48,7% revela que trabaja clínicamente con los diagnósticos, frente a un 32,2% que no lo hace (Gráfico 16).

Nos encontramos diferencias significativas en la distribución de los datos cuando relacionamos la práctica asistencial de los diagnósticos NANDA con la unidad hospitalaria a la que se pertenece ($\chi^2 = 53,757$; $p=0,000$), al centro sanitario donde se trabaja ($\chi^2 = 31,739$; $p=0,000$), al tipo de contrato que se tiene ($\chi^2=8,070$; $p=0,018$) y con el tipo de distribución que se hace del trabajo diariamente ($\chi^2 = 14,463$; $p=0,013$) (Anexo 9, Tabla 33).

Tabla 120: Tabla de Contingencia entre el año de diplomatura y la práctica clínica de los diagnósticos NANDA			Práctica asistencial diagnósticos NANDA		Total
			Sí	No	
Grupos Años titulación	Antes del año 2000	Recuento	77	160	237
		% dentro de Práctica asistencial diagnósticos NANDA	51,3%	67,8%	61,4%
	Después del año 2000	Recuento	73	76	149
		% dentro de Práctica asistencial diagnósticos NANDA	48,7%	32,2%	38,6%
Total		Recuento	150	236	386
		% dentro de Práctica asistencial diagnósticos NANDA	100,0%	100,0%	100,0%

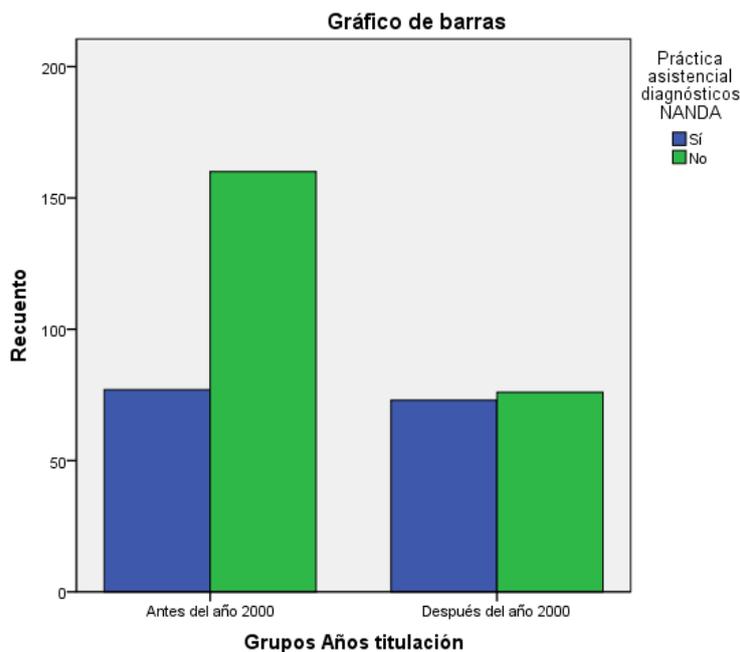


Gráfico 16: Relación existente entre el año de diplomatura y el uso de los diagnósticos NANDA en la clínica

7.2.2.3. El uso en la práctica diaria de los temas teóricos sobre NIC y NOC que se estudiaron en la universidad

De los profesionales participantes en el estudio, un 58,8% reconoce no haber estudiado las Clasificaciones de las Intervenciones enfermeras (NIC) y los Resultados (NOC), y el 41,2% restante, manifiesta haberlas estudiado en la Universidad. De este grupo que los estudió, un 72,5% expresa que las emplea en la rutina de la práctica diaria hospitalaria (Tabla 121; Gráfico 17).

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de los grupos de edad y el uso diario de las NIC y de los NOC que se estudiaron en la universidad ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que los grupos de edad y la práctica asistencial de las NIC y los NOC están relacionadas ($\chi^2 = 7,227$; $p = 0,027$). También está relacionada con el centro sanitario donde se trabaja ($\chi^2 = 63,082$; $p = 0,000$), el tipo de contrato que se tiene ($\chi^2 = 8,165$;

Resultados

p=0,017) y el año de obtención del título de enfermera ($\chi^2 = 51,943$; p=0,052) (Anexo 9, Tabla 33; Gráfico 17, 18,19).

Tabla 121: Tabla de Contingencia entre los estudios universitarios y la práctica clínica			Práctica asistencial NIC y NOC		Total
			Sí	No	
Estudios universitarios NIC y NOC	Sí	Recuento	74	87	161
		% dentro de Práctica asistencial NIC y NOC	72,5%	30,1%	41,2%
	No	Recuento	28	202	230
		% dentro de Práctica asistencial NIC y NOC	27,5%	69,9%	58,8%
Total		Recuento	102	289	391
		% dentro de Práctica asistencial NIC y NOC	100,0%	100,0%	100,0%

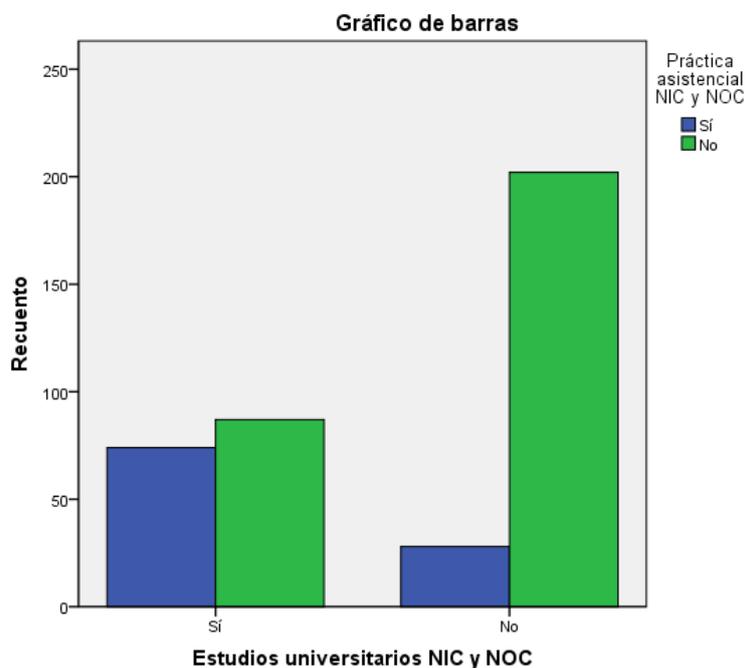


Gráfico 17: Práctica asistencial de las NIC y los NOC dependiendo de su estudio

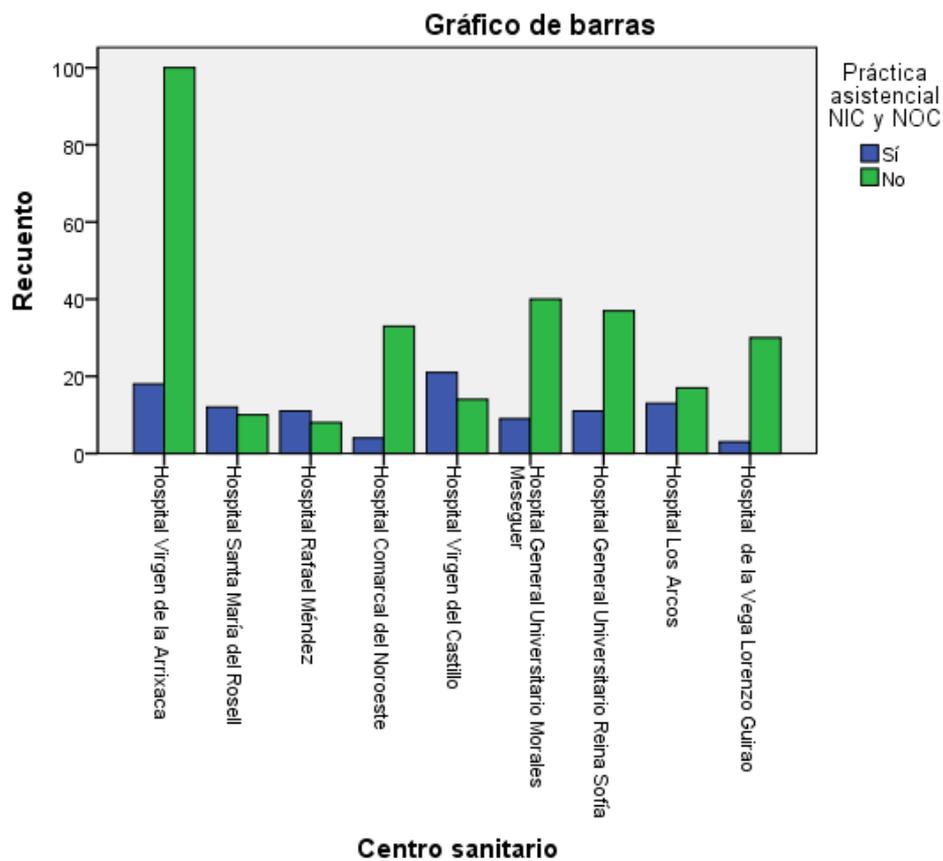


Gráfico 18: Práctica asistencial de las NIC y los NOC según el centro sanitario

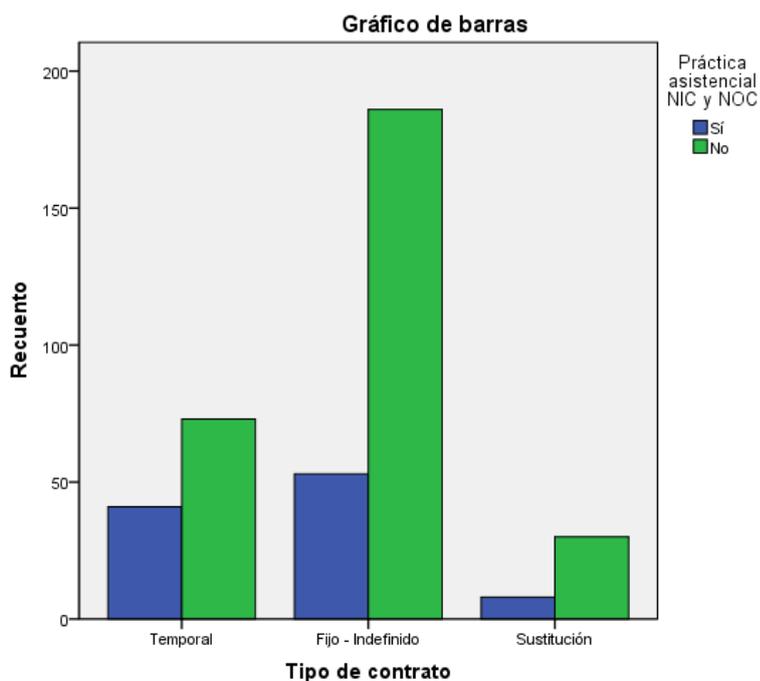


Gráfico 19: Práctica asistencial de las NIC y los NOC según el tipo de contrato

7.2.2.4. En el caso de que se usen diariamente las NIC y los NOC, ¿las enfermeras de su servicio han seleccionado las intervenciones y los resultados más usados?

En el cálculo de la Tabla de Contingencia entre la variable “estudio universitario de las Clasificaciones NIC y NOC” y la variable “selección de esas Intervenciones y Resultados”, hemos obtenido que un 52,4% de los profesionales encuestados manifiestan haber estudiado esos temas en la Universidad y de ellos, un 62,1% se ha encargado de seleccionar las Intervenciones y los resultados más empleados en la unidad hospitalaria en la que trabaja (Tabla 122).

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la selección de las NIC y los NOC en el servicio y la unidad de trabajo ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que ambas variables están relacionadas ($\chi^2 = 24,984$; $p=0,023$). Lo mismo ocurre con el centro sanitario donde se trabaja ($\chi^2 = 25,239$; $p=0,001$) y la distribución diaria del trabajo ($\chi^2 = 16,361$; $p=0,006$) (Anexo 9, Tabla 33; Gráfico 20, 21, 22, 23).

Tabla 122: Tabla de contingencia de los estudios universitarios NIC y NOC y su selección en la unidad			Selección NIC y NOC en el servicio		Total
			Sí	No	
Estudios universitarios NIC y NOC	Sí	Recuento	64	36	100
		% dentro de Selección NIC y NOC en el servicio	62,1%	40,9%	52,4%
	No	Recuento	39	52	91
		% dentro de Selección NIC y NOC en el servicio	37,9%	59,1%	47,6%
Total		Recuento	103	88	191
		% dentro de Selección NIC y NOC en el servicio	100,0%	100,0%	100,0%

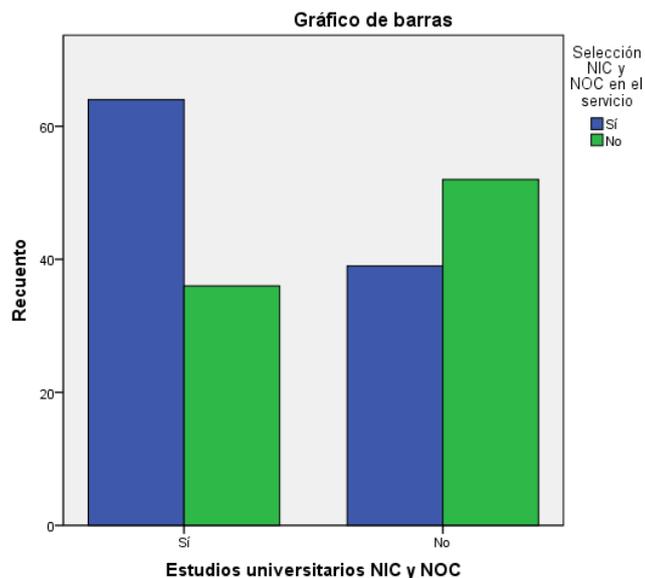


Gráfico 20: Relación entre haber estudiado en la Universidad NIC y NOC y seleccionarlos en la unidad de trabajo

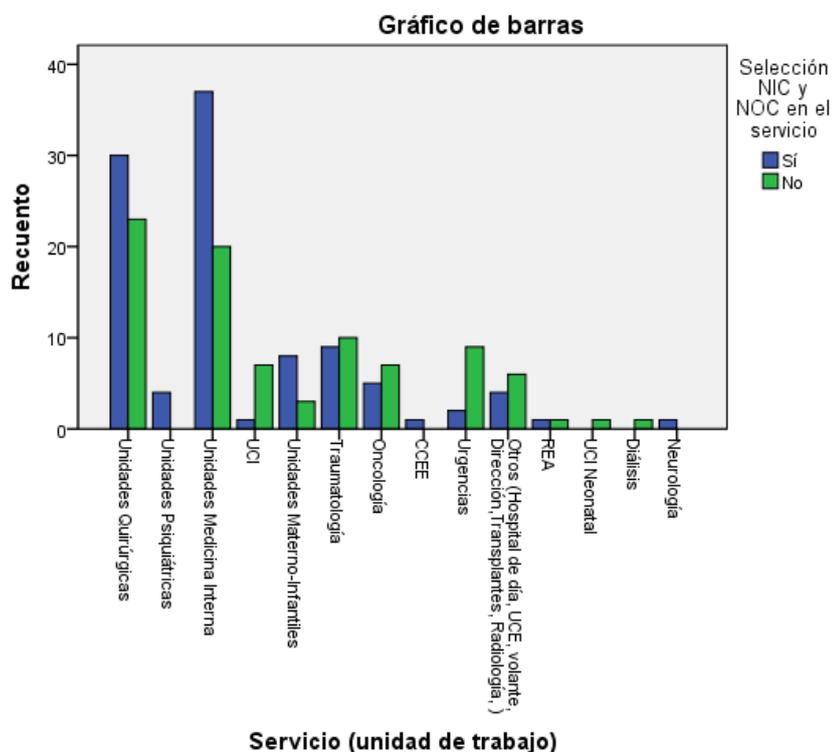


Gráfico 21: Selección de las NIC y los NOC más usados según la unidad

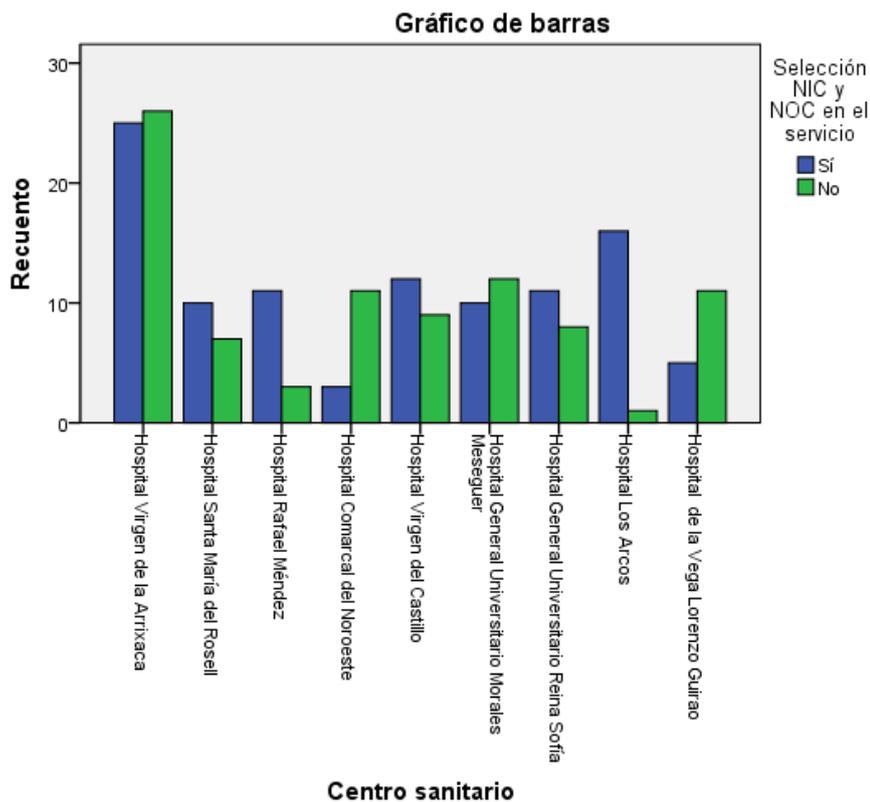


Gráfico 22: Selección de las NIC y los NOC más usados según el centro sanitario

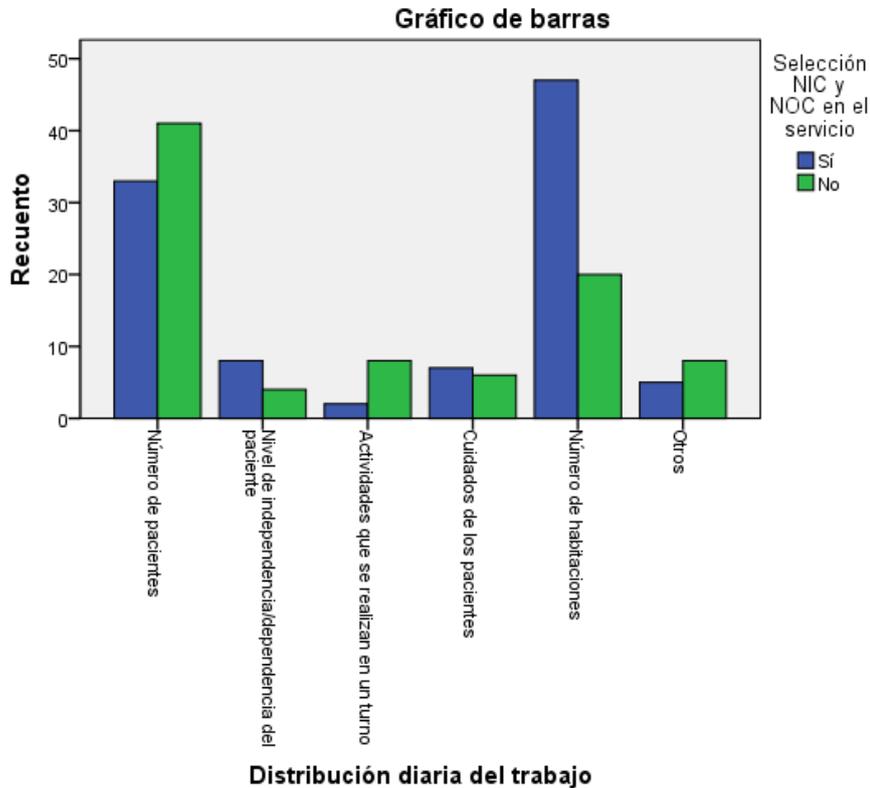


Gráfico 23: Selección de las NIC y los NOC más usados según la distribución diaria del trabajo

7.2.2.5. Cursos de formación continuada centrados en la relación existente entre los diagnósticos NANDA, la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC)

La relación existente entre los cursos de formación continuada centrados en los diagnósticos NANDA, la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (NOC) y el año de obtención de la Diplomatura de Enfermería, mediante una Tabla de Contingencia, ha revelado que un 59,3% de los encuestados ha manifestado no actualizar sus conocimientos, ni antes de haberse diplomado en Enfermería antes del año 2000 (57,4%), ni después (62,3%) (Tabla 123; Gráfico 24).

Tabla 123: Tabla de contingencia entre la formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA y el año de diplomatura			Grupos Años titulación		Total
			Antes del año 2000	Después del año 2000	
Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	Sí	Recuento	100	55	155
		% dentro de Grupos Años titulación	42,6%	37,7%	40,7%
	No	Recuento	135	91	226
		% dentro de Grupos Años titulación	57,4%	62,3%	59,3%
Total		Recuento	235	146	381
		% dentro de Grupos Años titulación	100,0%	100,0%	100,0%

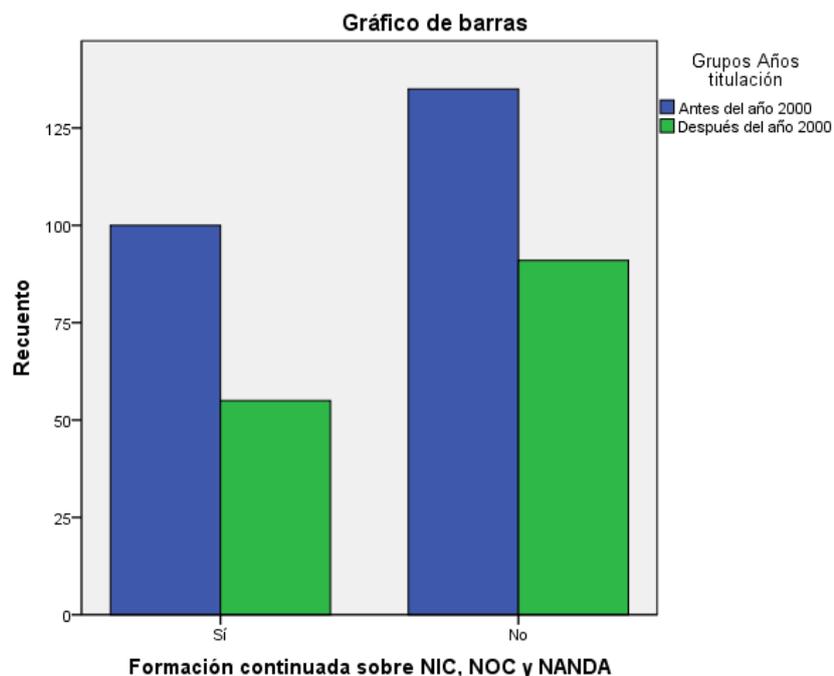


Gráfico 24: Relación entre la formación continuada y el año de diplomatura

La influencia que tiene el horario de trabajo para que los profesionales puedan realizar cursos de formación continuada, que les actualice los conocimientos, la hemos calculado a través de una Tabla de Contingencia. En ella, podemos ver, que del 23,8% de profesionales encuestados con turno de mañanas fijas, el 35% ha manifestado cursar formación continuada (Tabla 124). Sin embargo, observamos que del 61,7% de profesionales que han manifestado trabajar con turnos rodados de mañanas-tardes y noches, un 69% no realiza cursos de formación continuada. Lo mismo ocurre con el 13,2% de enfermeras que trabajan de mañanas y tardes, que solo un 12,7% los realiza (Gráfico 25).

Tabla 124: Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA según el turno de trabajo			Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA		Total
			Sí	No	
Horario de trabajo	Mañanas-tardes-noches	Recuento	80	158	238
		% dentro de Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	51,0%	69,0%	61,7%
	Mañanas-tardes	Recuento	20	31	51
		% dentro de Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	12,7%	13,5%	13,2%
Mañanas fijas	Recuento	55	37	92	
	% dentro de Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	35,0%	16,2%	23,8%	
Noches fijas	Recuento	2	3	5	
	% dentro de Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	1,3%	1,3%	1,3%	
Total		Recuento	157	229	386
		% dentro de Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	100,0%	100,0%	100,0%

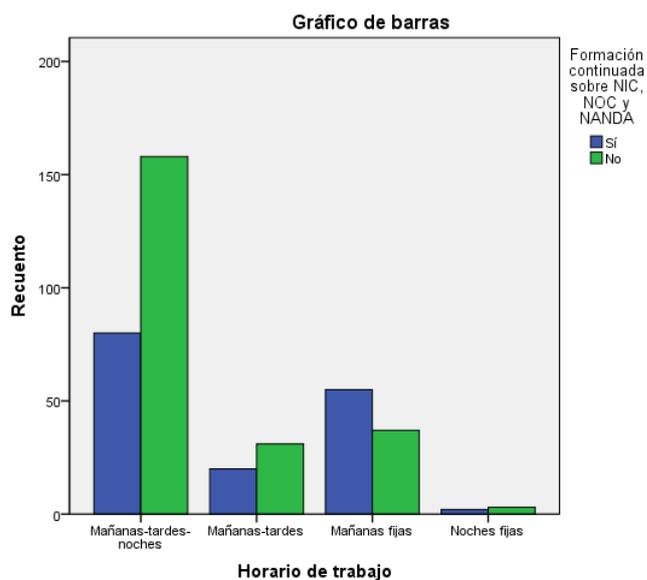


Gráfico 25: Realización de formación continuada sobre diagnósticos NANDA, NIC y NOC según el horario de trabajo

Resultados

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la formación continuada sobre las NIC, los NOC y los diagnósticos NANDA y los grupos de edad ha arrojado un resultado estadísticamente significativo en la distribución de los datos, por lo que podemos decir que la formación continuada en NIC, NOC y NANDA y los grupos de edad están relacionados ($\chi^2=6,772$; $p=0,034$). También encontramos diferencias significativas en la distribución de los datos, con la unidad hospitalaria donde se trabaja ($\chi^2 =33,699$; $p=0,004$), con el centro sanitario donde el profesional está ubicado ($\chi^2=25,568$; $p=0,001$), con la posesión de un grado académico superior ($\chi^2=5,355$; $p=0,021$), y el horario de trabajo ($\chi^2=18,884$; $p=0,000$) (Anexo 9, Tabla 33; Gráficos 26 y 27).

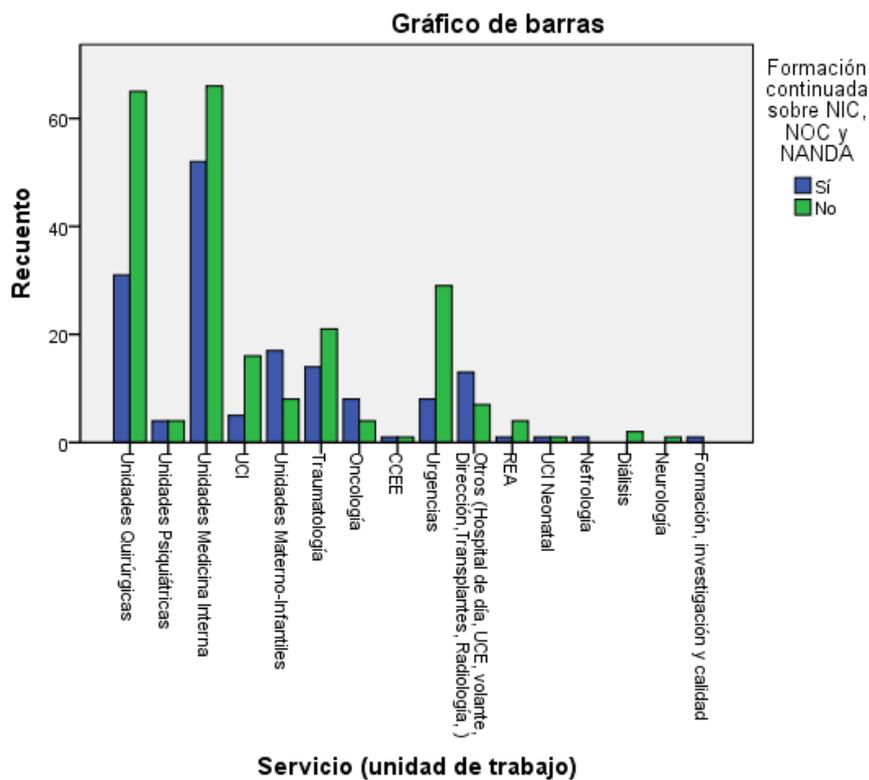


Gráfico 26: Realización de formación continuada sobre diagnósticos NANDA, NIC y NOC según el servicio

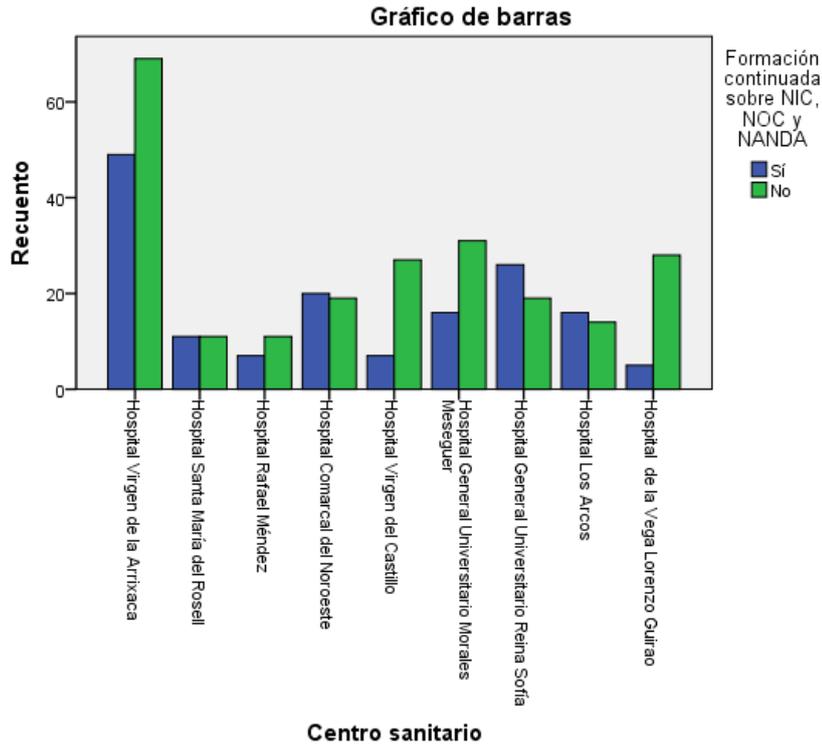


Gráfico 27: Realización de formación continuada sobre diagnósticos NANDA, NIC y NOC según el centro sanitario

7.2.2.6. Formato de registro del trabajo diario

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del servicio hospitalario y el formato de registro del trabajo diario ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que la unidad hospitalaria y el formato en que se registra el trabajo están relacionadas ($\chi^2 = 89,335$; $p = 0,000$). También se presentan diferencias significativas en la distribución de los datos cuando cruzamos la variable formato de registro con el centro sanitario ($\chi^2 = 243,576$; $p = 0,000$) y la ratio enfermera/paciente de la unidad ($\chi^2 = 13,102$; $p = 0,001$) (Anexo 9, Tabla 34; Gráfico 28 y 29).

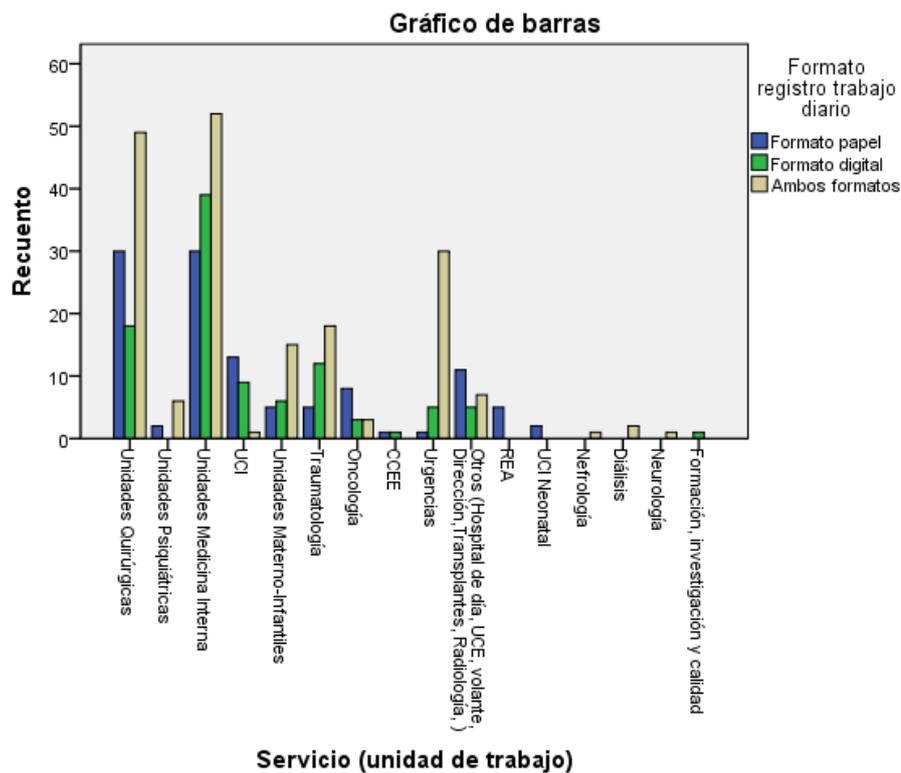


Gráfico 28: Formato de registro del trabajo diario según el servicio

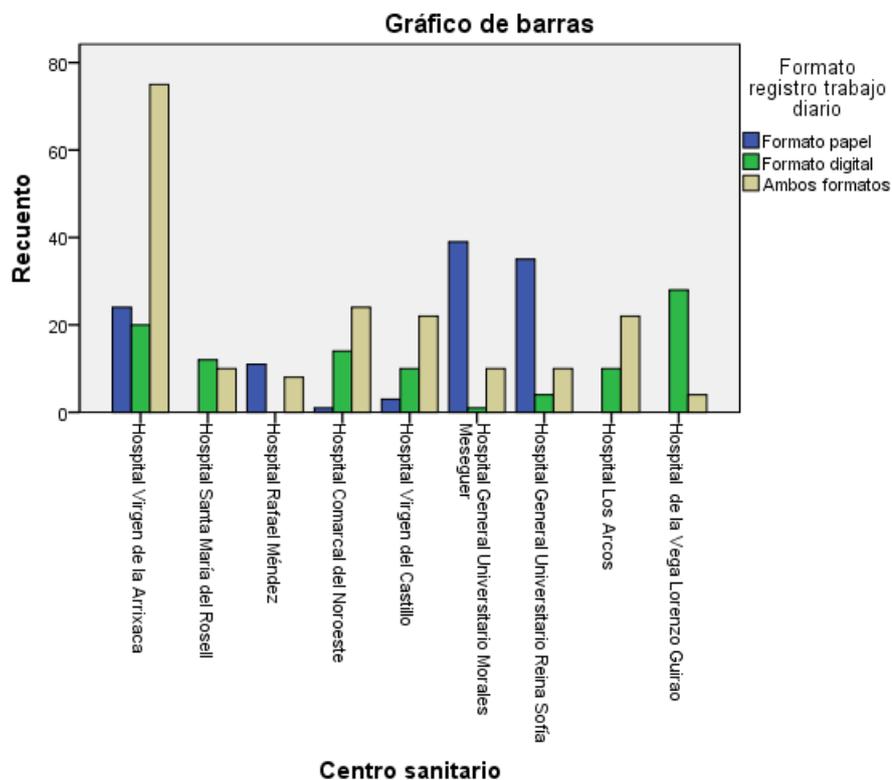


Gráfico 29: Formato de registro del trabajo diario según el centro sanitario

7.2.2.7. Existencia de la historia clínica digital en su centro de trabajo

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la unidad hospitalaria y la existencia de la Historia Clínica Digital ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que ambas variables están relacionadas ($\chi^2=45,431$; $p=0,000$). Se presentan, del mismo modo, diferencias significativas en la distribución de los datos cuando cruzamos la variable “existencia de la Historia Clínica Digital” con el centro sanitario donde se trabaja ($\chi^2 =113,594$; $p=0,000$) y con la distribución diaria del trabajo ($\chi^2 =12,127$; $p=0,033$) (Anexo 9, Tabla 47; Gráfico 30 y 31).

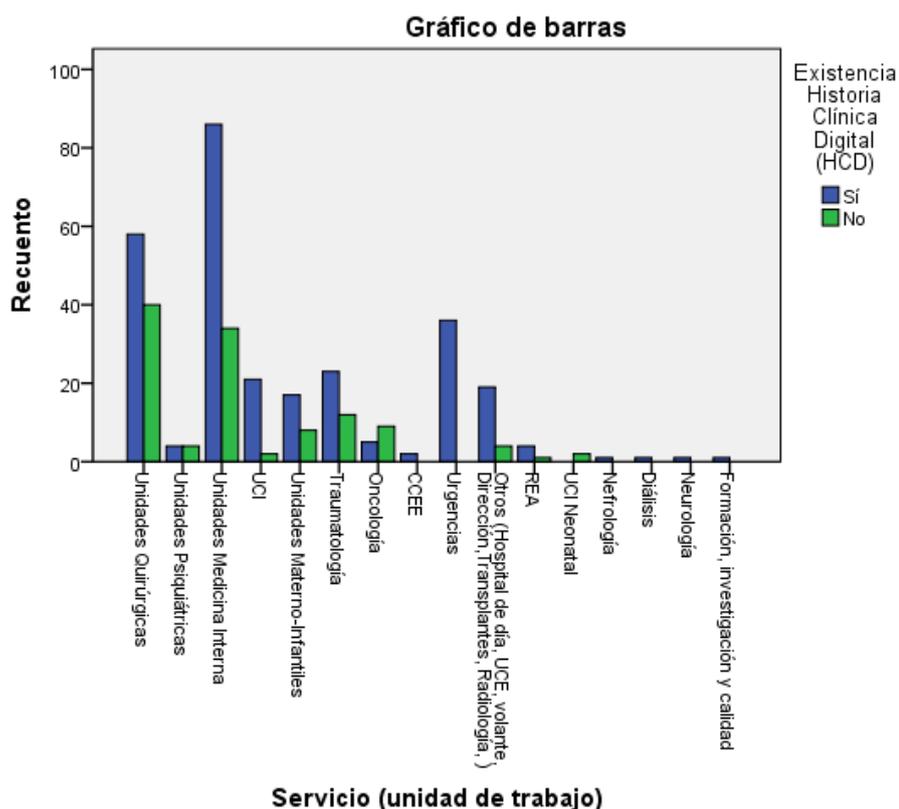


Gráfico 30: Existencia de la HCD según el servicio

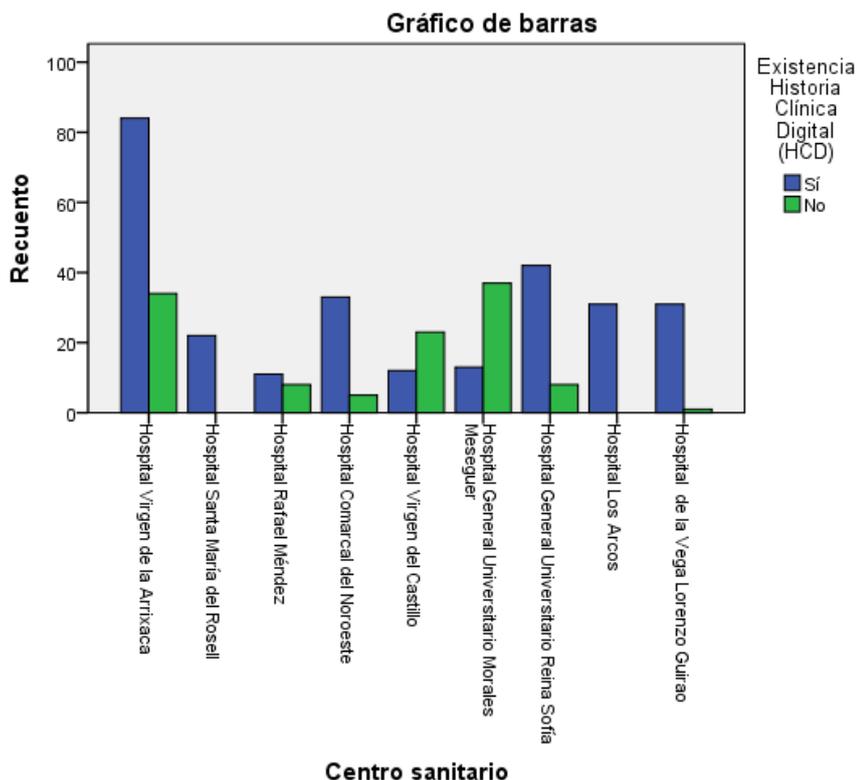


Gráfico 31: Existencia de la HCD según el centro sanitario

7.2.2.8. Empleo de la Historia Clínica Digital en su servicio

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del empleo de la HCD y la unidad donde se trabaja ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 27,027$; $p = 0,029$), por lo que podemos decir que ambas variables están relacionadas. Lo mismo que ocurre con el uso de la HCD y el centro donde se trabaja ($\chi^2 = 105,957$; $p = 0,000$) (Anexo 9, Tabla 34; Gráfico 32 y 33).

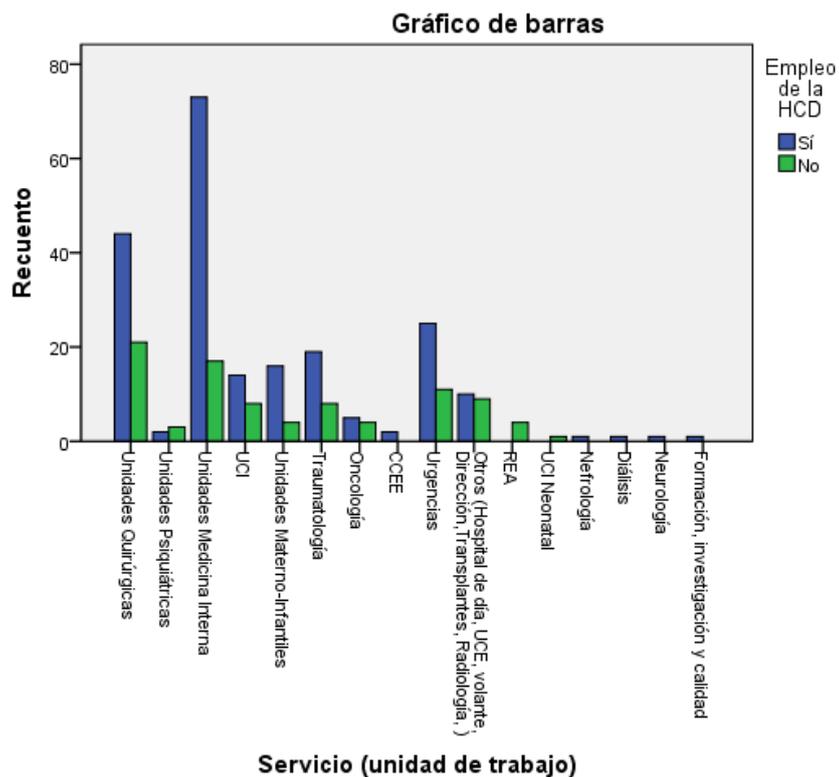


Gráfico 32: Empleo de la HCD según el servicio

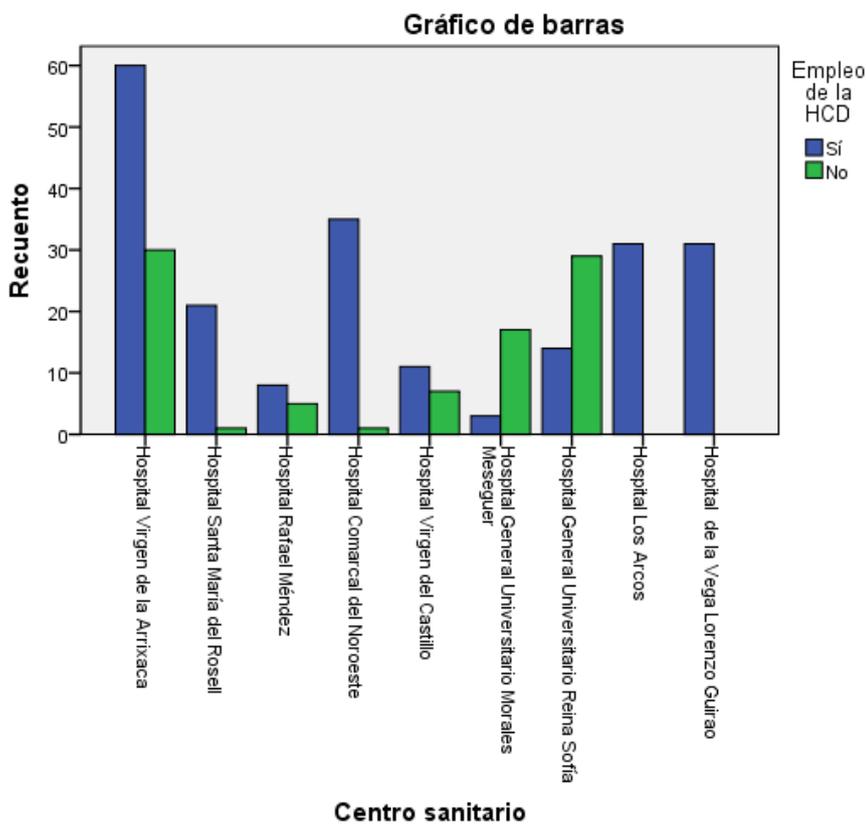


Gráfico 33: Empleo de la HCD según el centro sanitario

7.2.2.9. Empleo del programa SELENE en su servicio

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia entre el empleo del programa SELENE y la unidad de trabajo ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 47,097$; $p = 0,000$) por lo que podemos decir que están relacionadas. Al realizar el resto de cruzamientos de variables con el uso del programa SELENE, se presentan diferencias significativas en la distribución de los datos referidos al centro sanitario ($\chi^2 = 157,155$; $p = 0,000$), al tipo de contrato ($\chi^2 = 6,140$; $p = 0,046$), a la ratio enfermera/paciente ($\chi^2 = 12,314$; $p = 0,000$), al horario de trabajo ($\chi^2 = 8,309$; $p = 0,040$) y a la distribución diaria del trabajo ($\chi^2 = 15,558$; $p = 0,008$) (Anexo 9, Tabla 34; Gráfico 34, 35, 36, 37 y 38).

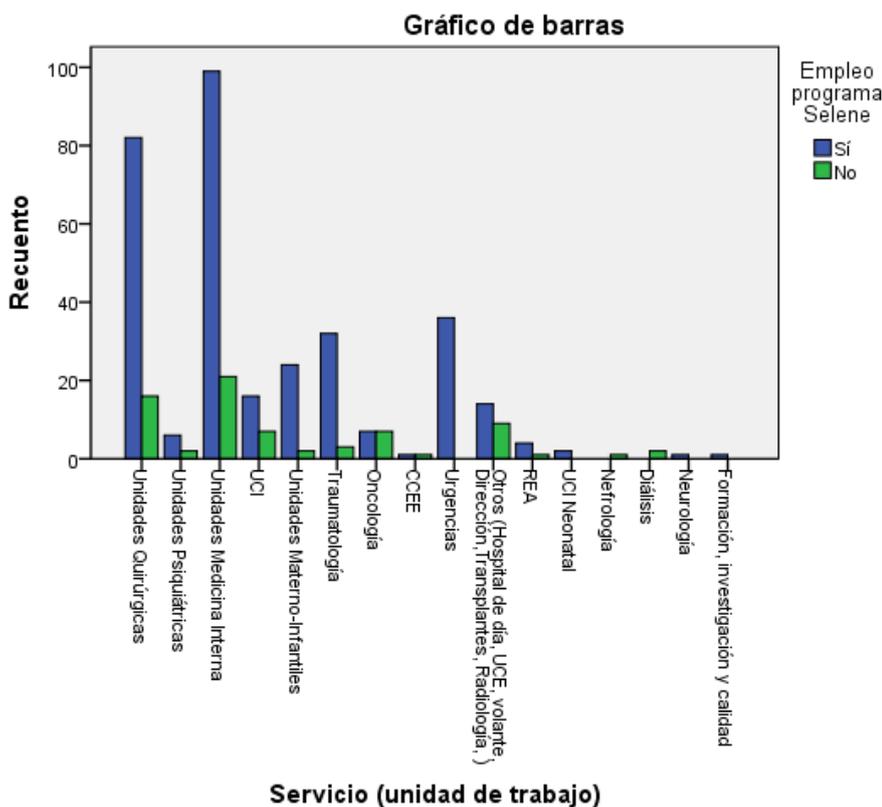


Gráfico 34: Empleo del programa SELENE según el servicio

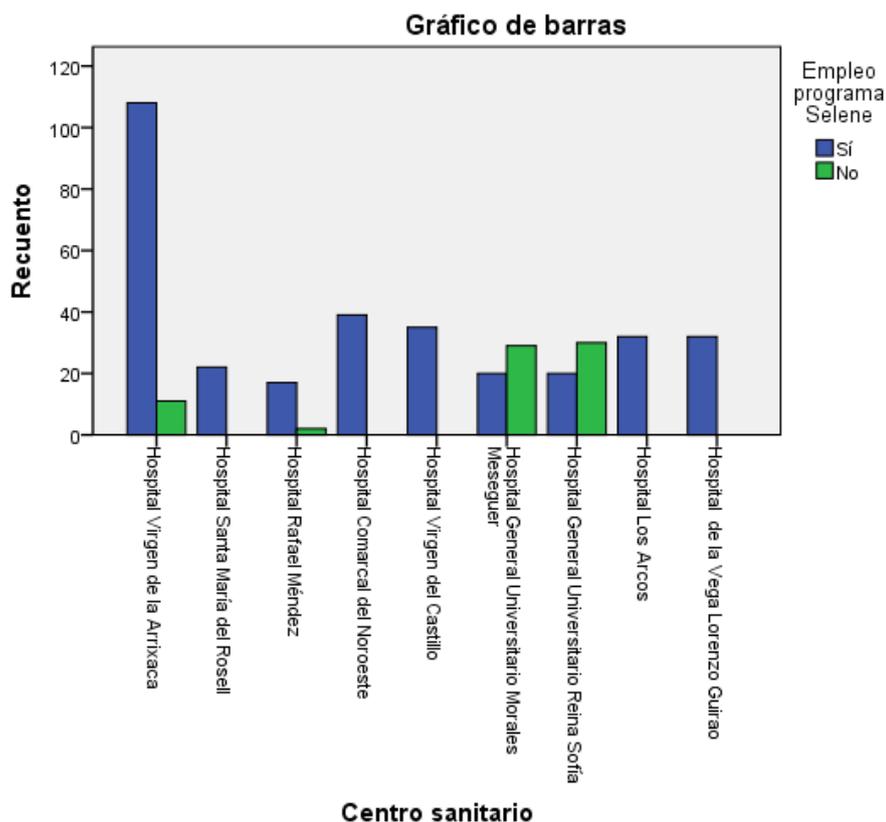


Gráfico 35: Empleo del programa SELENE según el centro sanitario

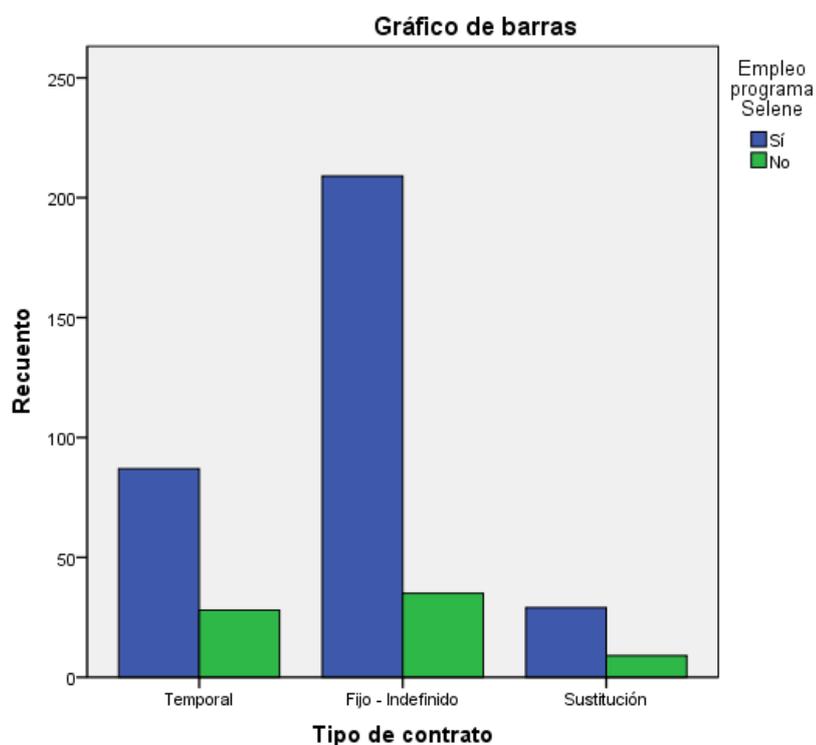


Gráfico 36: Empleo del programa SELENE según el tipo de contrato

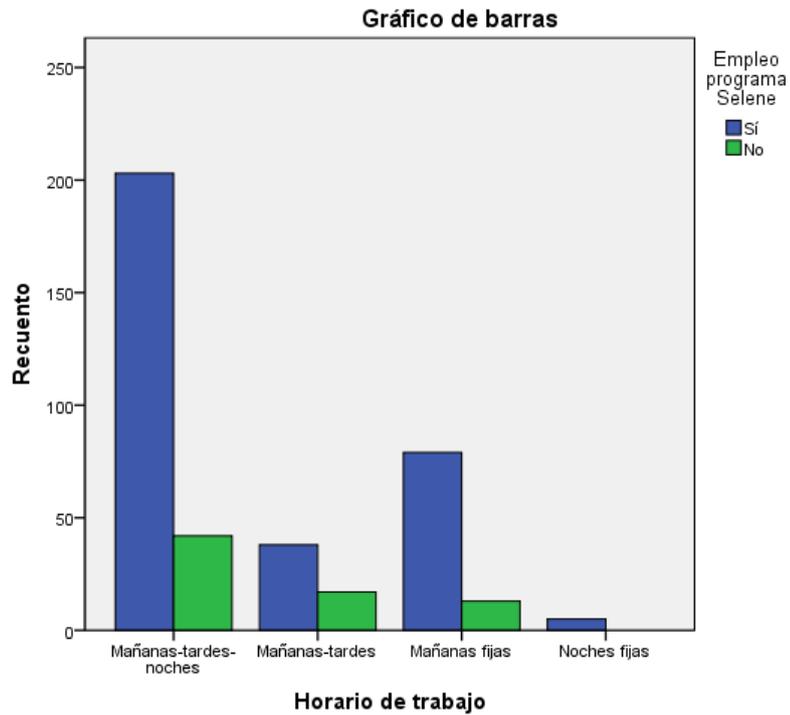


Gráfico 37: Empleo del programa SELENE según el horario de trabajo

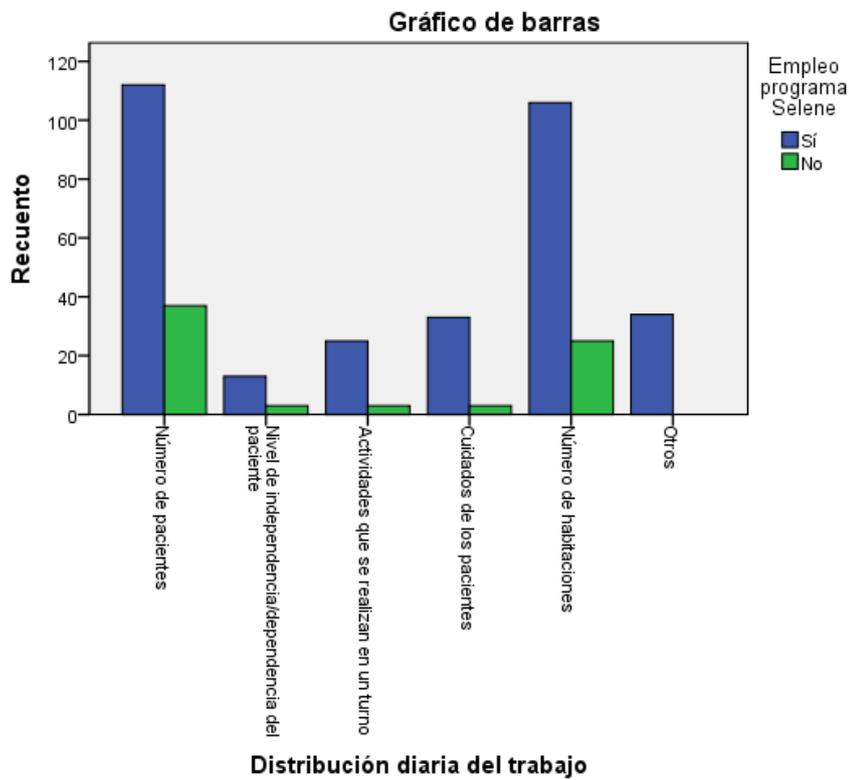


Gráfico 38: Empleo del programa SELENE según la distribución diaria del trabajo

7.2.2.10. Existencia del ordenador como recurso de trabajo, en su actividad laboral diaria

Al realizar la prueba de Chi-Cuadrado para comprobar la independencia entre las variables, se ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, al relacionar la existencia del ordenador con el centro sanitario ($\chi^2 = 33,165$; $p=0,000$) y con el tipo de contrato ($\chi^2 = 6,152$; $p=0,046$) (Anexo 9, Tabla 34; Gráfico 39).

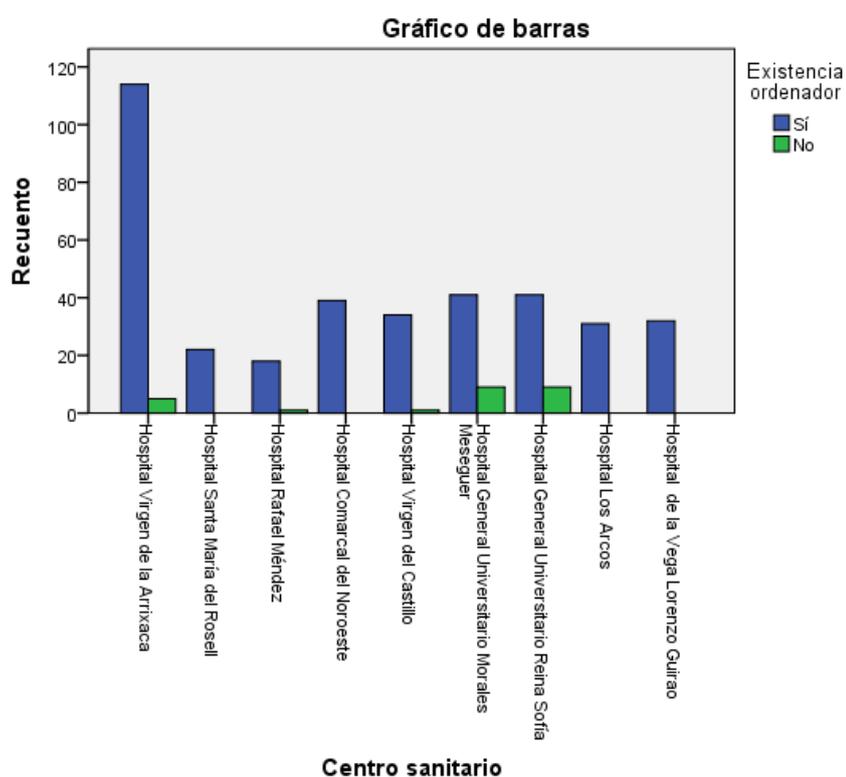


Gráfico 39: Existencia del ordenador como recurso laboral según el centro sanitario

7.2.2.11. El manejo de las nuevas tecnologías (NT)

Para determinar la relación existente entre la edad y el manejo de las nuevas tecnologías hemos calculado una Tabla de Contingencia. En ella podemos observar que de los profesionales encuestados que manifiestan tener un nivel básico (38%), los porcentajes más altos se encuentran en los grupos de edad comprendidos entre 35 y 49 años (50%)

Resultados

y entre 50 y 64 años (51,1%) respectivamente (Tabla 125). Del 52,7% de las enfermeras participantes en el estudio que han expresado usar las tecnologías con un nivel medio, destaca con un 59,6% el grupo de edad más joven comprendido entre los 21 y los 34 años. Lo mismo que ocurre con aquellos que tienen un nivel alto (9,4%), que el 16% es el porcentaje más alto correspondiente al grupo de jóvenes (Gráfico 40).

Tabla 125: Manejo de las nuevas tecnologías según los grupos de edad			Grupos de edad			Total
			De 21 a 34 años	De 35 a 49 años	De 50 a 64 años	
Manejo Nuevas Tecnologías (NT)	Básico	Recuento	46	80	24	150
		% dentro de Grupos de edad	24,5%	50,0%	51,1%	38,0%
	Medio	Recuento	112	74	22	208
		% dentro de Grupos de edad	59,6%	46,3%	46,8%	52,7%
	Alto	Recuento	30	6	1	37
		% dentro de Grupos de edad	16,0%	3,8%	2,1%	9,4%
Total		Recuento	188	160	47	395
		% dentro de Grupos de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

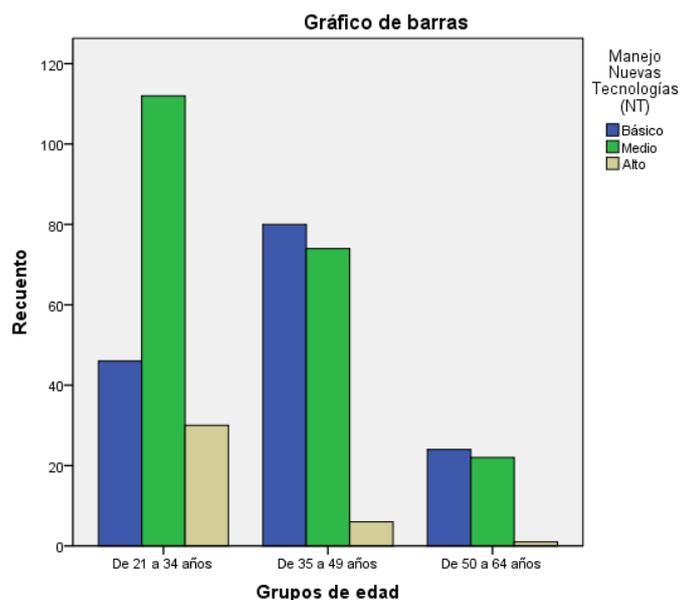


Gráfico 40: Manejo de las nuevas tecnologías según los grupos de edad

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del manejo de las nuevas tecnologías y los grupos de edad ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=37,242$; $p=0,000$) por lo que podemos decir que estas dos variables están relacionadas. Existe también una relación entre el manejo de las nuevas tecnologías con las horas de formación continuada ($\chi^2=18,652$; $p=0,005$) y la posesión de otra titulación académica ($\chi^2=32,250$; $p=0,001$) (Anexo 9, Tabla 35; Gráfico 41).

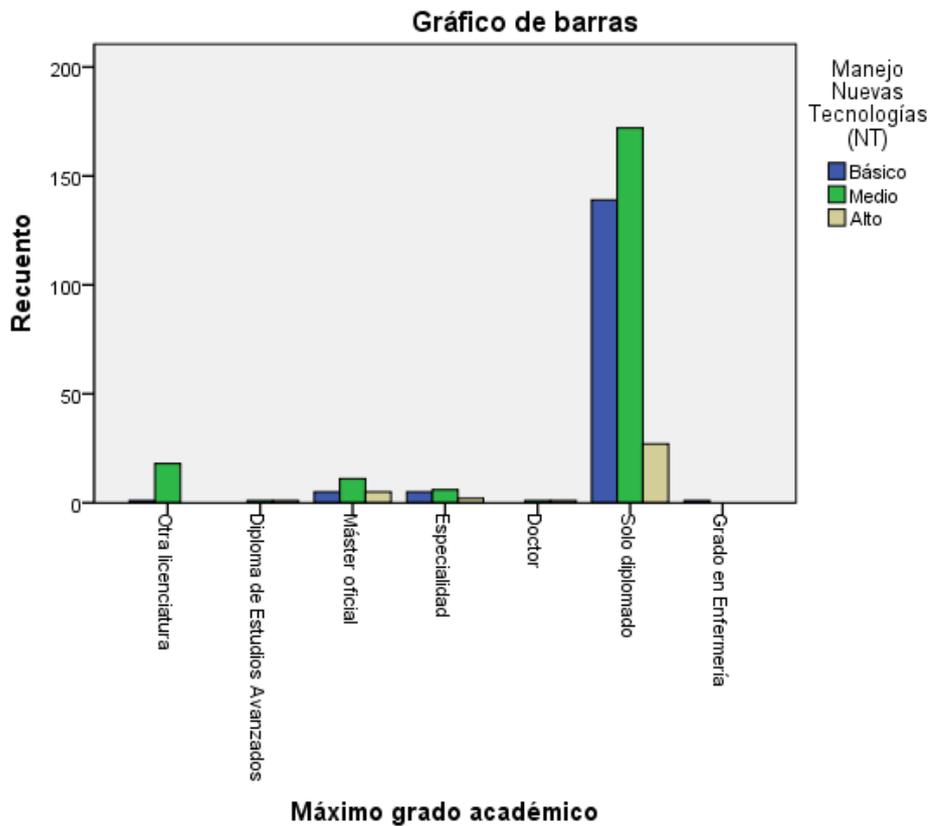


Gráfico 41: Manejo de las nuevas tecnologías según las posesión de un grado académico superior

7.2.2.12. Realización de la historia de enfermería durante el proceso asistencial

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la distribución diaria del trabajo y la realización de la Historia de Enfermería ha arrojado un resultado estadísticamente significativo (χ^2

=11,416; p= 0,044) (Anexo 9, Tabla 35; Gráfico 42), por lo que podemos decir que estas dos variables están relacionadas.

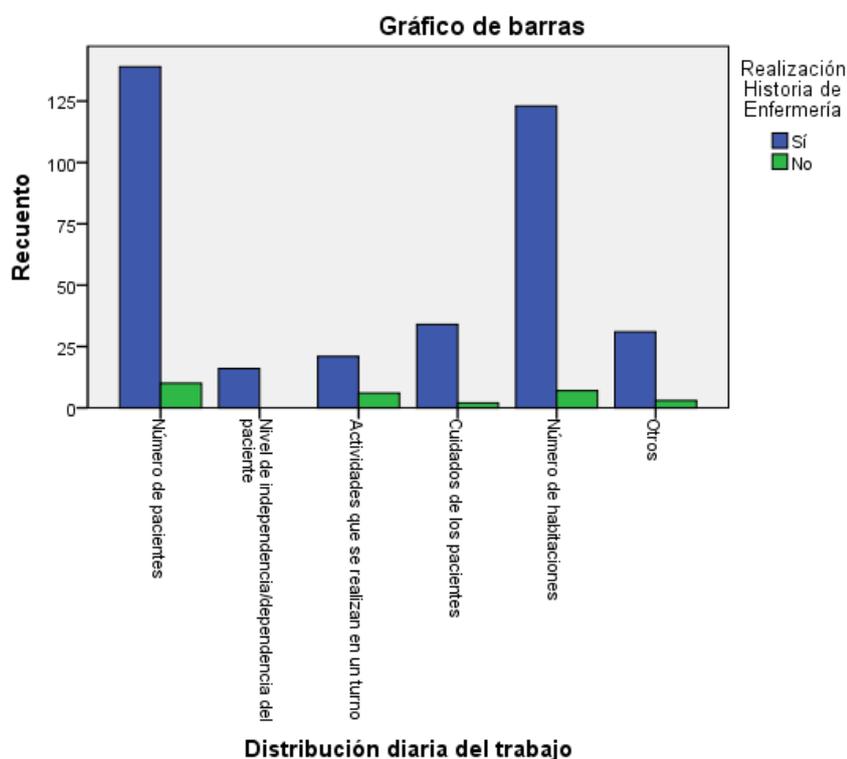


Gráfico 42: Realización de la Historia de Enfermería según la distribución diaria del trabajo

7.2.2.13. Inicio de una Historia de cuidados de Enfermería, con cada paciente de nuevo ingreso que esté a su cargo

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del inicio de la Historia de Enfermería y la unidad hospitalaria ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que están relacionadas ($\chi^2 = 83,889$; $p=0,000$).

También lo está con el centro sanitario ($\chi^2 = 40,149$; $p=0,000$), el horario de trabajo ($\chi^2 = 9,290$; $p=0,026$) y la distribución diaria del trabajo ($\chi^2 = 22,389$; $p= 0,000$) (Anexo 9, Tabla 35; Gráfico 43, 44 y 45).

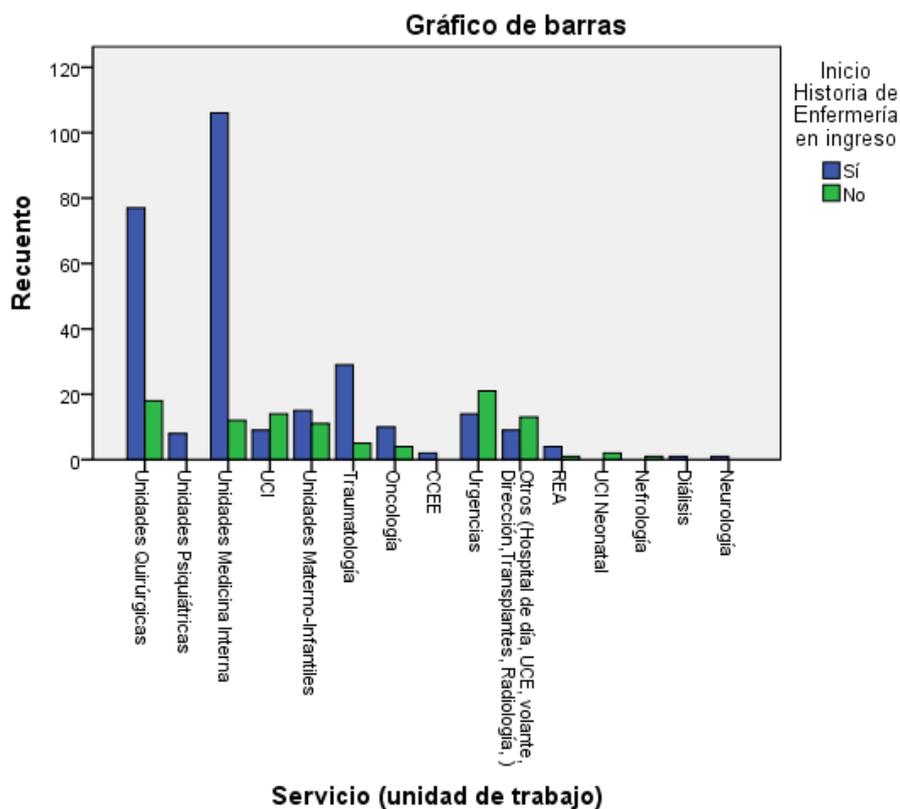


Gráfico 43: Inicio de la Historia de Enfermería por ingreso según el servicio

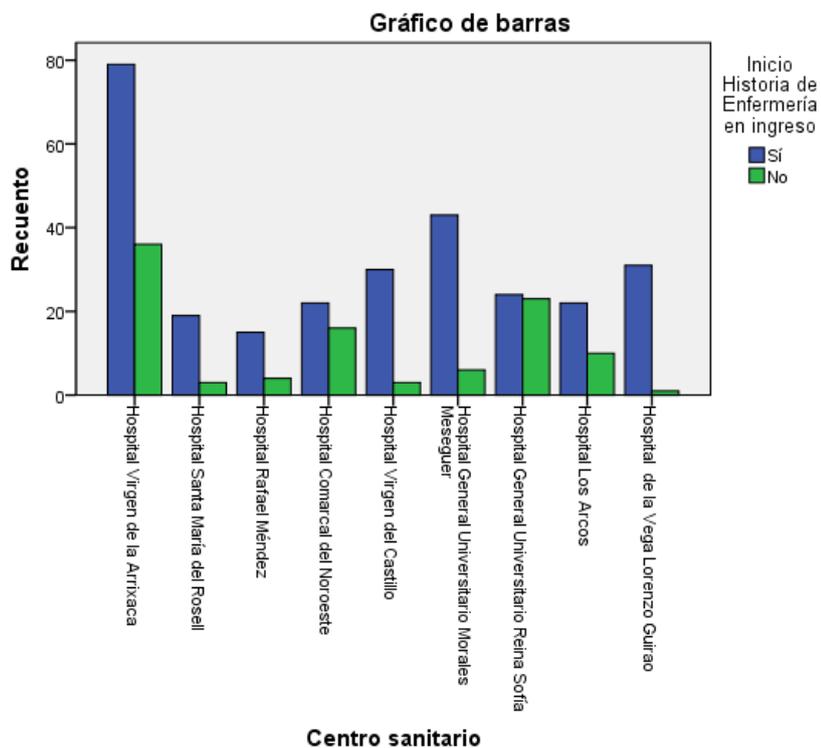


Gráfico 44: Inicio de la Historia de Enfermería por ingreso según el centro sanitario

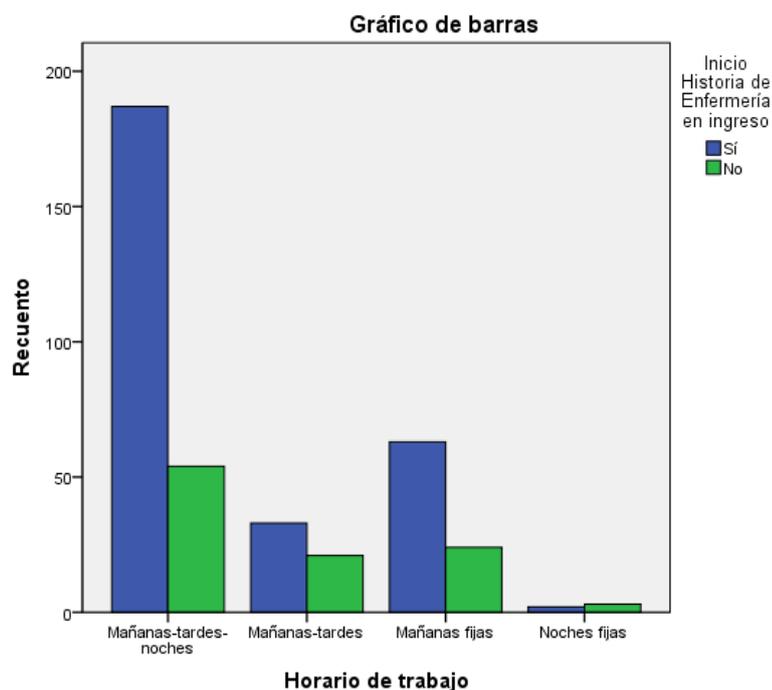


Gráfico 45: Inicio de la Historia de Enfermería por ingreso según el horario de trabajo

7.2.2.14. Existencia en su Hospital de una comisión de planes de cuidados que los estandarice

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la existencia de una Comisión de Planes de cuidados y el centro sanitario ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que ambas variables están relacionadas ($\chi^2 = 49,549$; $p=0,000$) (Anexo 9, Tabla 35; Gráfico 46).

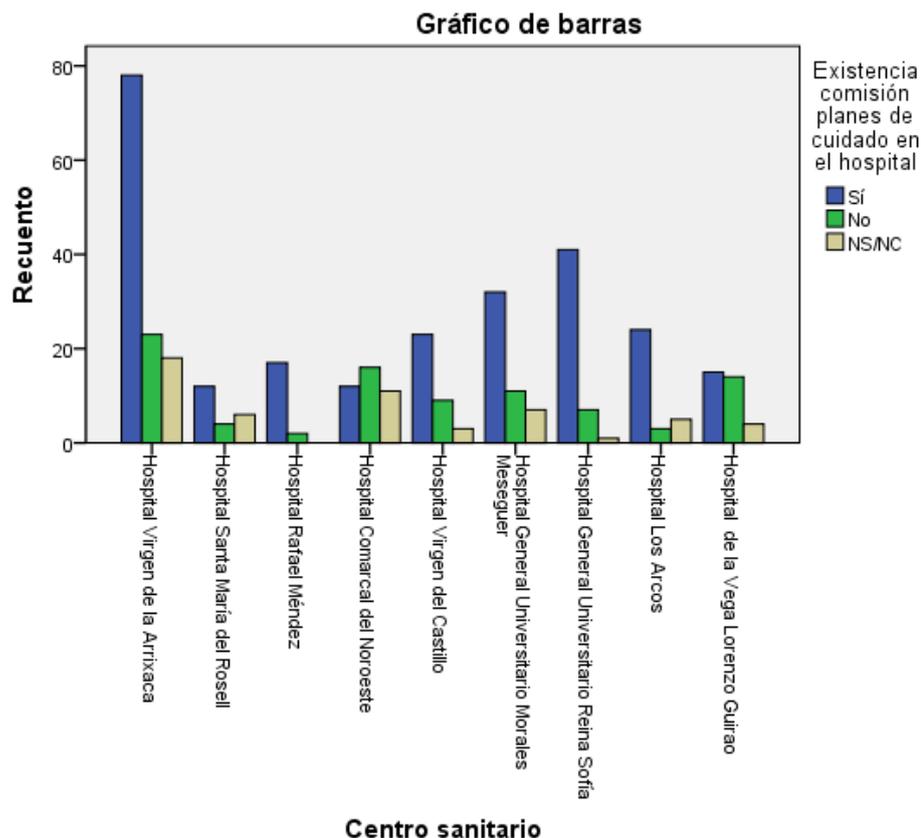


Gráfico 46: Existencia de la Comisión de Planes de Cuidados según el centro sanitario

7.2.2.15. La estandarización de los cuidados en el servicio

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la estandarización de los cuidados y la unidad ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que ambas variables están relacionadas ($\chi^2 = 62,515$; $p=0,000$). Existe también una relación estadísticamente significativa entre la estandarización de los cuidados y el centro sanitario ($\chi^2 = 41,393$; $p=0,000$) y la cuantificación de las cargas de trabajo ($\chi^2 = 19,921$; $p=0,001$) (Anexo 9, Tabla 35; Gráfico 47, 48 y 49).

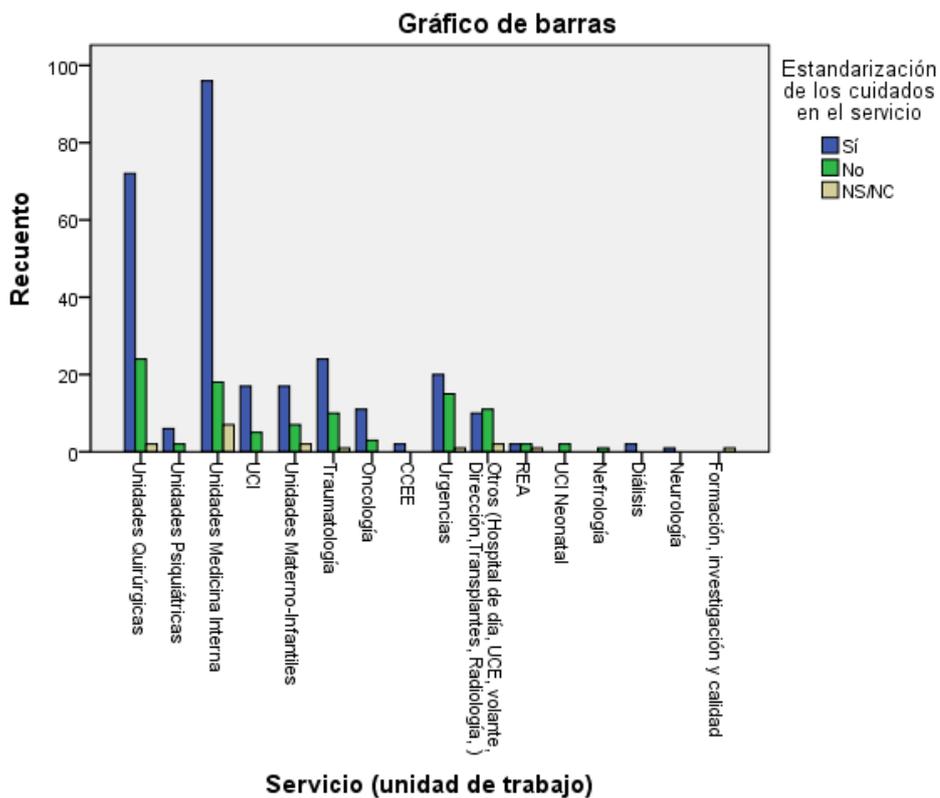


Gráfico 47: Estandarización de los cuidados por unidad

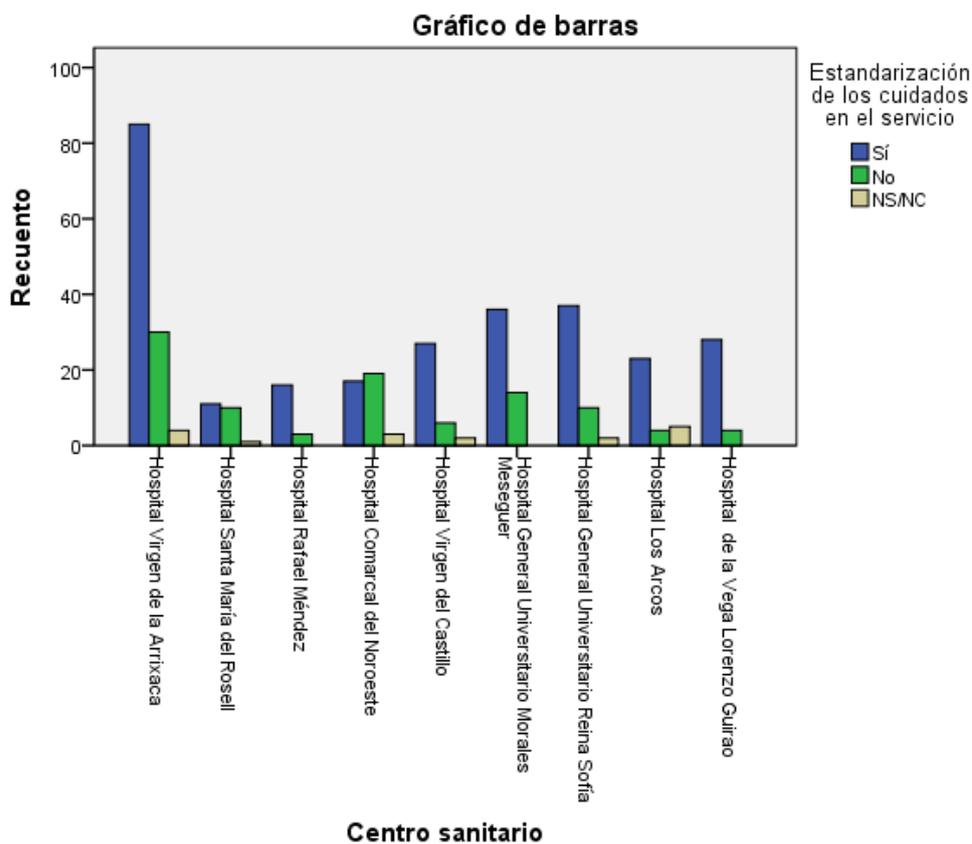


Gráfico 48: Estandarización de los cuidados por unidad según el centro sanitario

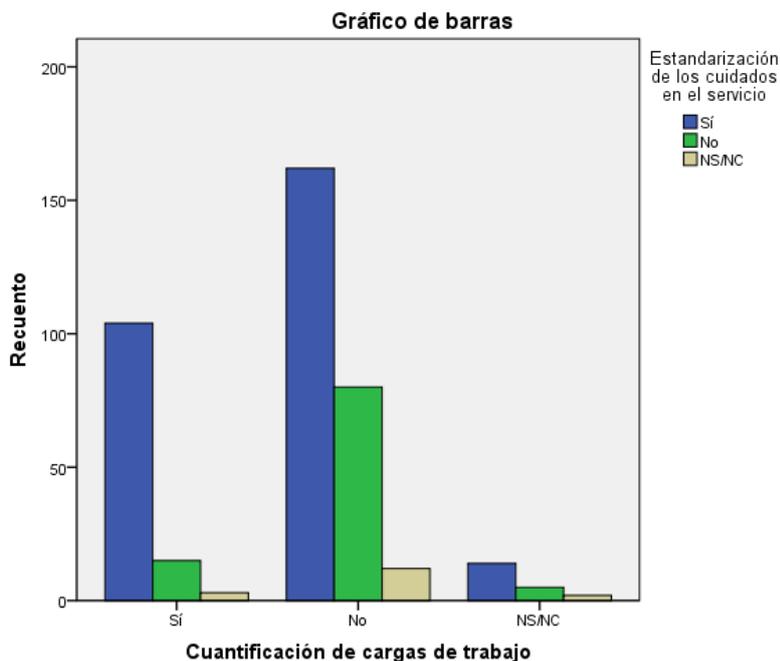


Gráfico 49: Estandarización de los cuidados por unidad según la cuantificación de las cargas de trabajo

7.2.2.16. Opinión sobre la realización de un informe al alta de enfermería

La tabla de Contingencia entre la ratio enfermera/paciente en una unidad y la opinión sobre el Informe Alta Enfermera (IEA), ha revelado que del 63,1% que ha expresado que no se cumple la ratio enfermera/paciente en su servicio, un 81,3% está en regular acuerdo sobre la redacción del Informe de Enfermería al Alta y en desacuerdo un 62,5% (Tabla 126). Por otro lado, del 36,9% restante que ha manifestado que se cumple la ratio enfermera/paciente, está de acuerdo un 42,8% (Gráfico 50).

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-Cuadrado arroja diferencias significativas entre la variable opinión sobre el Informe de Enfermería al Alta (IEA) y a unidad de trabajo ($\chi^2 = 50,145$; $p=0,012$). También con la ratio enfermera/paciente, ($\chi^2 =$

Resultados

17,142; $p=0,000$) y con el horario de trabajo ($\chi^2 =13,330$; $p= 0,038$) (Anexo 9, Tabla 36; Gráfico 51 y 52).

Tabla 126: Opinión sobre el IEA según la ratio enfermera/paciente			Opinión Informe Alta Enfermera (IEA)			Total
			De acuerdo	Regular acuerdo	En desacuerdo	
Ratio enfermera/paciente y necesidad servicio	Sí	Recuento	119	17	6	142
		% dentro de Opinión Informe Alta Enfermera (IEA)	42,8%	18,7%	37,5%	36,9%
	No	Recuento	159	74	10	243
		% dentro de Opinión Informe Alta Enfermera (IEA)	57,2%	81,3%	62,5%	63,1%
Total		Recuento	278	91	16	385
		% dentro de Opinión Informe Alta Enfermera (IEA)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

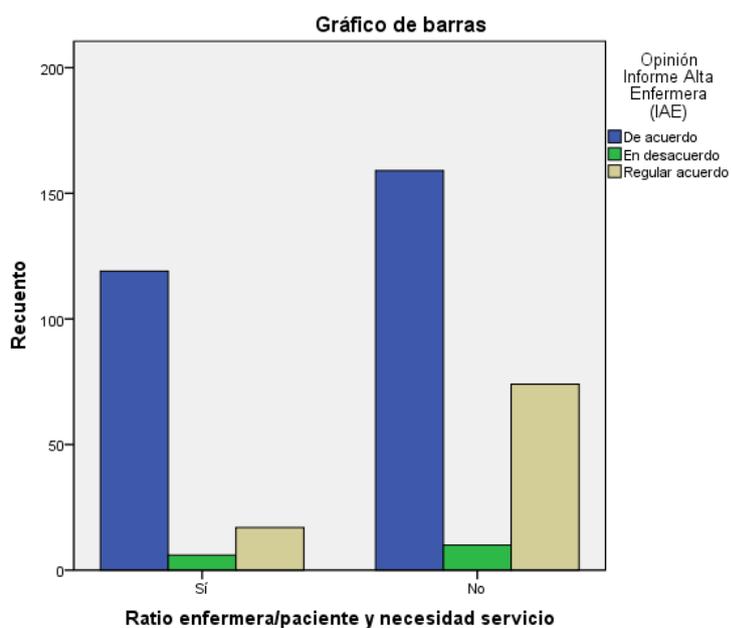


Gráfico 50: Opinión profesional sobre el IEA según la ratio enfermera/paciente

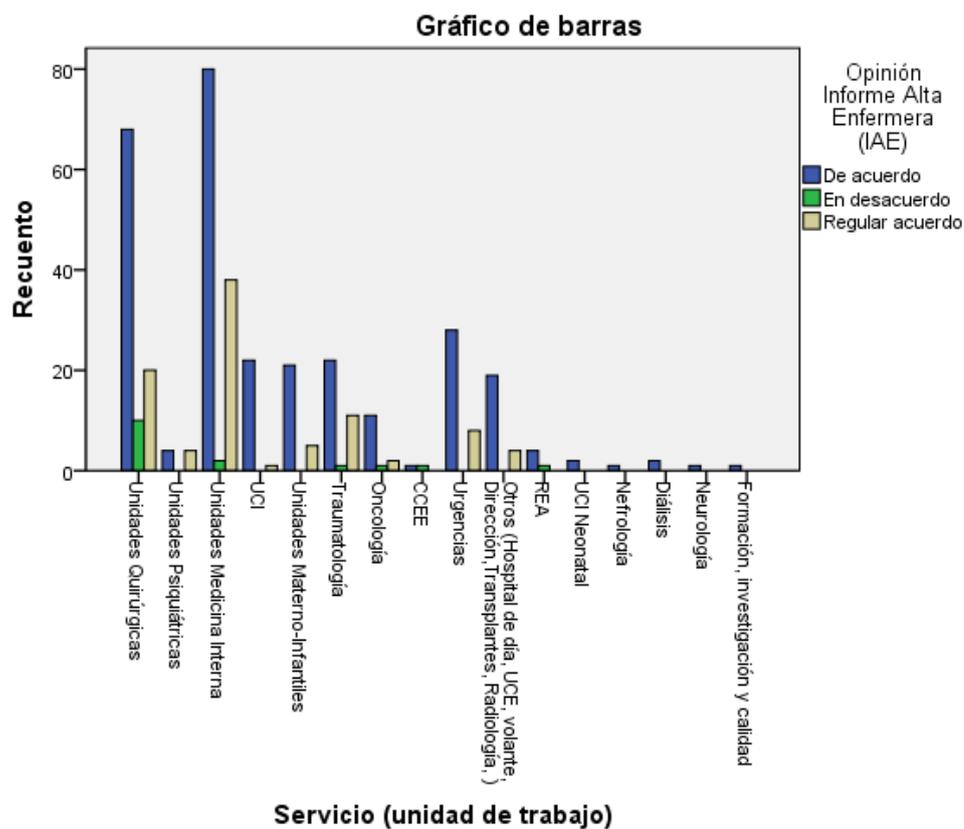


Gráfico 51: Opinión sobre el IEA según la unidad

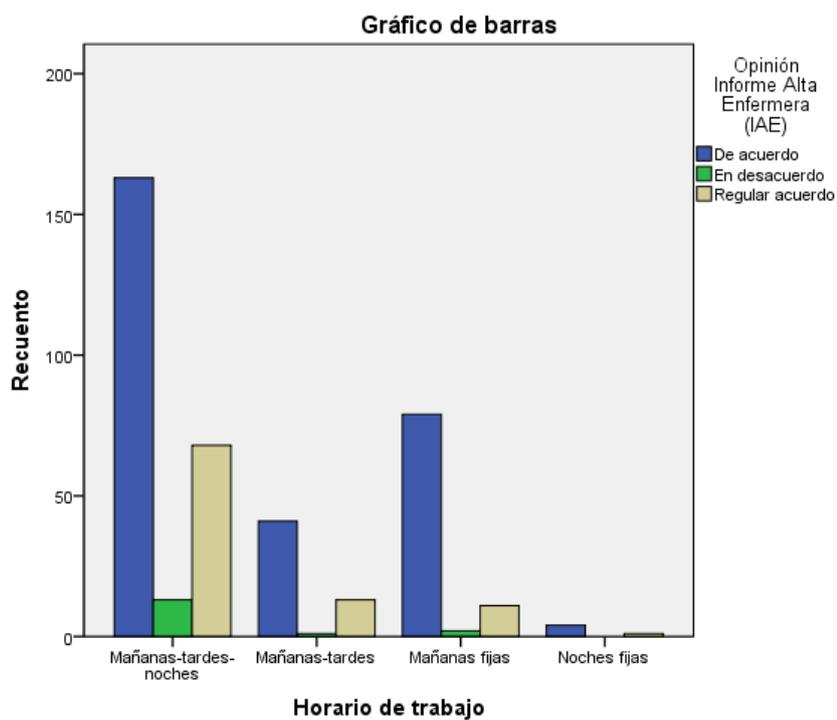


Gráfico 52: Opinión profesional sobre el IEA según el horario de trabajo

7.2.2.17 Redacción de un Informe de Enfermería al Alta cuando el paciente es trasladado a otro servicio dentro del mismo hospital

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la unidad hospitalaria y la realización del IEA cuando hay un traslado intrahospital ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 = 26,068$; $p=0,025$), por lo que podemos decir que son variables relacionadas. Lo mismo ocurre con la variable distribución diaria del trabajo ($\chi^2 = 16,169$; $p=0,006$) (Anexo 9, Tabla 36; Gráfico 53 y 54).

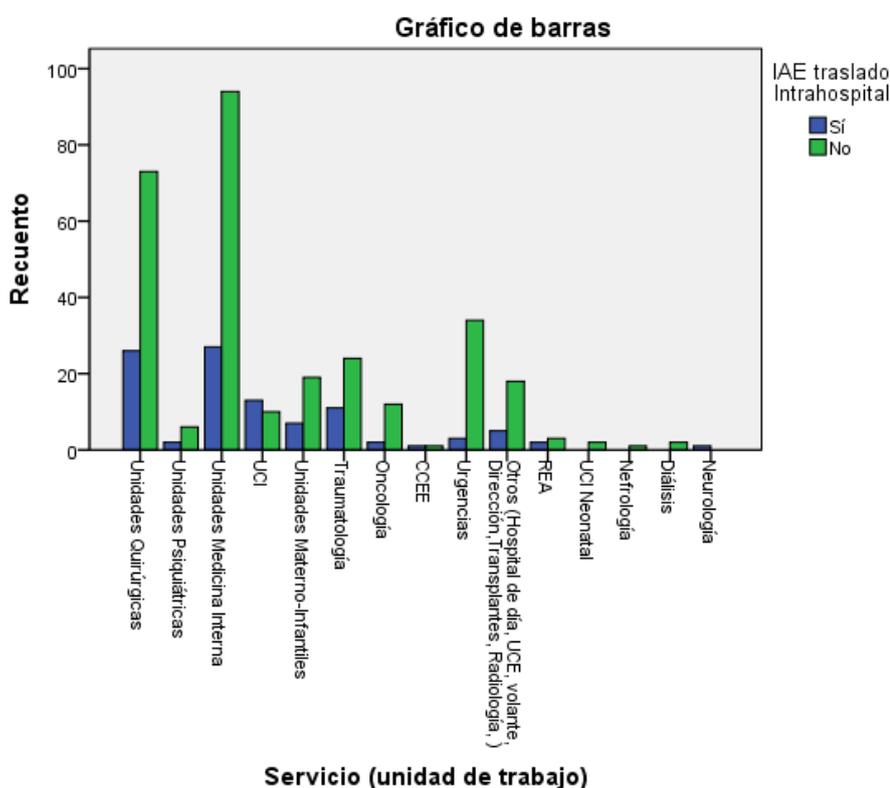


Gráfico 53: Redacción del IEA en traslado intrahospital según el servicio

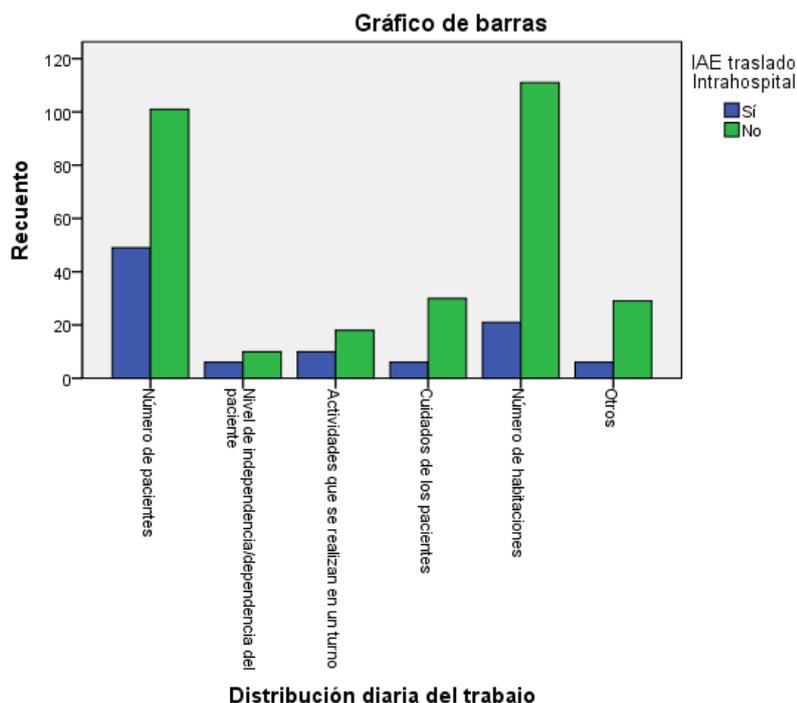


Gráfico 54: Redacción del IEA en traslado intrahospital según la distribución diaria del trabajo

7.2.2.18. Redacción de un Informe de Enfermería al Alta cuando el paciente es dado de alta por su médico

La relación entre el tipo de contrato y la redacción del Informe de Enfermería al Alta, calculada mediante una Tabla de Contingencia, nos muestra que el 61,7% de los profesionales encuestados ha expresado poseer un contrato fijo, de los cuales, un 65,5% dice redactar el IEA (Tabla 127; Gráfico 55).

Tabla 127: Redacción del IEA en alta médica según el tipo de contrato			Redacción de IEA en alta médica		Total
			Sí	No	
Tipo de contrato	Temporal	Recuento	64	52	116
		% dentro de Redacción de IEA en alta médica	28,3%	30,1%	29,1%
	Fijo - Indefinido	Recuento	148	98	246
		% dentro de Redacción de IEA en alta médica	65,5%	56,6%	61,7%
	Sustitución	Recuento	14	23	37
		% dentro de Redacción de IEA en alta médica	6,2%	13,3%	9,3%
Total		Recuento	226	173	399
		% dentro de Redacción de IEA en alta médica	100,0%	100,0%	100,0%

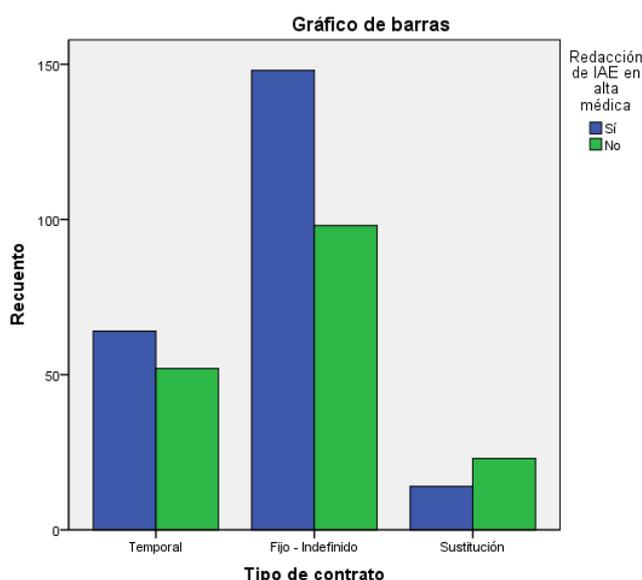


Gráfico 55: Redacción del IEA en alta médica según el tipo de contrato

Al establecer la relación entre la ratio enfermera/paciente existente en una unidad con el hecho de redactar el Informe de Enfermería al Alta, hemos obtenido que del 63,2% de profesionales que ha expresado no tener en su servicio una distribución del personal en función de las necesidades del paciente, un 68,3% sí ha indicado redactar el documento del IEA (Tabla 128; Gráfico 56).

Tabla 128: Redacción del IEA en alta médica según la ratio enfermera/paciente			Redacción de IEA en alta médica		Total
			Sí	No	
Ratio enfermera/paciente y necesidad servicio	Sí	Recuento	70	73	143
		% dentro de Redacción de IEA en alta médica	31,7%	43,5%	36,8%
	No	Recuento	151	95	246
		% dentro de Redacción de IEA en alta médica	68,3%	56,5%	63,2%
Total		Recuento	221	168	389
		% dentro de Redacción de IEA en alta médica	100,0%	100,0%	100,0%

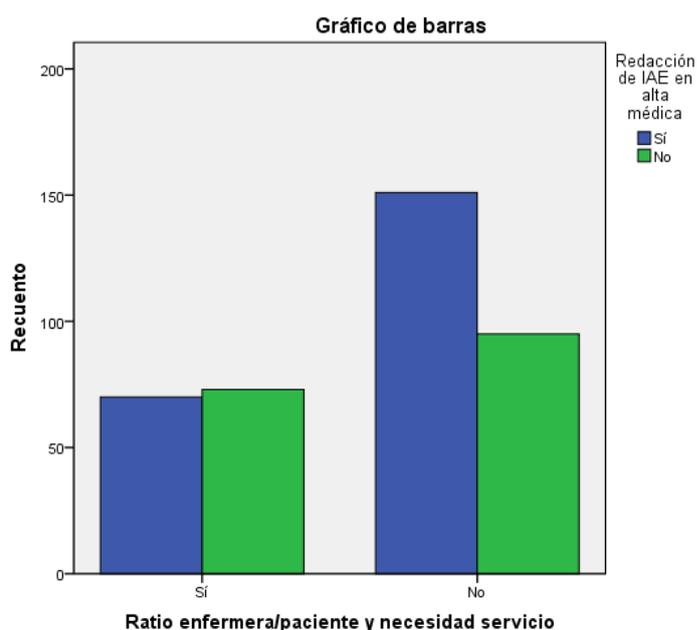


Gráfico 56: Redacción del IEA en alta médica según la ratio enfermera/paciente

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba Chi-Cuadrado, ha arrojado diferencias significativas entre la redacción de un IEA cuando se produce el alta médica y la unidad de trabajo ($\chi^2=75,704$; $p=0,000$), el centro sanitario ($\chi^2 = 47,318$; $p=0,000$), el tipo de contrato ($\chi^2 =6,671$; $p=0,036$) y la ratio enfermera/paciente ($\chi^2 =5,696$; $p=0,017$) (Anexo 9, Tabla 36; Gráfico 57 y 58).

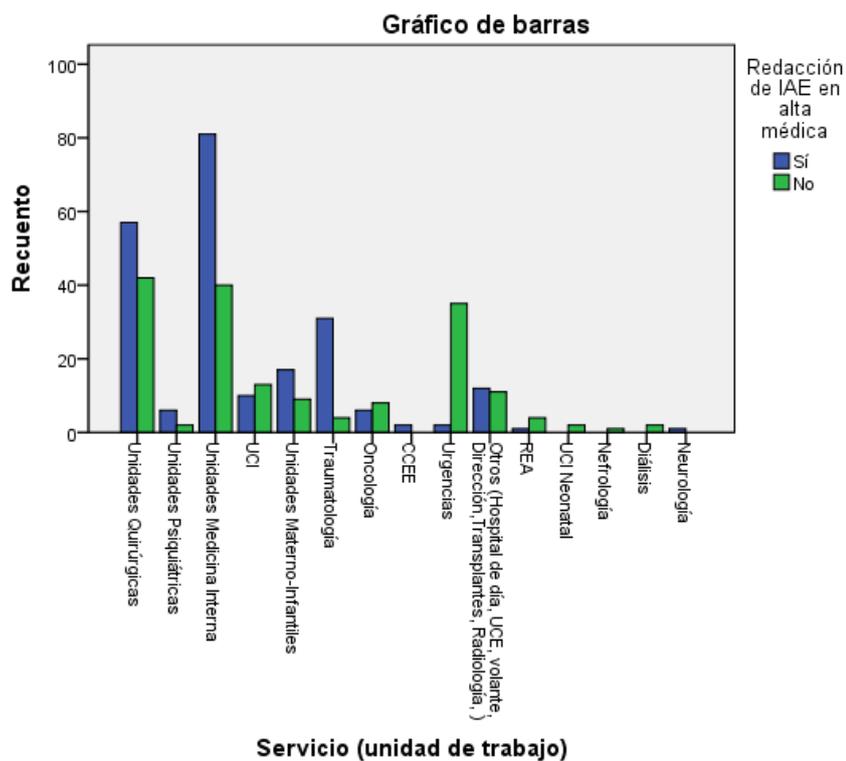


Gráfico 57: Redacción del IEA en alta médica según el servicio

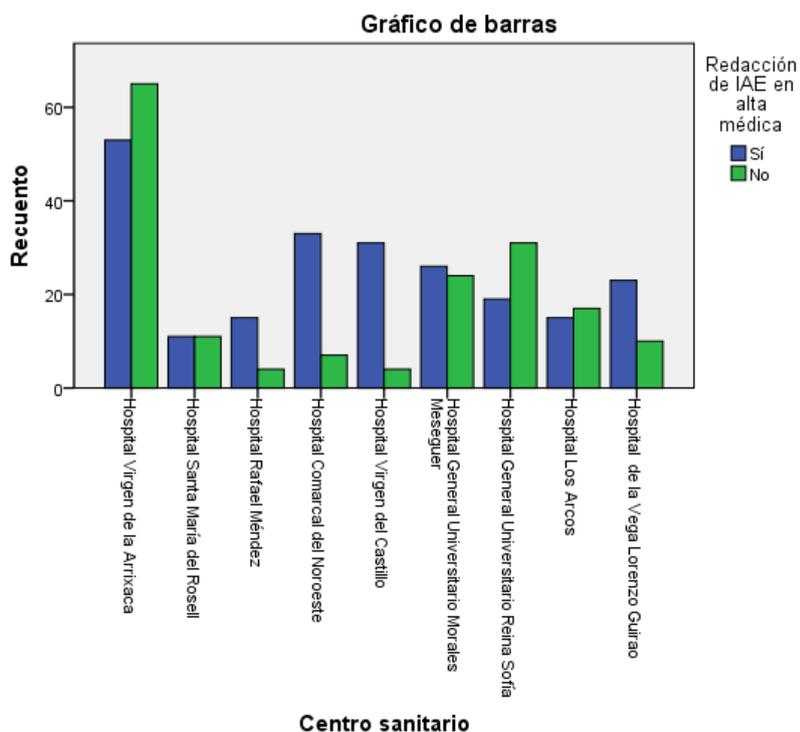


Gráfico 58: Redacción del IEA en alta médica según el centro sanitario

7.2.2.19. Entrega al paciente o familiar del Informe de Enfermería al Alta cuando se redacta

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba Chi-Cuadrado arroja diferencias significativas entre el cruce de las variables entrega de IEA al paciente/familiar y la unidad de trabajo ($\chi^2 = 61,600$; $p=0,000$). También ocurre con el centro sanitario ($\chi^2 = 88,071$; $p=0,000$), el horario de trabajo ($\chi^2 = 8,201$; $p=0,042$) y la distribución diaria del trabajo ($\chi^2 = 12,262$; $p=0,031$) (Anexo 9, Tabla 36; Gráfico 59, 60, 61 y 62).

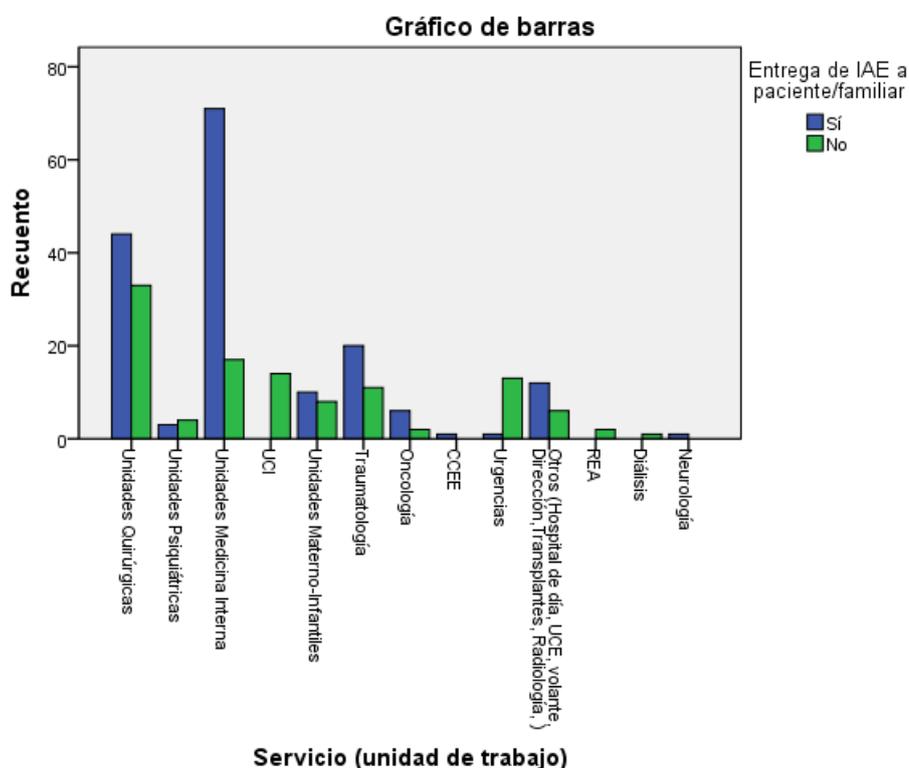


Gráfico 59: Entrega del IEA según el servicio

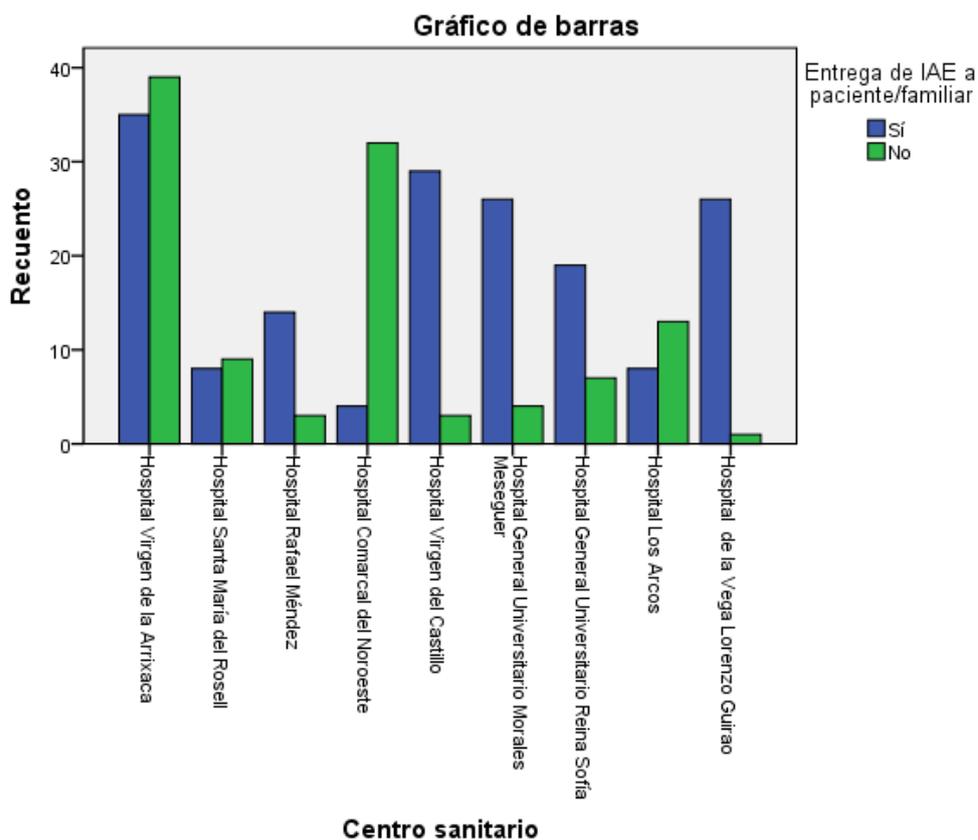


Gráfico 60: Entrega del IEA según el centro sanitario

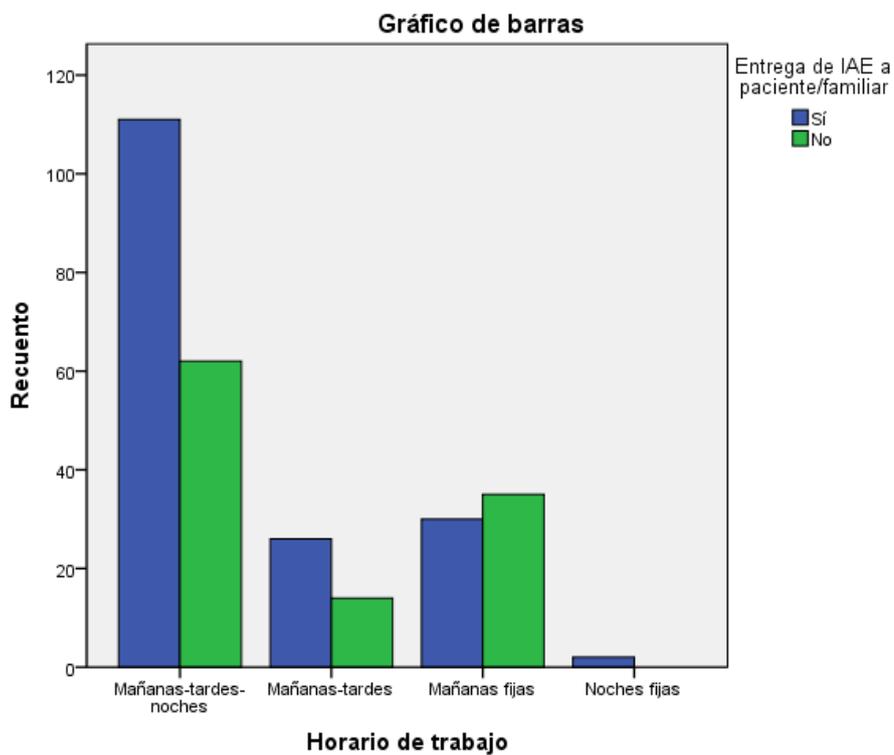


Gráfico 61: Entrega del IEA según el horario de trabajo

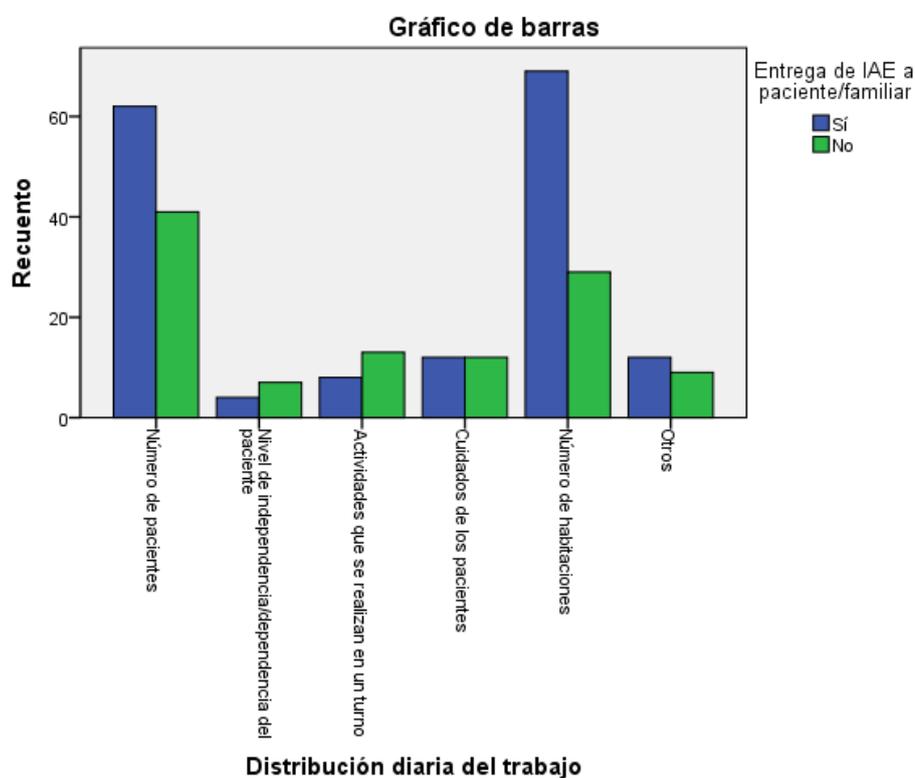


Gráfico 62: Entrega del IEA según la distribución diaria del trabajo

7.2.2.20. ¿Cree que la realización del Informe de Enfermería al Alta, pondría de manifiesto el nivel académico actual de enfermería?

No existe significación estadística al realizar los cruces entre las variables (Anexo 9, Tabla 36).

7.2.3. Variables relacionadas con las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia

7.2.3.1. Influencia que tiene la realización de un informe de alta enfermero en el seguimiento del paciente por parte de enfermería, para futuras intervenciones enfermeras

No existe significación estadística al realizar los cruces entre las variables (Anexo 9, Tabla 37).

7.2.3.2. Necesidad del Informe de cuidados al alta enfermera para la continuidad de la atención enfermera

No existe significación estadística al realizar los cruces entre las variables (Anexo 9, Tabla 37).

7.2.3.3. Aplicación del Informe de Enfermería al Alta como un indicador de seguridad del paciente, para evitarle futuras complicaciones y efectos adversos

No existe significación estadística al realizar los cruces entre las variables (Anexo 9, Tabla 37).

7.2.4. Asociación con las variables que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia

7.2.4.1. Formación específica sobre el Informe de Enfermería al Alta

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, mediante la Chi-Cuadrado, entre la variable “formación en el IEA” y la unidad de trabajo ($\chi^2=27,282$; $p= 0,027$). Lo mismo ha ocurrido con la variable centro sanitario ($\chi^2=27,862$; $p=0,001$) y grado académico superior ($\chi^2 =3,887$; $p=0,049$) (Anexo 9, Tabla 38; Gráfico 63, 64 y 65).

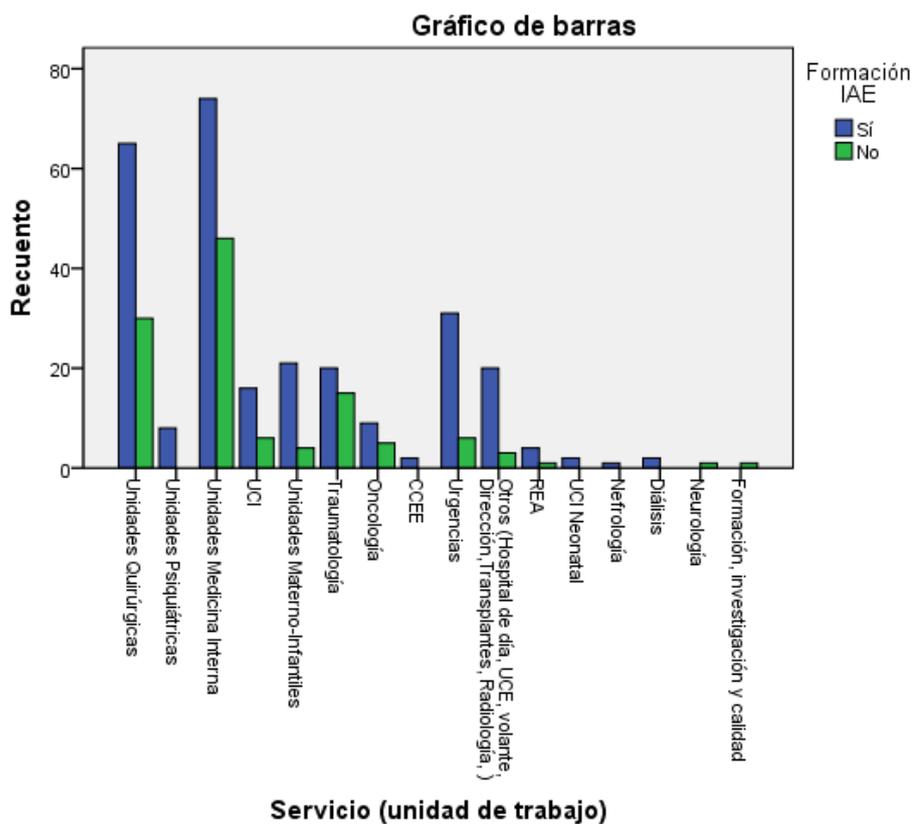


Gráfico 63: Formación continuada sobre el IEA según el servicio

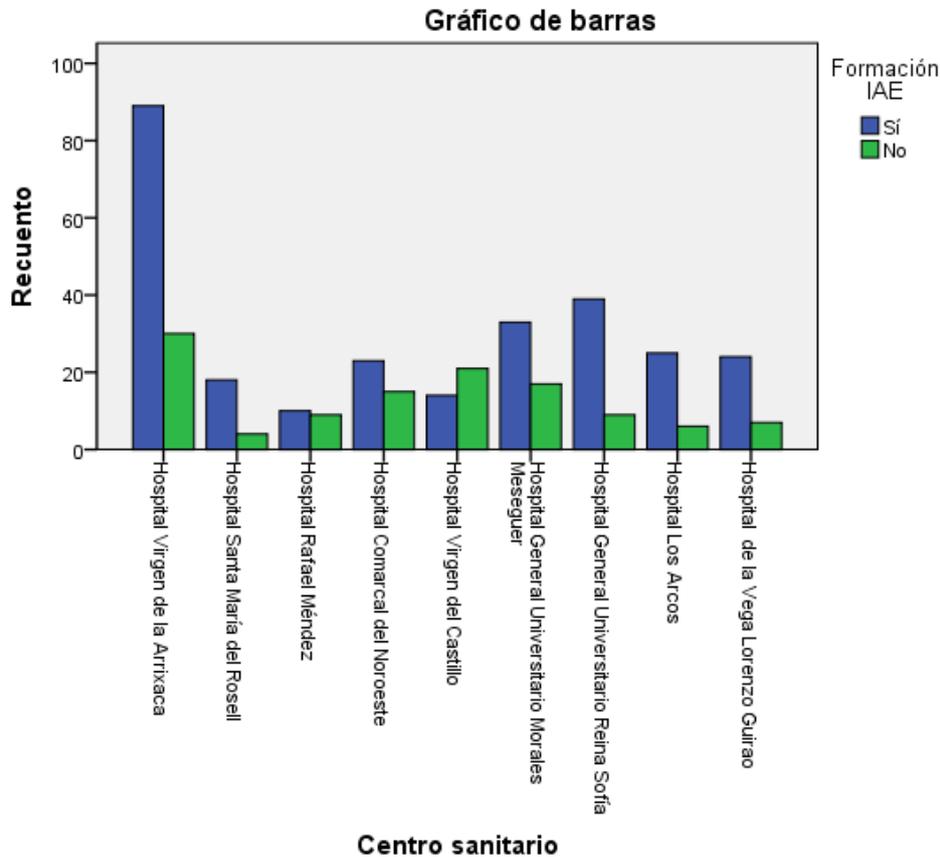


Gráfico 64: Formación continuada sobre el IEA según el centro sanitario

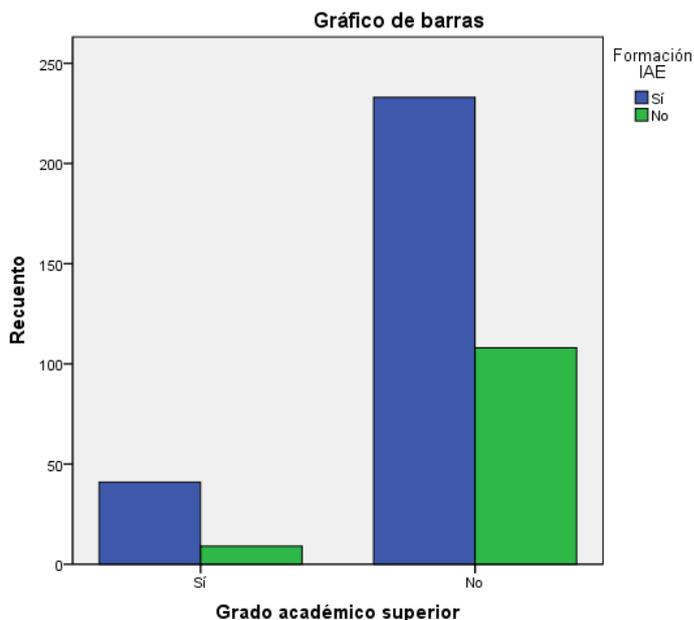


Gráfico 65: Formación continuada sobre el IEA según la posesión de un grado académico superior

7.2.4.2. Realización de formación continuada, en su centro de trabajo, relacionada con la historia clínica de enfermería, tras su paso por la universidad

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la formación continuada sobre la Historia de Enfermería y las horas de formación continuada ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=9,290$; $p=0,026$), por lo que podemos decir, que ambas variables están relacionadas. También lo está con la posesión de un grado académico superior ($\chi^2=4,124$; $p=0,042$) y con el horario de trabajo ($\chi^2=12,983$; $p=0,005$) (Anexo 9, Tabla 38; Gráfico 66, 67 y 68).

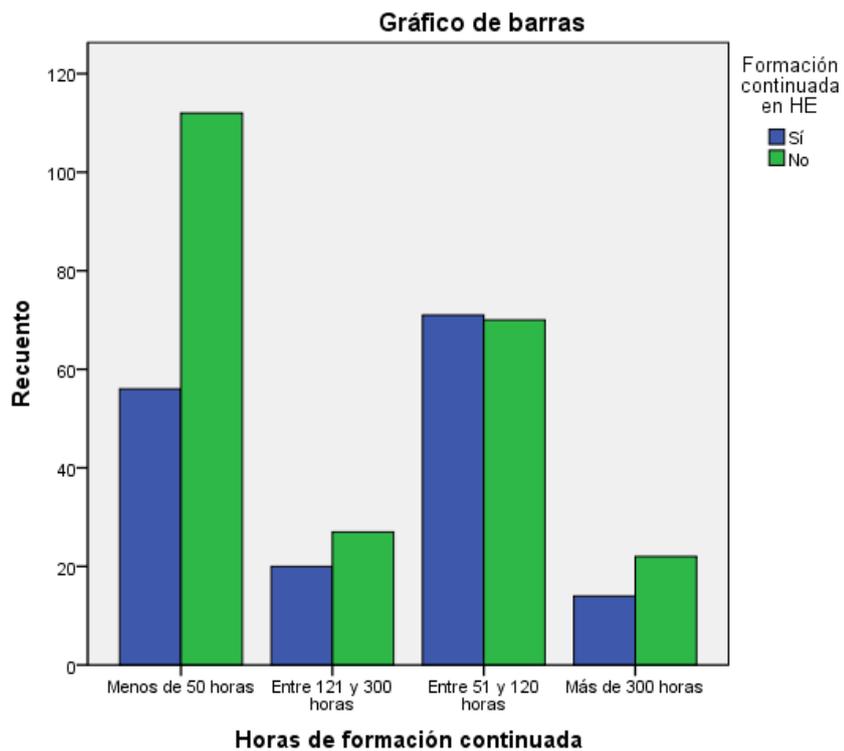


Gráfico 66: Formación continuada sobre la HE según la horas de formación continuada

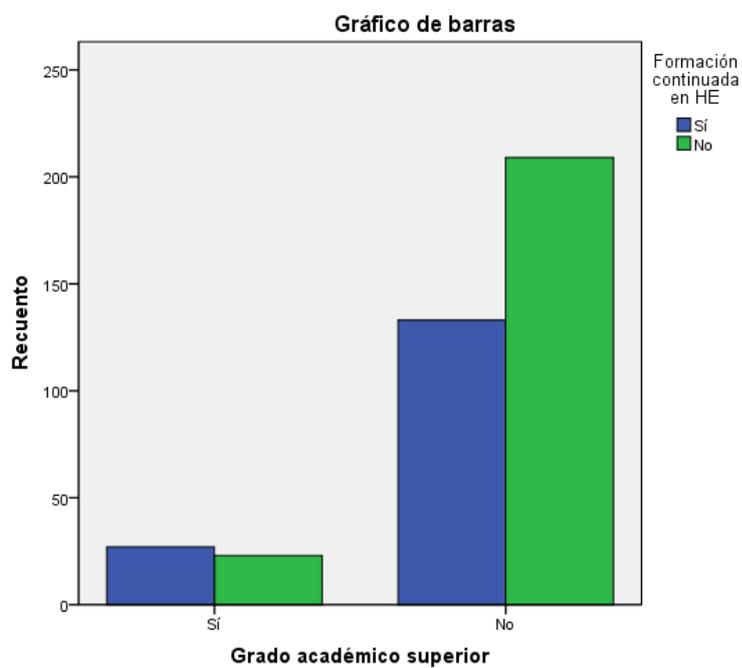


Gráfico 67: Formación continuada sobre la HE según la posesión de un grado académico superior

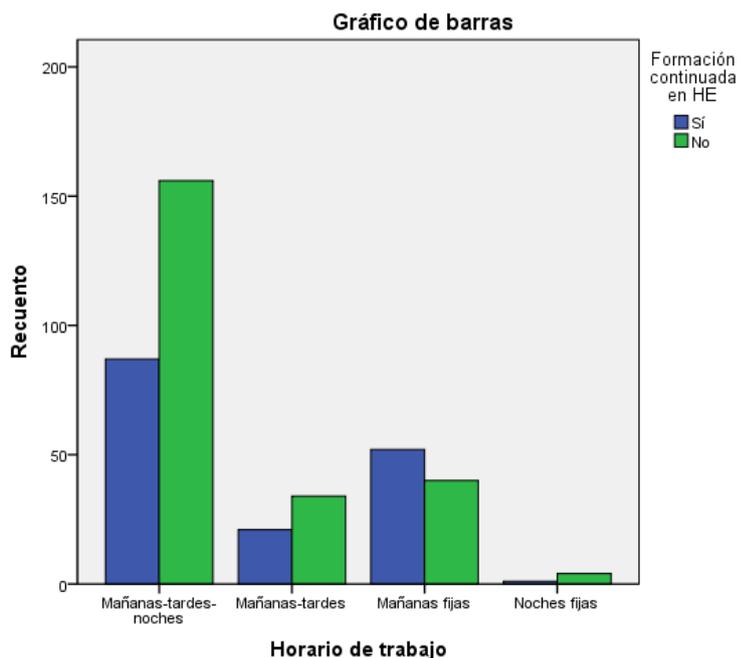


Gráfico 68: Formación continuada sobre la HE según el horario de trabajo

7.2.4.3. Las cargas de trabajo existentes en su servicio, ¿dificultarían la cumplimentación de un informe de alta enfermero?

El establecimiento del cruce de las variables grupos de edad y la dificultad para redactar el Informe de Enfermería al Alta nos muestra que el 82,8% de los profesionales ha reconocido que tendría dificultades para poder realizar el IEA, sobre todo aquellos que cuentan con un rango de edad comprendido entre 21 y 34 años (88,3%) (Tabla 129; Gráfico 69).

Tabla 129: Dificultad para redactar el IEA por la carga de trabajo según los grupos de edad			Grupos de edad			Total
			De 21 a 34 años	De 35 a 49 años	De 50 a 64 años	
Dificultad IEA por carga de trabajo	Sí	Recuento	166	122	35	323
		% dentro de Grupos de edad	88,3%	78,2%	76,1%	82,8%
	No	Recuento	22	34	11	67
		% dentro de Grupos de edad	11,7%	21,8%	23,9%	17,2%
Total		Recuento	188	156	46	390
		% dentro de Grupos de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

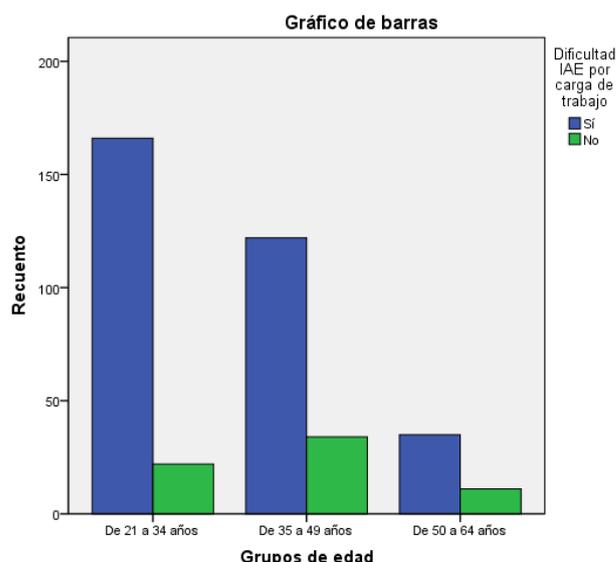


Gráfico 69: Dificultad de redacción del IEA según los grupos de edad

La asociación entre la ratio enfermera/paciente y la dificultad que supondría redactar el IEA por la carga de trabajo nos muestra que el 64% de las enfermeras encuestadas ha expresado no tener en su unidad un criterio para adjudicar las plantillas. Con respecto a este porcentaje, destaca que un 67,6% de profesionales tendría impedimentos para redactar el IEA (Tabla 130; Gráfico 70).

Tabla 130: Dificultad para redactar el IEA por la carga de trabajo según la ratio enfermera/paciente			Dificultad IEA por carga de trabajo		Total
			Sí	No	
Ratio enfermera/paciente y necesidad servicio	Sí	Recuento	103	35	138
		% dentro de Dificultad IEA por carga de trabajo	32,4%	53,8%	36,0%
	No	Recuento	215	30	245
		% dentro de Dificultad IEA por carga de trabajo	67,6%	46,2%	64,0%
Total		Recuento	318	65	383
		% dentro de Dificultad IEA por carga de trabajo	100,0%	100,0%	100,0%

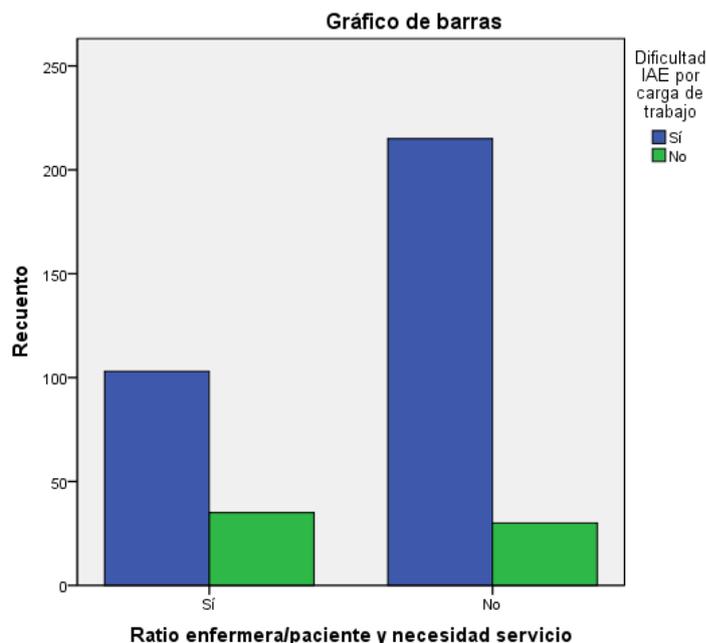


Gráfico 70: Dificultad de redacción del IEA según la ratio enfermera/paciente

La prueba Chi-Cuadrado para probar la asociación entre la dificultad de realizar el IEA por las cargas de trabajo y la variable grupos de edad ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=7,766$; $p=0,021$). También se presentan diferencias significativas en la distribución de los datos con la unidad de trabajo ($\chi^2=60,972$; $p=0,000$), el centro sanitario ($\chi^2=36,926$; $p=0,000$), el poseer un grado académico superior ($\chi^2=4,185$; $p=0,041$), el año de obtención de la titulación como enfermera ($\chi^2=51,765$; $p=0,054$), el horario de trabajo ($\chi^2=11,366$; $p=0,010$), la ratio enfermera/paciente ($\chi^2=10,780$; $p=0,001$) y la distribución diaria del trabajo ($\chi^2=13,645$; $p=0,018$) (Anexo 9, Tabla 38; Gráfico 71, 72, 73, 74, 75 y 76).

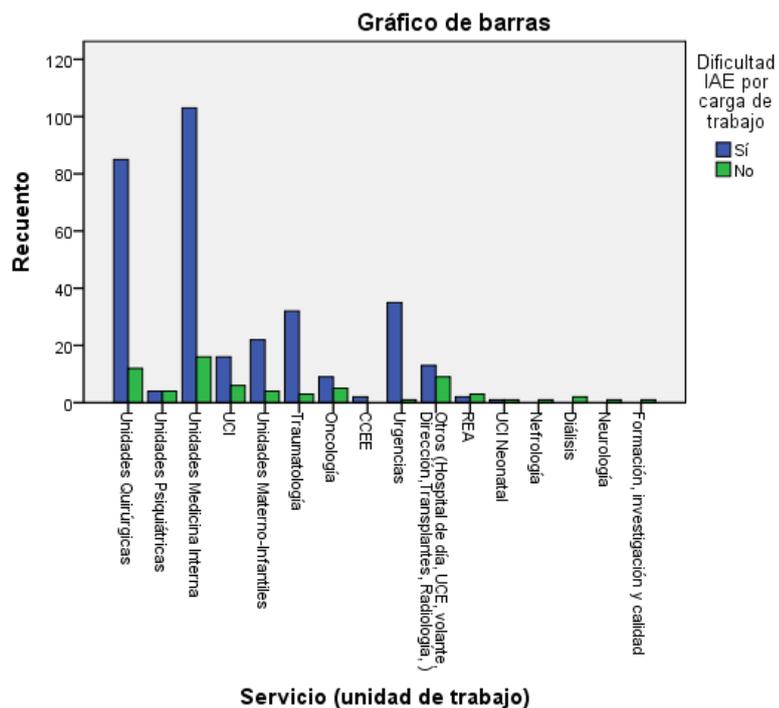


Gráfico 71: Dificultad de redacción del IEA según el servicio

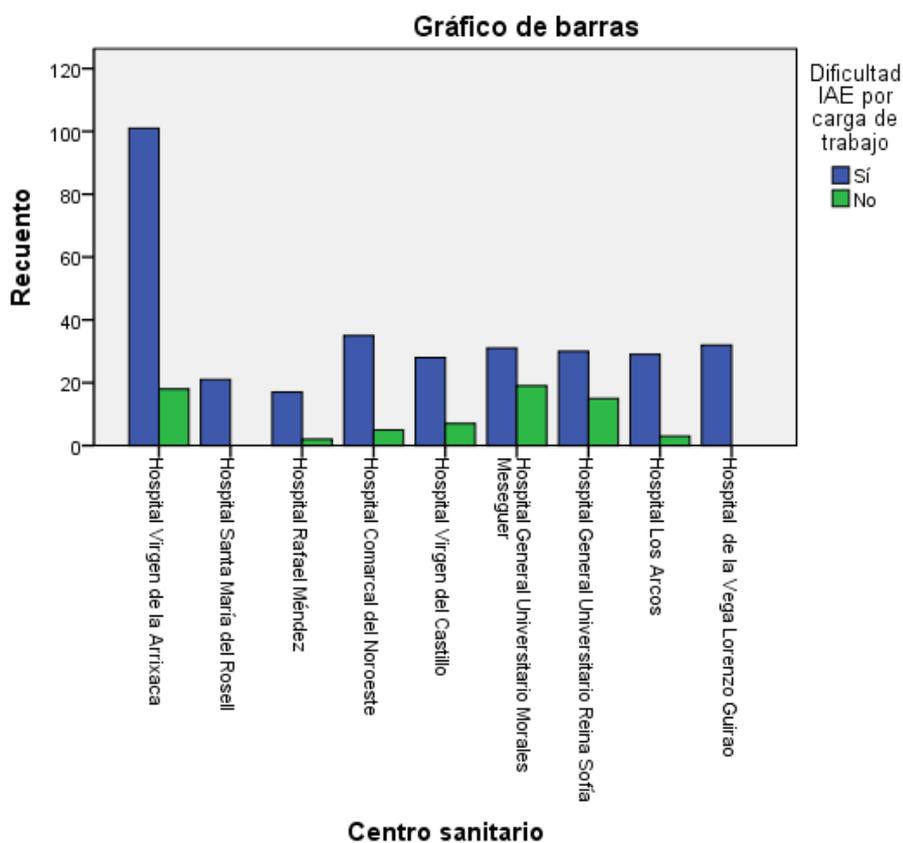


Gráfico 72: Dificultad de redacción del IEA según el centro sanitario

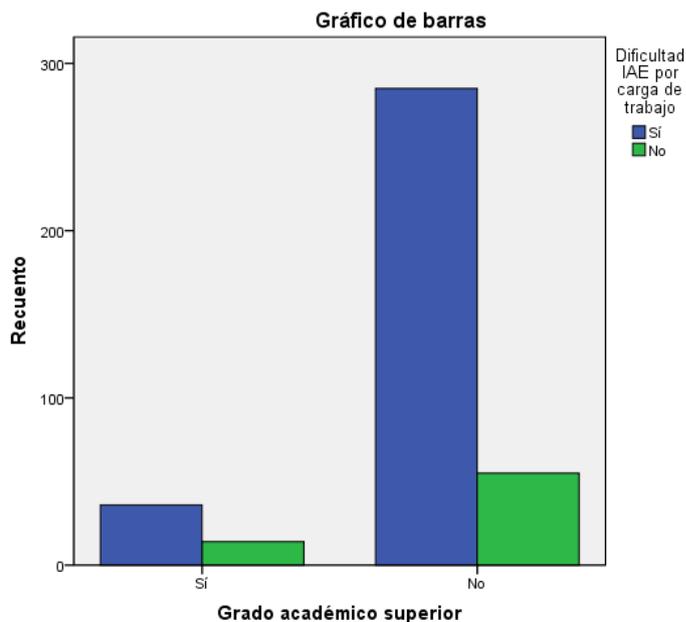


Gráfico 73: Dificultad de redacción del IEA según la posesión de un grado académico superior

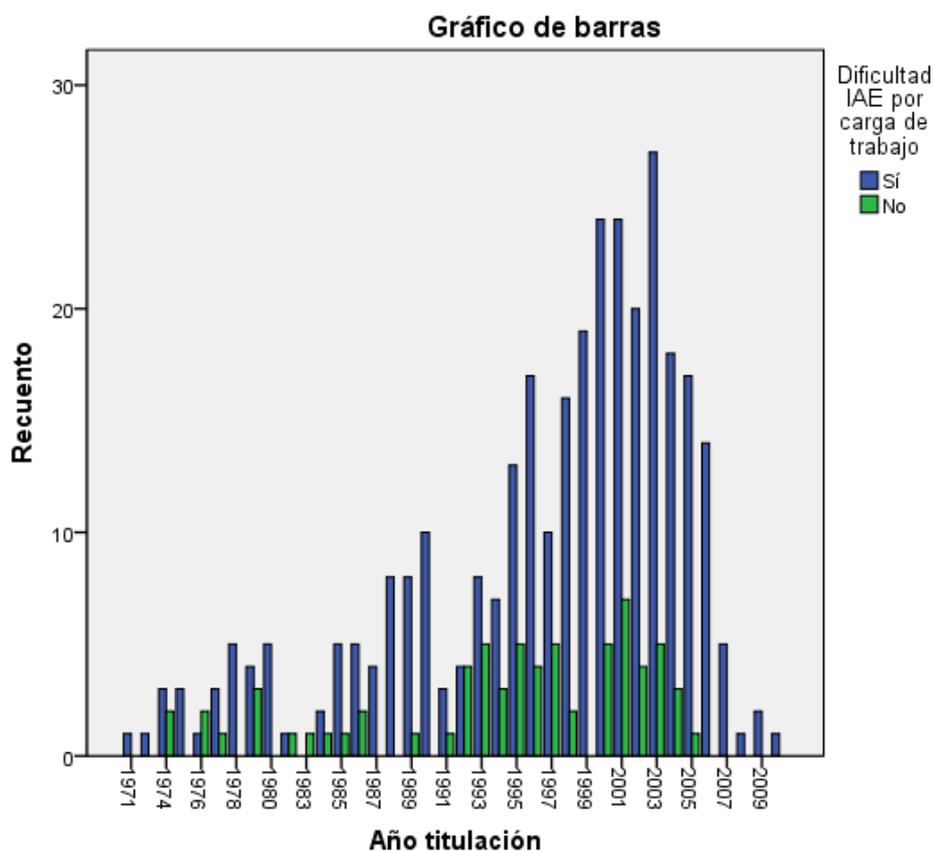


Gráfico 74: Dificultad de redacción del IEA según el año de titulación enfermera

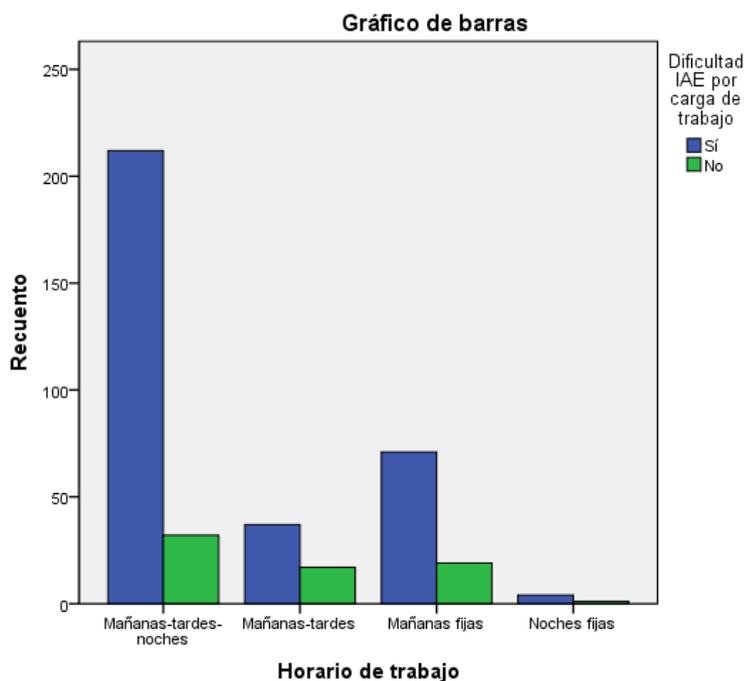


Gráfico 75: Dificultad de redacción del IEA según el horario de trabajo

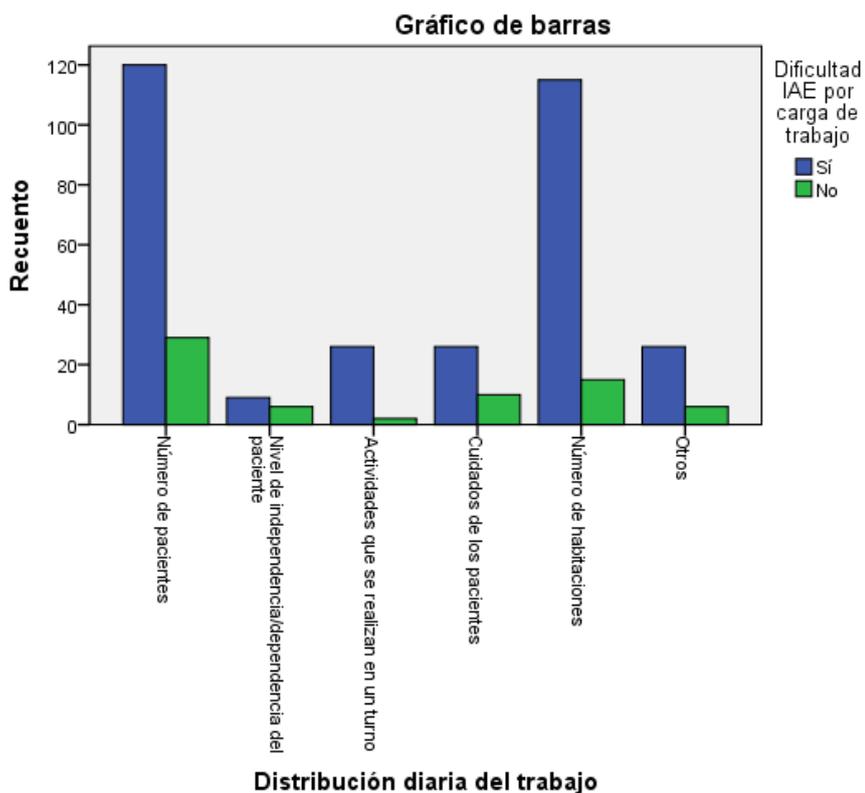


Gráfico 76: Dificultad de redacción del IEA según la distribución diaria del trabajo

7.2.4.4. La no realización del Informe de Enfermería al Alta, si restara tiempo para realizar el resto de actividades enfermeras

La comparación de distribuciones realizada mediante la prueba de Chi-Cuadrado ha arrojado diferencias significativas entre la dificultad temporal por cumplimentación del IEA y la unidad de trabajo ($\chi^2=42,666$; $p=0,000$). Nos encontramos también diferencias significativas en la distribución de los datos del centro sanitario ($\chi^2=16,400$; $p=0,037$) y el horario de trabajo ($\chi^2=10,504$; $p=0,015$) (Anexo 9, Tabla 38; Gráfico 77, 78 y 79).

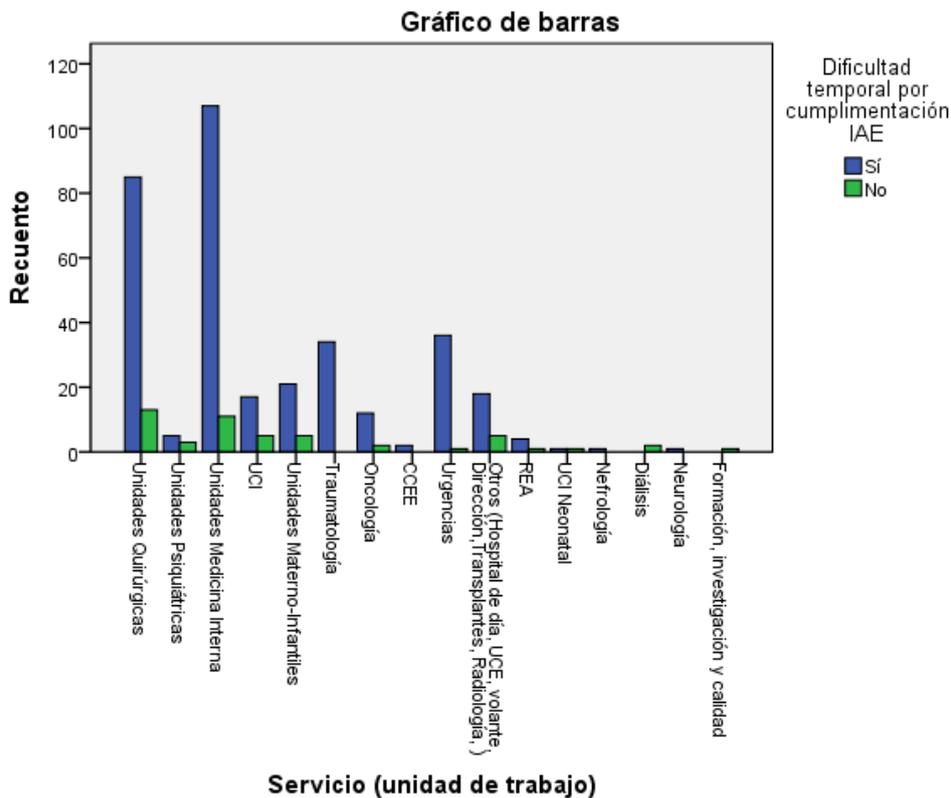


Gráfico 77: Dificultad temporal de redacción del IEA según el servicio

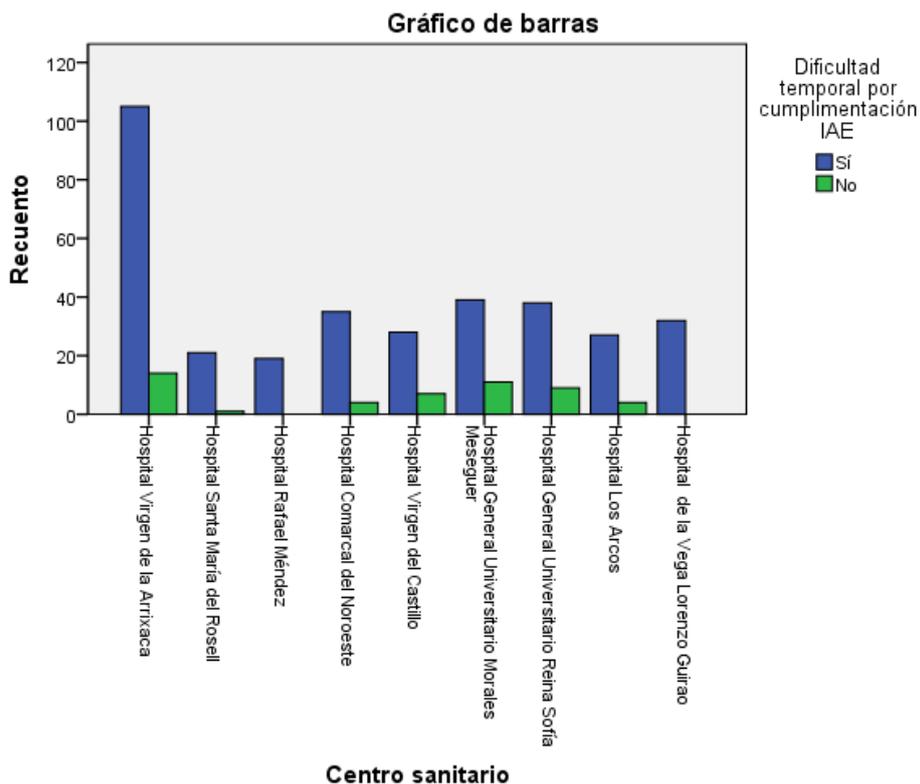


Gráfico 78: Dificultad temporal de redacción del IEA según el centro sanitario

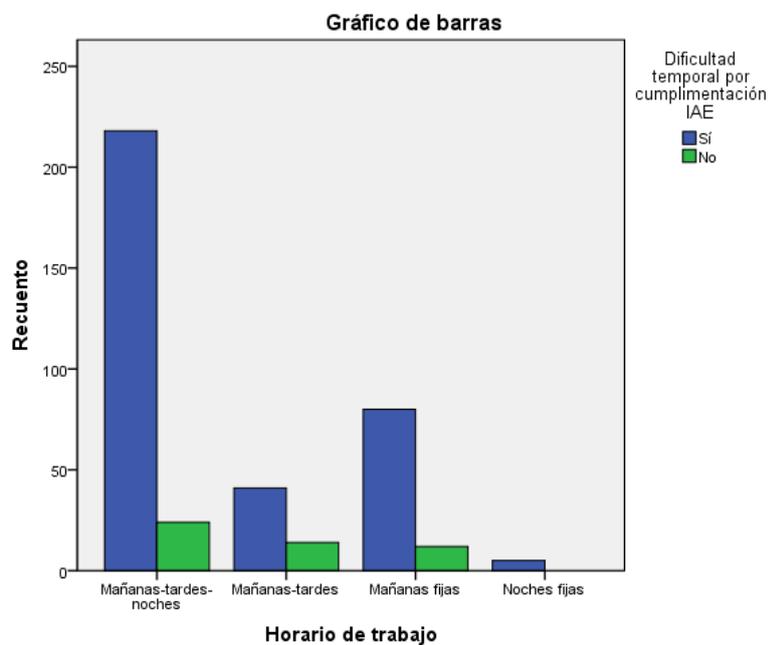


Gráfico 79: Dificultad temporal de redacción del IEA según el horario de trabajo

7.2.4.5. La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo médico, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia de la dificultad de redactar el IEA por la relación existente entre la enfermera y el médico y el tipo de contrato ha arrojado un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=9,086$; $p=0,011$) (Anexo 9, Tabla 39), por lo que podemos decir que estas dos variables están relacionadas.

El 61,2% de los profesionales encuestados manifiesta tener un contrato fijo, entre los cuales, un 64,9% manifiesta llevarse bien con el colectivo médico, lo que no le dificultaría el hecho de redactar el Informe de Enfermería al Alta (Tabla 131). Sin embargo, del 9,6% que reconoce ser profesional sustituta, un 15,7% acepta que tendría problemas en la relación con los médicos que le impediría cumplimentar el IEA (Gráfico 80).

Tabla 131: Tabla de contingencia entre el tipo de contrato y la dificultad redacción IEA por relación E-M			Dificultad redacción IEA por relación E-M		Total
			Sí	No	
Tipo de contrato	Temporal	Recuento	38	78	116
		% dentro de Dificultad redacción IEA por relación E-M	31,4%	28,3%	29,2%
	Fijo - Indefinido	Recuento	64	179	243
		% dentro de Dificultad redacción IEA por relación E-M	52,9%	64,9%	61,2%
	Sustitución	Recuento	19	19	38
		% dentro de Dificultad redacción IEA por relación E-M	15,7%	6,9%	9,6%
Total		Recuento	121	276	397
		% dentro de Dificultad redacción IEA por relación E-M	100,0%	100,0%	100,0%

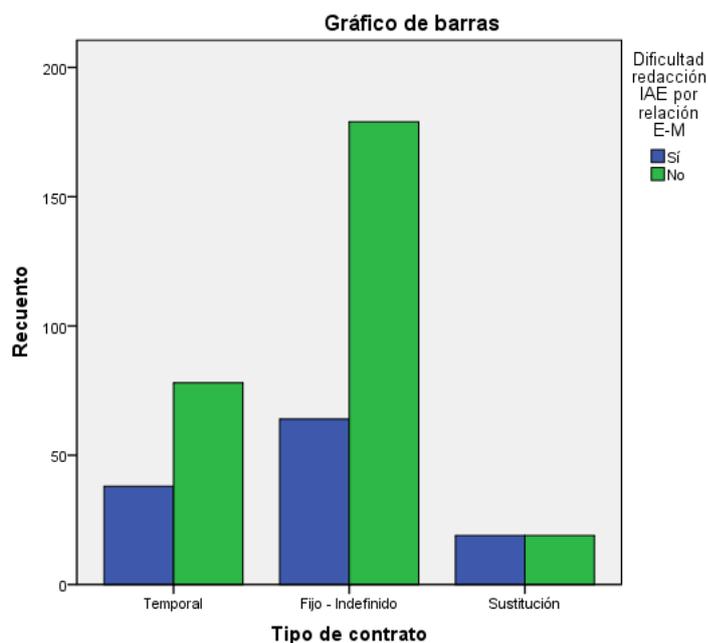


Gráfico 80: Dificultad redacción del IEA por relación E-M según el tipo de contrato

7.2.4.6. La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo de auxiliares de enfermería, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

Se presentan diferencias significativas en la distribución de los datos mediante la prueba de Chi-Cuadrado entre el año de obtención de la titulación de enfermera y la dificultad de la redacción del IEA por la relación enfermera con las auxiliares de enfermería ($\chi^2=54,461$; $p=0,032$) (Anexo 9, Tabla 39).

La tabla de Contingencia entre el año en que se diplomaron en Enfermería las profesionales encuestadas y la relación que tienen con las Auxiliares de Enfermería, nos muestra que un 62% de las encuestadas dicen haberse diplomado antes del año 2000, entre las cuales, un 70,4% expresa que la relación que tiene con las auxiliares le supondría obstáculos para realizar el Informe de Enfermería al Alta (Tabla 132). Sin embargo, el 39% dice que se diplomó después del año 2000 y entre ellos,

Resultados

un 38,6% manifiesta que no tiene problemas con este integrante del equipo sanitario (Gráfico 81).

Tabla 132: Tabla de contingencia Grupos Años titulación y dificultad redacción IEA por relación E-Aux			Dificultad redacción IEA por relación E-Aux		Total
			Sí	No	
Grupos Años titulación	Antes del año 2000	Recuento % dentro de Dificultad redacción IEA por relación E-Aux	19 70,4%	224 61,4%	243 62,0%
	Después del año 2000	Recuento % dentro de Dificultad redacción IEA por relación E-Aux	8 29,6%	141 38,6%	149 38,0%
Total		Recuento % dentro de Dificultad redacción IEA por relación E-Aux	27 100,0%	365 100,0%	392 100,0%

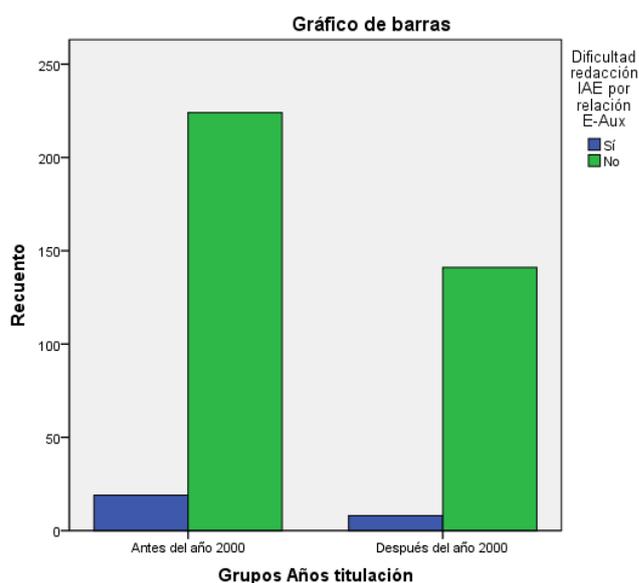


Gráfico 81: Dificultad redacción del IEA por relación E-Aux según el año titulación enfermera

7.2.4.7. La relación existente entre el colectivo enfermero y el resto del colectivo sanitario (trabajadores sociales, fisioterapeutas,...), ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

La prueba Chi-Cuadrado aplicada para comprobar la independencia del tipo de contrato y la dificultad en la redacción del IEA por la relación de las enfermeras con el resto del equipo de profesionales sanitarios ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que ambas variables están relacionadas ($\chi^2 = 15,571$; $p=0,000$) (Anexo 9, Tabla 39).

Cuando realizamos la Tabla de Contingencia entre ambas variables, detectamos que del 83,6% de los profesionales que han reconocido que no tendrían dificultad para redactar el documento del Informe de Enfermería al Alta en función de su relación con el equipo sanitario, un 88% son enfermeras fijas (Tabla 133). Por el contrario, del 16,4% que ha expresado la posibilidad de tener impedimentos para cumplimentar el IEA, el 36,8% son profesionales sustitutas (Gráfico 82).

Tabla 133: Dificultad para redactar el IEA en base a la relación con el resto de personal sanitario según el tipo de contrato			Tipo de contrato			Total
			Temporal	Fijo - Indefinido	Sustitución	
Dificultad redacción IEA por relación E-Resto	Sí	Recuento	22	29	14	65
		% dentro de Tipo de contrato	19,0%	12,0%	36,8%	16,4%
	No	Recuento	94	213	24	331
		% dentro de Tipo de contrato	81,0%	88,0%	63,2%	83,6%
Total		Recuento	116	242	38	396
		% dentro de Tipo de contrato	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

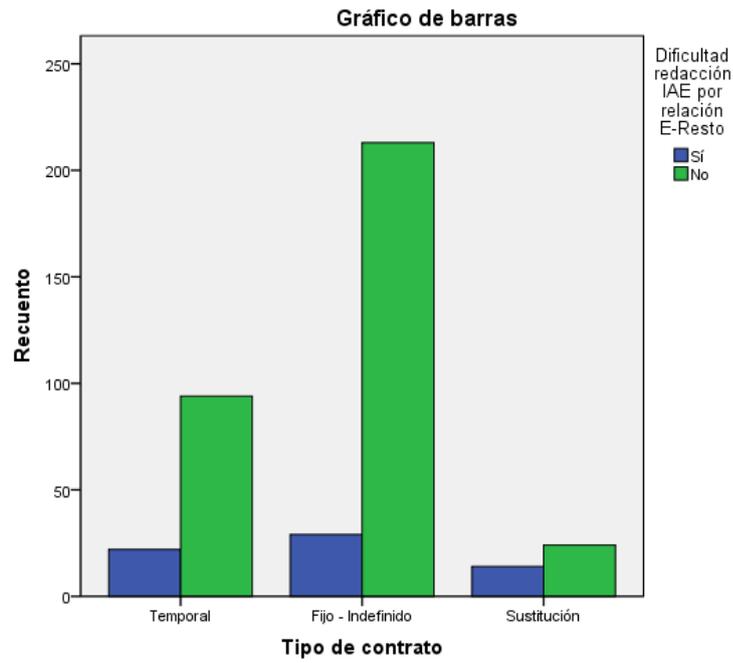


Gráfico 82: Dificultad redacción IEA por relación E-Resto según el tipo de contrato

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN

En los resultados de nuestro estudio hemos mostrado las condiciones teórico-metodológicas-formativas necesarias para redactar el Informe de Cuidados de Enfermería al Alta (IEA) en los profesionales de enfermería hospitalaria y su asociación con determinadas características sociodemográficas y laborales de los sujetos de la muestra.

Así mismo, la bibliografía consultada y citada pone de manifiesto la importancia y repercusión que tienen las variables metodológicas-formativas que hemos analizado en la vida laboral del trabajador, dependiendo de los aspectos universitarios de la enfermera y su predisposición hacia la realización de nuevos documentos, y de otras circunstancias relacionadas con el entorno y la organización, como son el tipo de gestión sanitaria, las características del puesto de trabajo y sus condiciones laborales.

Todas las estrategias de gestión sanitaria que aseguran la continuidad de los cuidados y existen en el medio laboral presentan una influencia directa en el profesional sanitario y en el paciente. En el desarrollo de nuestro trabajo hemos constatado esa realidad al analizar en una muestra de profesionales de enfermería de ámbito hospitalario las causas que pueden provocar alteraciones y dificultades en su satisfacción profesional, en la cobertura de las necesidades de cuidados de los pacientes, en la redacción del IEA, en la constitución de un Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CMBD-E) y en la implantación de una nueva gestión sanitaria basada en los cuidados enfermeros.

Los resultados presentan, por un lado, coincidencias que se asemejan a las planteadas por los autores consultados a lo largo de la investigación y, por otro, diferencias que nos llevaron a plantearnos la necesidad de documentar la relación existente entre la gestión sanitaria, la formación enfermera, el Informe de Enfermería al Alta y su repercusión en los ámbitos universitarios y hospitalarios.

Siendo conscientes de la escasez de estudios que han examinado la relación entre el tipo de variables que hemos considerado en esta investigación, y del hecho de que las comparaciones con otros trabajos previos se ven limitadas, pasamos a continuación a discutir nuestros resultados contrastándolos con los trabajos, las teorías y los modelos que han justificado y orientado esta tesis en relación a los objetivos formulados, analizando las variables incluidas en el estudio y, por último, aportamos información con la que abrir nuevas vías de investigación en la gestión sanitaria y en la formación enfermera.

El primer objetivo propuesto en esta investigación era identificar los hospitales de la Región de Murcia que trabajaran con historias clínicas, ya fueran informatizadas o, en formato papel. Los hallazgos obtenidos respecto a este objetivo nos permiten decir que las enfermeras mantienen el uso del papel como soporte documental principal en un 28,3%, como el Hospital General Universitario Morales Meseguer y el General Universitario Reina Sofía. El desarrollo del Plan Director de Sistemas de Información del Servicio Murciano de Salud (PDSIS) iniciado en 2003, está permitiendo la adaptación del formato digital en casi todo el resto de hospitales de la Región (Consejería de Sanidad, 2006), confirmado por nuestros datos en los que las profesionales enfermeras están realizando los registros en ambos formatos en un 46,3%. La participación en el proyecto nacional “Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud” relacionado con las nuevas tecnologías, facilita el que en algunos centros, como muestran los resultados, se trabaje digitalmente en un 24,8%, destacando el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao y el Hospital Santa María del Rosell.

El segundo objetivo de este trabajo planteaba analizar el afrontamiento inicial de las enfermeras en los centros hospitalarios de la Región de Murcia a la inmediata implantación de la realización del Informe de Enfermería al Alta, mediante sus conocimientos adquiridos, la accesibilidad y su predisposición a la formación. A continuación se

presenta la discusión de los resultados, analizando cada variable incluida en el estudio:

8.1. Los datos sociodemográficos

Hemos incluido el sexo, la edad, el puesto de trabajo y el tipo de contrato actual (temporal, fijo – indefinido, sustitución).

Los sujetos de estudio han sido las enfermeras del ámbito hospitalario con función asistencial, quienes manifiestan que las profesionales diplomadas en enfermería cuentan con una gran proporción de mujeres (76,8%) más que de hombres (23%), por lo que el resultado de nuestra se presenta mayoritariamente femenino. El rango de edad oscila entre 35 y 61, siendo la media de edad 37 años. Y el tipo de contrato que predomina es el indefinido con un 61,5%.

8.2. La formación del profesional sanitario

Esta variable se midió con dimensiones relacionadas con la formación universitaria y la formación continuada.

Las características de la formación universitaria de las enfermeras hospitalarias en nuestros sujetos de estudio nos muestran que la mayoría y la media de las enfermeras cuentan con los estudios de diplomado en Enfermería, correspondiendo a los planes de estudios universitarios de la Diplomatura (1977-2010). Y son escasas aquellas profesionales con otra titulación académica universitaria superior, como licenciatura o doctorado. Coincidiendo con la finalización de los antiguos planes de estudios universitarios españoles, un 14% de las enfermeras posee un grado académico superior a la diplomatura de enfermería, de las que destacan con un 5% las que tienen una Licenciatura.

Entre las enfermeras que tienen otro grado académico superior, no se presenta una diferencia significativa entre hombre y mujer, sin embargo, entre las que han expresado ser sólo diplomadas en enfermería,

el porcentaje en mujeres es mayor. Se ha obtenido un mayor número de grados académicos superiores en los últimos años: entre el año 2001 y 2005 lo obtuvieron un 5,1% y después del 2005, un 4,5%.

Esto puede ser debido al posible acceso que tiene hoy el diplomado en enfermería a esa formación, o porque las pocas alternativas laborales actuales, les permiten más tiempo y dedicación para acceder a estudios superiores. Datos que coinciden con el aumento de los alumnos que van teniendo en los últimos años los cursos de formación continuada de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia de la Región de Murcia (FFIS de la RM, 2010).

En los resultados de la muestra, algunos ostentaban puestos de responsabilidad, aunque el objetivo del estudio descriptivo se hizo sobre profesionales asistenciales representados por un 86,5%. Hemos comprobado que respecto a la relación entre el cargo y el grado académico no se ha arrojado un resultado estadísticamente significativo, por lo que podemos decir que el grado académico universitario no es un factor determinante en los hospitales para asignar los cargos directivos, de docencia o de supervisión.

Centrándonos, a continuación, en las características formativas de las enfermeras hospitalarias en el Proceso de Atención de Enfermería y, concretamente, sobre la presencia de diagnósticos enfermeros (código NANDA), resultados enfermeros (código NOC) e intervenciones (código NIC), los hallazgos detectan que durante la formación universitaria impartida dentro de los tres planes de estudios de la Universidad de Murcia, un 59,2% de las enfermeras encuestadas manifestó no haber estudiado ni la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (NIC), ni la Clasificación de los Resultados enfermeros (NOC), correspondiéndose a las promociones anteriores a 2001. Un 38,2% representa a las promociones posteriores al año 2001. Teniendo en cuenta este contexto, un 99,3% de las enfermeras dedicadas a la actividad hospitalaria realiza cursos de formación continuada relacionadas con su profesión, siendo las

actividades formativas más abundantes con un 43,2%, las que duran menos de 50 horas.

La formación continuada en la Consejería de Sanidad de Murcia, recogida como una de las estrategias para ser desarrollada durante el quinquenio 2005 – 2010 (Consejería de Sanidad, 2006), se llevó a cabo mediante un Plan Integral de Formación que se inició con el Programa Estratégico Común de Formación Continuada Sanitaria (PEC). Según los datos de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia entre los años 2006 y 2010, el colectivo de Enfermería, es con un 25%, el colectivo que más demanda formación, triplicándose la participación de alumnos del año 2009 con respecto al 2010 (Memoria FFIS, 2010). La obtención de una asociación significativa entre el turno de trabajo y la realización de cursos, explica el hecho de que la enfermera con un turno de trabajo de mañanas fijas o con turno rodado, tenga más facilidad para la realización de cursos de formación continuada, puesto que generalmente se imparten en horario de tarde.

Sin embargo, existe un reconocimiento, por parte de las enfermeras, de una escasa realización de cursos de formación continuada (con un 39,3%) relacionados con los diagnósticos NANDA, la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC). Por otro lado, realizan más cursos de formación continuada sobre los diagnósticos NANDA, las NIC y los NOC aquellos profesionales mayores de 50 años que trabajan en unidades materno-infantiles y oncológicas, en hospitales como el HGU Morales Meseguer y el Hospital Comarcal del Noroeste, además de las profesionales que tienen un grado académico superior a la Diplomatura de Enfermería.

Con los resultados para esta variable de la formación, hemos conocido los diferentes niveles de conocimiento y accesibilidad a las actividades formativas de actualización sobre la Intervenciones enfermeras (NIC) y Resultados enfermeros (NOC), con las que enfrentarse a cuestiones

metodológicas y tecnológicas, por parte de las enfermeras que trabajan de la Región de Murcia y que influyen directamente en la redacción del Informe de Enfermería al Alta (IEA) y en el registro del plan de cuidados a través del programa informático SELENE en la Historia Clínica Digital.

8.3. Los datos laborales generales

Entre las características detectadas por las enfermeras hospitalarias sobre el Proceso Administrativo, encontramos que en esta profesión, son mayoría las enfermeras que se dedican exclusivamente a la actividad asistencial (86,5%), con un horario rodado de mañanas, tardes y noches (61,5%), donde el número medio de pacientes atendidos por las enfermeras asistenciales es de 36 pacientes por unidad o servicio.

En lo que respecta a la aplicación de los sistemas de cuantificación de cargas de trabajo, los resultados reflejan que en un 64%, no existe tal sistema estándar en las unidades, tal y como se detecta en la mayor parte de las publicaciones previas (Chiavenato, 1991; Balderas 1995, López 1998). Si añadimos a ello que la distribución diaria del trabajo, dependiendo del centro sanitario y de la unidad de hospitalización, se establece siguiendo criterios como el número de pacientes ingresados, en un 37,5%, o el número de habitaciones existentes, en un 33%, son escasas las unidades hospitalarias que emplean los cuidados de los pacientes (9%) o su nivel de dependencia e independencia de enfermería, para distribuir el trabajo diario enfermero (4%). Además el número de enfermeras requeridas, en función de los cuidados de los pacientes, no se cumple en un 61,5%, y las enfermeras consideran que faltan profesionales para realizar el trabajo diario. Los hallazgos de este estudio resultan congruentes con la literatura precedente revisada (López, 1999; Del Campo 2008).

La planificación y la gestión de los recursos humanos, recogidas también en las ya nombradas Estrategias de Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia (Consejería de Sanidad, 2006), ha

permitido que se mejore la atención a los profesionales, contando con 3 o 4 enfermeras por las mañanas, dependiendo de la unidad hospitalaria, 2 enfermeras por la tarde y 2 por la noche.

Otro dato laboral analizado en este estudio, ha sido la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud en el Servicio Murciano de Salud. Se ha obtenido que en un 93%, todos los hospitales de la Región de Murcia disponen de un ordenador como recurso laboral. Esta herramienta permite que exista la Historia Clínica Digital (HCD) en un 69,8% de las unidades participantes en este trabajo, existiendo una asociación significativa entre el centro sanitario y el uso que se hace de la HCD. Entre los centros, tres la tienen instaurada y funcionando en todos los servicios (el Hospital Comarcal del Noroeste, el Hospital de los Arcos y el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao) y el resto de los hospitales, van integrándola progresivamente en las distintas unidades. Las unidades en las que destaca la existencia de la Historia Clínica Digital corresponden a Medicina Interna, las unidades quirúrgicas y el servicio de Urgencias, siendo además en esas unidades el trabajo se distribuye según el número de pacientes y el número de habitaciones.

Si fijamos la atención en su uso, las unidades donde más se utiliza son las de Medicina Interna, las quirúrgicas, urgencias, traumatología, las unidades materno-infantiles y la UCI. Y los hospitales donde más se hace empleo de ella son el Hospital Virgen de la Arrixaca, el Hospital Comarcal del Noroeste, el Hospital de los Arcos y el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

La Historia Clínica Electrónica o Digital se configura en la Región de Murcia mediante el programa informático SELENE, como herramienta de gestión sanitaria a partir del año 2006 (Sánchez, 2006) y, según confirman nuestros datos, es usado por el 81,8% de las enfermeras hospitalarias, ya que se encuentra implantada y utilizándose en la mayoría de los centros. Las unidades de Medicina Interna, las quirúrgicas, el servicio de Urgencias y la unidad de traumatología, han sido las más

destacadas en su uso. Cerca de un 52,6% las enfermeras encuestadas afirman que manejan las nuevas tecnologías a un nivel medio, siendo los hombres los que destacan manejándolas a un nivel medio y alto.

Entre las profesionales que emplean el programa SELENE, destacan las que tienen plaza fija o un contrato indefinido, y las que tienen los turnos rodados de mañanas-tardes-noches. Indican además los sujetos encuestados que aunque la ratio enfermera-paciente sea desproporcionada y la distribución del trabajo dependa del número de habitaciones y del número de pacientes, ello no les influye negativamente en el momento de usar el programa SELENE.

8.4. El Informe de Enfermería al Alta (IEA)

Hemos conocido la opinión y la predisposición profesional sobre el Informe de Enfermería al Alta y la aplicabilidad de este documento en el seguimiento y la retroalimentación asistencial. Los hallazgos nos muestran que un 71,8% de los profesionales de enfermería expresa estar de acuerdo con la realización del Informe de Enfermería al Alta (IEA), observándose que los hombres lo están menos que las mujeres. También se ha comprobado que cerca del 24% de los profesionales ha expresado estar en regular acuerdo, dato que coincide con las diversas dificultades expuestas por la literatura, cuando las direcciones de Enfermería deciden iniciar la obligatoriedad de este documento (Sáez et al, 2007).

Por el contrario, la relación estadísticamente significativa encontrada entre la predisposición favorable a redactar el IEA, la unidad hospitalaria y los turnos, esclarece la escasez de impedimentos contextuales relacionados con la organización que encuentran las enfermeras.

Otro punto importante, es conocer si cuando el paciente es dado de alta por su médico, se redacta y entrega el IEA. Y nos encontramos con que un 56,5% de las profesionales ha expresado que lo redacta, siendo mayor el porcentaje de hombres que afirma no redactarlo (un 43,5%). Un

dato a resaltar es que en las unidades donde hay una desproporcionada ratio enfermera/paciente, las profesionales no redactan el IEA.

En lo que respecta a la entrega del IEA al propio paciente o familiar, encontramos un 42,3% de profesionales enfermeras que lo hace, un 27,8% que no lo entrega y un 30% no ha contestado a esta pregunta. Las unidades de Medicina Interna, las quirúrgicas y traumatología son los servicios que más generan IEA cuando el paciente es dado de alta por su médico, y por tanto en las que se entrega. La entrega del IEA se produce con mayor asiduidad por parte de las enfermeras en centros sanitarios como el Hospital Virgen del Castillo, el HGU Morales Meseguer, el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao y el HGU Reina Sofía. En los turnos rodados de mañanas-tardes y noches, y mañanas-tardes, se entregan con más frecuencia, y comprobamos que no existe relación entre el tipo de contrato que tiene el profesional y la redacción y entrega del documento.

En definitiva, nuestros datos muestran que las enfermeras hospitalarias de la Región de Murcia redactan y entregan un IEA cuando el paciente es dado de alta por su médico, en contra de las indicaciones de estudios previos, en los que se determinó que las enfermeras redactaban menos informes de alta de los que se debería (Caamaño et al, 2004; Navarro et al, 2006).

Sin embargo, un 74,8% de las enfermeras reconocen no redactar un Informe de Enfermería al Alta cuando se traslada un paciente a otro servicio dentro del mismo hospital, predominando los hombres que no lo redactan frente a las mujeres, y sin existir una influencia directa de la distribución del trabajo. Nuestros resultados presentan que la UCI es el único servicio en el que las enfermeras redactan un Informe de Enfermería al Alta dirigido a otro servicio dentro del mismo hospital al trasladar a un paciente. El resto de las unidades no lo hacen.

Otro aspecto que nos interesa conocer en relación al IEA es la opinión de las enfermeras sobre si la realización del documento pondría de

manifiesto el nivel académico actual de enfermería. Para más de la mitad de las profesionales enfermeras de la Región de Murcia (un 60%), sí lo haría. Este hallazgo se muestra coherente, pero los estudios que han profundizado sobre su contenido destacan, por el contrario, sus deficiencias diagnósticas (Egea y Bravo, 2007) y sus limitaciones lingüísticas (Del Olmo et al, 2007). Ruiz (2005) investigó el tipo de cuidados que se registraban y determinó que eran biomédicos, en vez de intervenciones y resultados enfermeras, pendientes de realizar.

8.5. La seguridad del paciente

La seguridad del paciente la hemos medido a través de las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia, analizando la relación entre el Informe de Enfermería al Alta (IEA) y la enfermera de enlace.

Un 93,1% de las profesionales enfermeras considera muy positivamente la influencia que tiene la realización de un IEA en el seguimiento del paciente para futuras intervenciones enfermeras. Para un 89,8%, este documento permite la continuidad de los cuidados y para un 89%, la aplicación del Informe de Enfermería al Alta supone un indicador de seguridad del paciente, con la finalidad de evitarle futuras complicaciones y efectos adversos.

Resulta relevante el hecho de que la seguridad del paciente exige cumplir unos indicadores de buenas prácticas entre los que se encuentra “la existencia de normas razonadas para la dotación de personal de enfermería” (Saturno, 2008) y éste no se está cumpliendo, según revelan nuestros datos.

8.6. La relación entre la teoría universitaria y la práctica clínica

Esta relación la hemos analizado en función de varias dimensiones:

8.6.1. Aplicabilidad asistencial de los diagnósticos NANDA, las Intervenciones enfermeras (NIC) y Resultados enfermeros (NOC)

La primera de ellas, relacionada con los estudios, nos ha ofrecido que los diagnósticos NANDA y los temas teóricos sobre las NIC y los NOC que las profesionales estudiaron en la Universidad, no los emplean en la práctica diaria de su trabajo, según ha reconocido un 59%. Este dato contradice las recomendaciones de la literatura. La gestión de los cuidados cuenta con estos tres elementos imprescindibles para planificarse las actividades asistenciales con el paciente, además de proporcionar un lenguaje estandarizado y una identidad propia a la profesión (Gordon, 2000; Cuesta, 1995; Johnson, 2007; Moorhead, 2009; Morales, 2001; Bulechek, 2009).

Otros hallazgos revelan que los hospitales que favorecen la utilización de los diagnósticos NANDA, son sobre todo hospitales comarcales como el Hospital Virgen del Castillo, el Hospital de los Arcos y el Hospital Rafael Méndez. Por el contrario, en los hospitales de referencia de la Región de Murcia es escaso el uso que hacen las profesionales enfermeras de los diagnósticos NANDA. Esto es lo que ocurre por ejemplo en el Hospital Virgen de la Arrixaca, el HGU Morales Meseguer, el Hospital Reina Sofía y el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. El Hospital Virgen del Castillo es el centro que más utiliza las Intervenciones (NIC) y Resultados enfermeros (NOC).

En relación a las unidades, en medicina interna es donde más se aplican, seguidas por las unidades quirúrgicas y traumatología. En aquellos servicios hospitalarios donde más se emplean los diagnósticos NANDA, coincide con aquellos donde el trabajo diario de los profesionales se distribuye según el número de habitaciones y el número de pacientes.

La escasa utilización de los diagnósticos NANDA viene liderada, en nuestra muestra, por los profesionales que tienen la plaza fija o son interinos y los que tienen un contrato de sustitución. Sin embargo, los

profesionales contratados temporalmente son los que más los emplean. En relación a las profesionales que no emplean las NIC y los NOC, las enfermeras sustitutas las emplean más que aquellas que poseen una plaza fija o un contrato indefinido.

Otra característica identificada ha sido en relación a la edad. La edad media de las profesionales asistenciales pertenecientes a la muestra es de 37 años, incluida en la franja de edad entre 35 y 49 años, y estos afirman no haber estudiado en sus estudios universitarios las NIC y los NOC. Los profesionales comprendidos entre 21 a 34 años son los que estudiaron en la universidad las NIC y los NOC, coincidiendo con la implantación del tercer plan de estudios de la Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Murcia y el nuevo Grado de Enfermería iniciado en el curso académico 2009-10 (Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio).

Los hallazgos reflejan lo que vienen diciendo otros autores (Medina, 1999; Medina et al, 2006) respecto a la incomunicación de la universidad y los hospitales en lo referente a la teoría impartida en la Facultad y a la práctica asistencial, lo que genera malestar profesional.

8.6.2. La selección de las Intervenciones (NIC) y Resultados (NOC)

Otra dimensión que afecta a la relación teoría-práctica es la selección de las intervenciones enfermeras (NIC) y los resultados (NOC) con la que se favorece la planificación, el proceso y la continuidad de los cuidados en una unidad hospitalaria en concreto (Serrano 1997; Rich, 2003; Guerrero, 2005; Charrier et al, 2005), y se ayuda a las Comisiones de Planes de Cuidados hospitalarias a agilizar los planes de cuidados estandarizados. Hemos encontrado por el contrario que, tan sólo en un 25,8%, las enfermeras han seleccionado aquellas intervenciones más usadas y los resultados más esperados en las unidades hospitalarias donde trabajan. A su vez han reconocido en un 63,5%, la existencia de una Comisión de Planes de Cuidados encargada de estandarizar los cuidados en los hospitales donde trabajan. Hecho que coincide con lo que

presenta la literatura revisada al respecto (Navarro et al, 2009), ya que los protocolos de actuación sanitaria facilitan la valoración y el trabajo interdisciplinario.

En las unidades hospitalarias donde se tienen unas NIC y nos NOC concretos, en función del perfil de los pacientes, destacan las unidades de Medicina Interna, las unidades quirúrgicas y las unidades materno-infantiles. Entre los centros sanitarios donde se favorece e impulsa el que las profesionales enfermeras tengan seleccionados las NIC y los NOC, se encuentran aquellos hospitales comarcales como el antiguo Hospital de los Arcos, el Hospital Rafael Méndez y el Hospital Virgen del Castillo.

Resalta también el hecho de que las supervisoras de los servicios hospitalarios que distribuyen la actividad y el trabajo enfermero en función del número de habitaciones y del número de pacientes, favorecen el que los profesionales seleccionen las NIC y los NOC.

8.6.3. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud: El Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería

Durante el proceso de atención al paciente, se ponen en práctica los conocimientos teóricos de los diagnósticos NANDA, las NIC y los NOC realizando los planes de cuidados, y por supuesto, registrándolos en la Historia Clínica Enfermera integrada en la Historia Clínica del enfermo (Oliván 1997; De Pedro et al, 2004; Cerezo et al 2009). Coincidiendo con la literatura revisada, un 92,9% de las enfermeras de la muestra considera fundamental la realización de una historia de enfermería cumplimentada correctamente, y un 73,8% inicia una historia de cuidados de enfermería con cada paciente de nuevo ingreso que está a su cargo.

La relación estadística producida entre estos hechos y el turno de trabajo nos indica que son las profesionales con un turno rodado de mañanas-tardes y noches, las que se implican más en estos temas. Entre las enfermeras que no abren las historias de enfermería cuando se produce un ingreso, encontramos más hombres que mujeres.

Otra consideración sería el hecho de que las unidades de Medicina Interna y las quirúrgicas son las que siempre inician una nueva historia de enfermería con cada paciente que ingresa. En los demás servicios depende de la distribución diaria que se hace del trabajo. Por centros, ha destacado el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao en la cumplimentación de la historia de enfermería al ingreso del paciente.

8.7. La implantación del Informe de Enfermería al Alta (IEA)

Nuestro estudio también nos ha permitido identificar y medir las barreras con las que se van a encontrar los gestores sanitarios cuando llegue el momento de implantar y trabajar con el IEA.

8.7.1. La formación específica sobre el IEA

En los países europeos en los que se gestionan los cuidados mediante un Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería, se emplea un IEA para recolectar los datos: diagnósticos NANDA, intervenciones (NIC) y resultados (NOC) (Goossen, 1998). Según nuestros resultados en todos los centros sanitarios de la Región de Murcia los profesionales consideran básica una formación específica sobre el IEA (68,8%), sobre todo los pertenecientes a las unidades de Medicina Interna, las quirúrgicas y el servicio de urgencias. Demandando formación aquellas enfermeras que no han obtenido un grado académico superior a la diplomatura, más los hombres que las mujeres.

8.7.2. Formación continuada relacionada con la historia clínica de enfermería

El registro de la práctica enfermera en la Historia Clínica implica según reconocen otros autores (De Pedro et al, 2004; Cerezo et al, 2009), una actualización continua de los conocimientos metodológicos y teóricos de la profesión, y un intercambio de información unificada para todos, con lo que se favorece la continuidad de los cuidados. La realización de formación continuada sobre la historia clínica enfermera, tras terminar

las enfermeras sus estudios de enfermería, presenta en nuestros resultados que un 59,4% de los sujetos encuestados reconoce no inscribirse en este tipo de cursos. Demandan esta formación las profesionales que realizan una formación continuada entre 51 y 120 horas, más que las enfermeras que hacen otro tipo de cursos, así como las enfermeras que poseen un grado académico superior a la diplomatura. Por último, diremos que las enfermeras que trabajan en un turno fijo de mañanas tienen más fácil acceso a esta formación que las que trabajan en el resto de los turnos.

8.7.3. Las cargas de trabajo

Un 81% de los profesionales encuestados ha considerado que las cargas de trabajo existentes en su servicio dificultarían la cumplimentación de un informe de alta enfermero. Algo que manifiestan los componentes de la muestra de todos los hospitales estudiados, siendo las unidades de Medicina Interna, las quirúrgicas, el servicio de Urgencias y las unidades de traumatología en las que se centran más las cargas de trabajo, como impedimento para la cumplimentación del Informe de Enfermería al Alta (IEA). A los profesionales pertenecientes a todas las promociones les generan problemas las cargas de trabajo, sobre todo en el momento de redactar un IEA. Dependiendo de la edad, varía el nivel de dificultad a la hora realizar el IEA, por las cargas de trabajo existentes. Los profesionales más jóvenes se ven más agobiados por las cargas de trabajo que el resto de los grupos de edad.

8.7.4. El IEA restaría tiempo para realizar el resto de actividades enfermeras

Un 86% de los profesionales sanitarios encuestados de la Región de Murcia consideraría un estorbo realizar el Informe de Enfermería al Alta (IEA) si le restara tiempo para realizar otras actividades enfermeras. Esta opinión la manifiestan en todos los turnos de trabajo ya que existe una dificultad temporal para redactar un IEA, sobre todo en las unidades de

Medicina Interna, las quirúrgicas, el servicio de Urgencias y traumatología.

8.7.5. La relación existente entre el colectivo enfermero y el resto de colectivos sanitarios

Existe una buena relación profesional entre la enfermera y el médico, representada por un 69%, al manifestar que no dificultaría esta relación la redacción del IEA. En concreto, las enfermeras con una plaza fija o con un contrato indefinido mantienen una buena relación con el médico, y no tendrían ninguna dificultad a la hora de redactar un IEA.

Otros datos nos presentan que a un 92%, la realización de un IEA no se vería obstaculizada por la relación profesional con las auxiliares de Enfermería.

La buena relación existente entre enfermería y el resto de los profesionales sanitarios (trabajadores sociales y fisioterapeutas) es expresada por un 82,8% de la muestra, no generándoles ninguna dificultad a la hora de redactar el IEA, destacándose las enfermeras con una plaza fija o con un contrato indefinido que manifiestan mantener una buena relación con el resto del personal sanitario y no tendrían ninguna dificultad a la hora de redactar un IEA.

Los resultados obtenidos respecto a este segundo objetivo, que planteaba analizar el afrontamiento inicial de las enfermeras en los centros hospitalarios de la Región de Murcia ante la inmediata implantación de la realización del Informe de Enfermería al Alta (IEA), nos confirma la hipótesis planteada sobre la duda de la preparación teórica y metodológica de las enfermeras hospitalarias para afrontar la implantación de un IEA y un Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería.

CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES

Con la presente investigación se ha analizado descriptivamente una realidad sobre el tema objeto de estudio, y hemos identificado a su vez, en una muestra de profesionales de enfermería hospitalaria de la Región de Murcia, la asociación existente entre las variables sociolaborales y demográficas de la muestra introducidas en el estudio, y la formación y los conocimientos adquiridos sobre el tema, la aplicación o no aplicación del Informe de Cuidados al Alta Enfermera, la continuidad de los cuidados y el análisis de la situación respecto a una nueva gestión sanitaria basada en el Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería.

Presentamos a continuación las principales conclusiones derivadas de los resultados obtenidos en el estudio, considerando los objetivos planteados en este trabajo.

9.1. Conclusiones sobre las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional

9.1.1. Características de la formación universitaria de las enfermeras hospitalarias

- El colectivo enfermero sigue siendo una profesión mayoritariamente de mujeres, con un perfil determinado por la posesión de estudios universitarios de diplomado, obtenido entre los años 1971 y 2010, siendo escasos los que ostentan otra titulación académica superior (14%), pero ha resultado significativa la asociación entre la variable sexo y formación académica superior, siendo los hombres los que poseen más estudios de segundo ciclo que las mujeres.

- En los resultados de la muestra algunos ejercían puestos de responsabilidad, aunque el objetivo del estudio descriptivo se hizo sobre profesionales con funciones asistenciales. Hemos comprobado que el grado académico universitario no es un factor determinante en los

hospitales para asignar los cargos directivos, de docencia o de supervisión.

- Estas características profesionales son un impedimento para formarse y actualizarse en los contenidos teóricos sobre diagnósticos NANDA, intervenciones y resultados enfermeros, llevándoles a realizar solamente las mínimas horas requeridas de formación continuada (cursos de 50 horas), con finalidades laborales que distan de la aplicación diaria. Sin embargo, las generaciones de los últimos dos años están viviendo unas restricciones sociolaborales y económicas concretas que, posiblemente, favorezcan, ante una mayor disponibilidad, el que se acceda más a estudios universitarios. Hecho que hemos constatado en nuestro estudio. A su vez encontramos que se experimenta el proceso de transición que vivimos hacia un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), al ejecutarse un nuevo plan de estudios centrado en las habilidades y capacidades de la enfermera, relacionado con la demanda social, y con el que se espera solventar las deficiencias vinculadas a la relación existente entre los contenidos teóricos y prácticos impartidos y aprendidos durante la formación universitaria y la posterior práctica en la actividad profesional, detectadas en los planes de estudios predecesores. Pero entendemos que los profesionales que actualmente poseen un puesto de trabajo, se corresponden con aquellos que terminaron sus estudios de diplomatura hace una década. Sin embargo, están mejor formadas según nuestros resultados, las enfermeras que se han diplomado en los últimos años y paradójicamente son las que tienen más dificultad para acceder al mercado laboral.

9.1.2. Características detectadas por las enfermeras hospitalarias sobre el desarrollo de las funciones del Proceso Administrativo

Las enfermeras ejercen una actividad asistencial con horarios de turno rodado basado en la historia clínica, en la que el registro de los cuidados sigue siendo deficitario y muy escaso, aunque empieza a contarse, como recurso, con las últimas tecnologías. A su vez

identificamos una sobrecarga laboral, expresada por los profesionales, por un lado debida al incumplimiento de la ratio enfermera-paciente porque, como hemos expuesto en los resultados, se atiende a una media de 36 pacientes por unidad, con 4 enfermeras de media en el turno de mañana, 3 de tarde y 2 de noche, sin que exista un sistema de cuantificación de cargas de trabajo para adjudicar la ratio enfermera-paciente, y por otro lado, por la distribución laboral que hacen los gestores sanitarios, rigiéndose mayoritariamente por el número de camas y el número de habitaciones, y no por el criterio de la necesidad de cuidados de enfermería que demandan los pacientes.

9.1.3. Características formativas de las enfermeras hospitalarias en el Proceso de Atención de Enfermería: Presencia de diagnósticos enfermeros (código NANDA), resultados enfermeros (código NOC) e intervenciones (código NIC)

- El no haber estudiado en la Universidad los diagnósticos NANDA, las NIC y los NOC hace que a los cursos de formación continuada relacionados con estos temas, accedan los profesionales que no han recibido esa formación, siendo en este caso los que tienen mayor edad. A su vez, encontramos que el acceso a esta formación continuada dependerá de la unidad sanitaria y el centro hospitalario en el que trabajen, el que posean o no un grado académico superior, y el tipo de turno de trabajo que tengan a la hora de poder acceder a esos estudios. Por ello, al manifestarse entre los componentes de la muestra que no todos tienen la posibilidad de acceso a la formación de igual modo, hemos podido identificar las características de la enfermera potencialmente usuaria de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias, de la Región de Murcia (FFIS), presentándose significación estadística entre la variable sexo y turno de trabajo, siendo la mujer quien presenta más dificultades para el acceso a la formación continuada, por los turnos que realiza (más rodados y menos en las noches).

- Las profesionales más jóvenes son las que más cumplimentan el IEA, usan las nuevas tecnologías y hacen cursos de formación continuada.

- Las Comisiones de Planes de Cuidados de Enfermería en los hospitales han de conocer, que la práctica asistencial de los diagnósticos NANDA depende tanto de la unidad hospitalaria y del centro donde se trabaje, como del criterio seguido para distribuir el trabajo diario, presentándose una significación entre la variable sexo y aplicación de NANDA, siendo la mujer quien aplica más frecuentemente NANDA a su actividad diaria. A su vez, encontramos que la práctica asistencial de las Intervenciones enfermeras (NIC) y de los Resultados (NOC) depende del hospital donde se trabaje, la edad del profesional y el tipo de contrato que se tenga.

- Las profesionales enfermeras que se diplomaron en Enfermería después del año 2000 emplean más en la práctica diaria las Clasificaciones NIC y NOC, a diferencia de las que estudiaron antes de esa fecha, y el sistema de selección de profesionales para acceder a la formación, dependerá de la unidad hospitalaria y del centro sanitario en el que se trabaje, y también de cómo la supervisora o responsable de la unidad tenga distribuido el trabajo enfermero.

9.1.4. Los sistemas de información de las historias clínicas hospitalarias

- No se desecha el papel como formato de registro de las historias clínicas hospitalarias cuando el avance hacia los sistemas de información y la sociedad del conocimiento precisa de la digitalización de la documentación, entre otros factores, para facilitar la asistencia sanitaria, acortando el proceso de recuperación de la información, accediendo directamente a los antecedentes y evitando tratamientos y pruebas diagnósticas por duplicado.

9.1.5. La Historia Clínica Digital (HCD) del Sistema Nacional de Salud en el Servicio Murciano de Salud

- Todos los hospitales utilizan la HCD, aunque el mayor o menor uso depende del centro hospitalario y del servicio donde se trabaja.

- El uso del programa informático SELENE, también viene condicionado al centro sanitario, la unidad hospitalaria, tipo de contrato, la ratio enfermera/paciente existente, el horario de trabajo y el sistema de distribución diaria del trabajo.

- Las enfermeras han expresado manejar las nuevas tecnologías a un nivel medio (HCD y SELENE), y aunque son los hombres los que llegan a su máximo rendimiento, su uso se ve influenciado por la formación que tengan los profesionales sobre los diagnósticos NANDA, las NIC y los NOC.

9.1.6. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud: El Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería

- Tras analizar la coordinación asistencial en las organizaciones sanitarias hospitalarias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, existe y se aplica la historia clínica enfermera en los hospitales objeto de estudio.

- El perfil de la enfermera, detectado en este estudio para realizar la Historia Clínica, depende de la unidad hospitalaria, del centro sanitario, del horario de trabajo y de la distribución diaria del trabajo.

9.1.7. La valoración y el trabajo interdisciplinario mediante protocolos. La estandarización de los cuidados

- Todos los centros hospitalarios analizados en el estudio, cuentan con una Comisión de Planes de Cuidados que se encarga de estandarizarlos con la finalidad de disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales enfermeros en la medida de lo posible.

9.1.8. El seguimiento y la retroalimentación profesional: El informe de Enfermería al Alta (IEA)

- Realizar el IEA se asocia a la variable sexo, unidad hospitalaria, ratio enfermera/paciente y horario de trabajo, encontrándonos en nuestros resultados con una significación estadística, que son más las mujeres, porcentualmente, las que manifiestan estar de acuerdo con el IEA que los hombres encuestados.

- Redactar un Informe de Enfermería al Alta cuando el paciente es trasladado a otro servicio dentro del mismo hospital está relacionado con la unidad en la que se trabaja y la distribución diaria que se tenga del trabajo, cumplimentándose más por parte de las mujeres.

- La redacción de un IEA cuando se produce el alta médica y su entrega al paciente o familiar, se asocia igualmente a la variable sexo, cumplimentándose más por la mujeres, y entre estas, las que tienen contratos fijos o temporales, e igualmente se asocia a la unidad de trabajo, al centro sanitario, a la ratio enfermera/paciente, horario y a la distribución diaria del trabajo, siendo en los turnos rodados de mañanas-tardes y noches, y mañanas-tardes donde más se redactan y se entregan.

- La mayoría de las enfermeras está de acuerdo en afirmar que el IEA sirve para poner de manifiesto el nivel académico actual que tiene la Enfermería. En este documento se detalla la destreza teórica y metodológica que se tiene de la disciplina.

9.2. Conclusiones sobre las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes

- Prácticamente la totalidad de las profesionales considera que la realización de un informe de alta enfermera, sí influiría en un mejor seguimiento del paciente para futuras intervenciones enfermeras, constituyendo un indicador de calidad asistencial y de seguridad del

paciente y permitiendo además la continuidad de los cuidados, siendo significativo al asociarse con la variable sexo, ya que es la mujer quien mayoritariamente considera que el IEA permite la continuidad de los cuidados del paciente.

- La realización del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta debe generalizarse entre los profesionales como un documento clave que le permita a la enfermera de enlace un seguimiento del paciente y una continuidad de la atención sanitaria.

9.3. Conclusiones sobre las barreras para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la muestra

- La mayoría de las profesionales reconoce que necesita una formación específica sobre el informe de alta enfermera, demandándola más los hombres que las mujeres.

- La realización de una formación específica sobre el Informe de Enfermería al Alta está influida por la unidad de trabajo en la que se esté desarrollando la actividad profesional, el centro sanitario y el hecho de poseer un grado académico superior. Variables a tener en cuenta por las organizaciones encargadas de la formación continuada.

- Más de la mitad de los componentes de la muestra no ha realizado cursos de formación continuada en su centro de trabajo relacionados con la historia clínica de enfermería, tras su paso por la universidad. Los han realizado más las mujeres que los hombres.

- La realización de formación continuada sobre la historia clínica de enfermería, tras pasar por la universidad, se ve condicionada a las horas de formación continuada que tienen los cursos en general, a la posesión de un grado académico superior y al horario de trabajo que tengan adjudicado. Variables a tener en cuenta por las organizaciones encargadas de la formación continuada.

- La falta de acceso a la formación sobre los contenidos a cumplimentar en el IEA, es una de las circunstancias a considerar por los gestores sanitarios, ya que los profesionales manifiestan que no están preparados para cumplimentar el registro del Informe de Enfermería al Alta (IEA) adecuadamente.

- La dificultad para realizar el IEA por las cargas de trabajo, existentes depende de los grupos de edad, de la unidad de trabajo, del centro sanitario, de la posesión de un grado académico superior, del año de obtención de la titulación como enfermera, del horario de trabajo, de la ratio enfermera/paciente y de la distribución diaria del trabajo.

- No se cumple, en cuanto al desequilibrio entre ratio enfermera/paciente y carga de trabajo, el indicador de seguridad del paciente sobre “Existencia de Normas razonadas para la dotación del personal de enfermería”, dentro del *Set de buenas prácticas para la seguridad del paciente*, (adaptado de *Safe Practices for Better Healthcare. The National Quality Forum, Washington*), publicado en 2008 por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

- En el contexto laboral actual existe para las profesionales enfermeras una dificultad temporal si tuvieran que redactar un IEA, en función de la unidad de trabajo, el centro sanitario y el horario de trabajo.

- La dificultad que supone redactar el IEA según la relación existente entre la enfermera y el colectivo médico, dependería del tipo de contrato. Tienen más problemas las profesionales temporales y sustitutas, situación que quedaría abierta a posteriores investigaciones sobre la relación profesional entre ambos colectivos.

- La dificultad que supone redactar el IEA según la relación existente entre la enfermera y la auxiliar de enfermería dependería del año de obtención de la diplomatura. A más años de profesionalidad, hay más dificultad, lo que constituye otra circunstancia a considerar.

- La dificultad que supone redactar el IEA según la relación existente entre la enfermera y el resto del personal sanitario dependería del tipo de contrato. Tienen más problemas las profesionales temporales y sustitutas.

- El gobierno, a través del Plan Avanza I y II, ha desarrollado el Informe de Cuidados Mínimo al Alta de Enfermería, pero la disciplina enfermera no tiene generalizada profesionalmente la realización del Informe de Enfermería al Alta entre sus profesionales, por lo que hay un desfase que claramente perjudica a la enfermera y al paciente. En la Comunidad Autónoma de la región de Murcia (CARM), el colectivo enfermero manifiesta no estar preparado metodológicamente, ni tiene la formación adecuada para llevar a cabo el Informe de Enfermería al Alta (IEA), y menos, para comenzar primero por la realización del Informe de Cuidados Mínimos al Alta de Enfermería, antes que con el propio IEA.

- Las enfermeras hospitalarias manifiestan que no se encuentran preparadas ni teórica, ni metodológicamente, para afrontar la redacción del Informe de Enfermería al Alta.

9.4. Conclusiones sobre la nueva gestión sanitaria basada en los cuidados: El Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería en España

- La realización del Informe Cuidados al Alta de Enfermería asegura el establecimiento de un Informe de Cuidados Mínimo con el que conformar un Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería, como base de datos a nivel nacional, que permita a los gestores la medición del producto enfermero, la mejora de la eficiencia de los servicios sanitarios, y la incorporación, como existe ya en otros países europeos, de una gestión sanitaria en torno a los cuidados prestados a la sociedad.

9.5. Conclusiones finales

- La mayoría de las enfermeras hospitalarias en activo actualmente pertenecen a promociones de la Diplomatura de Enfermería anteriores al

2001, en las que no se incluían en los contenidos curriculares la formación de Intervenciones enfermeras (NIC) y Resultados enfermeros (NOC).

- Las profesionales demandan formación en diagnósticos NANDA, Intervenciones enfermeras (NIC) y Resultados enfermeros (NOC).

- La participación que tienen las enfermeras murcianas en la formación continuada es complicada por las cargas de trabajo y el sistema organizativo de turnos.

- No existe en nuestra sanidad hospitalaria una normativa de valoración de la ratio enfermera/paciente en relación a los cuidados que los pacientes necesitan (utilización de la clasificación de pacientes según los niveles de dependencia/independencia de los cuidados de enfermería, o el déficit de autocuidados).

- Las enfermeras hospitalarias en la región de Murcia manifiestan que no se encuentran preparadas ni teórica, ni metodológicamente, para afrontar la redacción del Informe de Enfermería al Alta.

- La continuidad de los cuidados de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales no queda garantizada sin el Informe de Enfermería al Alta hospitalaria.

- La carencia teórica y metodológica expuesta por las profesionales enfermeras plantea una problemática formativa que debe ser considerada por los gestores sanitarios en la región de Murcia ante la implantación de un Informe Mínimo de Cuidados de Enfermería, con el que elaborar en un futuro, un Conjunto Mínimo Básico de Datos específico de Enfermería que refleje adecuadamente el producto enfermero.

CAPÍTULO 10: LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Debido a que los estudios sobre el tema son escasos, los datos de investigaciones anteriores con los que poder contrastar los obtenidos con este trabajo se ven limitados.

- La cumplimentación incorrecta del cuestionario por parte de los participantes en el estudio es una limitación inherente a esta investigación.

- Pocos antecedentes bibliográficos debido a la contemporaneidad del estudio.

- Se ha detectado una negativa de algunos profesionales a colaborar en el estudio, como consecuencia de las cargas de trabajo que asumían, en el tiempo y espacio en el que se desarrolló la investigación.

CAPÍTULO 11: PERSPECTIVAS FUTURAS E IMPLICACIONES PRÁCTICAS O DE INTERVENCIÓN

Los resultados de la investigación nos abren nuevos campos para futuras investigaciones. Nos planteamos:

- Seguir mejorando la continuidad de los cuidados llevando a cabo las estrategias centradas en la satisfacción del profesional, mediante el acceso a la formación continuada en diagnósticos NANDA, Intervenciones enfermeras (NIC), resultados enfermeros (NOC) y nuevas tecnologías, y desarrollando también las estrategias centradas en las necesidades del paciente, y en concreto, constituyendo el perfil de la enfermera de enlace y trabajando sobre instrumentos que permitan la seguridad del paciente.

- En la puesta en marcha del Informe de Cuidados de Enfermería al Alta (IEA), se deben contemplar en su protocolo, la ratio y distribución enfermera paciente, la formación del profesional, y las variables sociodemográficas y laborales que puedan incidir, tal y como hemos mostrado, en los resultados de este estudio.

- Obtener un producto enfermero que permita la medición de su rendimiento y respalde la reducción de costes en el modelo de gestión sanitario. Para ello, la pertinencia de un instrumento de medición de contratación de personal en función de la ratio enfermera/paciente según los niveles de dependencia de los pacientes, y valorar su asociación a la morbilidad y mortalidad del paciente como gestión de calidad y seguridad del mismo.

- Evaluar de forma continuada la aplicabilidad y los resultados de las estrategias propuestas anteriormente para evitar efectos adversos en el paciente y elevar la calidad asistencial.

- Todas estas propuestas las consideramos oportunidades de mejora para la cumplimentación de un Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CMBD-E).

- Entendiendo la situación de crisis que estamos viviendo, no podemos dejar de manifestar nuestra preocupación por el ámbito de la Enfermería. El vacío de poder en relación a la gestión enfermera que está llegando a las direcciones sanitarias de las gerencias, pueden tener repercusiones directas sobre la pérdida de la figura responsable de docencia y supervisión. Con incertidumbre esperamos que esta situación no perjudique ni a la formación enfermera, ni a la práctica clínica, por el bien de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial prestada.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AAVV. (2000). Guía docente de Enfermería (Universidad de Murcia.). Murcia: Diego Marín.

AAVV. (2006). Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al Alta ICCAE. Comisión de Cuidados de Enfermería Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Andalucía.

AAVV. (2006). Planes de cuidados estandarizados de enfermería: Hospital regional universitario Carlos Haya (Málaga). Hospital regional universitario Carlos Haya. Recuperado Julio 8, 2010, a partir de:
<http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/lpcee.pdf>

AAVV. (2007). Financiering van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen. KCE reports.

AAVV. (2010.). Guía docente: Grado Enfermería. Universidad de Murcia. Recuperado Julio 26, 2010, a partir de:
<https://suma.um.es/suma/servlet/sumav2.general.Suma?oper=administrativa/visualizaGdocenteGrado.visualizaPresentacion>

AENTDE. (2003). Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. Recuperado Noviembre 6, 2011, a partir de:
<http://www.aentde.com/>

Alcalde Escribano J., Landa García J.I. y Ruiz López, P. (2005). Introducción a la Gestión Clínica. En: Alcalde Escribano J, Landa JI, Ruiz López, P, editores: *Gestión Clínica en Cirugía*. Madrid: Arán Editores.

Alfaro Cuenca A, Aleo Luján RA., Alesina Álvarez A., Serrano Díaz E. (2009). Evaluación y mejora de la calidad del informe de continuidad de cuidados. Presentado en el VII Congreso Regional de Calidad Asistencial,

Cartagena, Universidad Politécnica Campus Muralla del Mar Edificio Antiguo Hospital de Marina.: *Sociedad Murciana de Calidad Asistencial*.

Recuperado a partir de:

<http://www.programaemca.org/emca/biblioteca/historico/VII%20Congreso%20Regional%20Calidad%20Asistencial.pdf>

Alfaro LeFevre, Rosalinda. (1999). *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso* (4ª ed.). Barcelona: Springer Science & Business.

Alfaro-LeFevre, Rosalinda. (2007). *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración* (5ª ed.). Barcelona: ELSEVIER Masson.

Aller, MB. et al. (2010). La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*, (84): 371-387.

Almansa, Pilar, & Rojas, Purificación. (1997). *Fundamentos metodológicos de los cuidados de Enfermería*. Murcia: Universidad de Murcia. DM.

Alonso, JP et al. (2000). Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit*, 14 (2): 122-130.

American Nurses Credentialing Center (ACNN). (1998). *Nursing case management catalog*. Washington, DC: ACNN.

ANDE. (2000). *Gestión clínica de los cuidados de Enfermería. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería*. Recuperado Julio 8, 2010, a partir de <http://www.ande.org/descargables/GestionClinica.pdf>

ANDE. (2000). *Gestión del producto enfermero. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería*. Recuperado Julio 8, 2010, a partir de: <http://www.ande.org/descargables/GestionProducto.pdf>

ANDE. (2000). La excelencia de los cuidados enfermeros. *Asociación Nacional de Directivos de Enfermería*. Recuperado Julio 8, 2010, b a partir de <http://www.ande.org/descargables/CuidadosEnfermos.pdf>

Anderson B. y Hannah KJ. (1993). A Canadian nursing minimum data set: a major priority. *Can J Nurs Adm.*, 6 (2): 7-13.

Aranaz, Jesús M. (2006). Estudio de Efectos Adversos en España, un punto de partida necesario. *Presented at the Conferencia Internacional sobre Seguridad del paciente*, Madrid.

Arboleda, J C. (2011). GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA: El nuevo modelo de Gerencia de Área implantado en la Región de Murcia a principios de 2010, a debate en una jornada que ha reunido a expertos sanitarios de diversos ámbitos: *El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad : Gestión en Salud Pública*. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de <http://saludequitativa.blogspot.com/2011/04/el-nuevo-modelo-de-gerencia-de-area.html>

Artigues Barberá M, et al. (2001). Enfermera de enlace: bidireccionalidad compartida en atención domiciliaria. Puesta en práctica de un proyecto. *Aten Primaria*, 28 (Supl 1): 124.

Asenjo Sebastián, Miguel Ángel. (2006). *Gestión diaria del hospital* (3ª ed.). Barcelona: Masson.

Ayuso, Diego y Grande, Rodolfo. (2006). *La gestión de Enfermería y los servicios generales en las organizaciones*. Díaz de Santos.

Baker, R. et al. (2007). Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract*, 57 (537): 283-289.

Balderas, M.L. (1995). *Administración de los servicios de Enfermería* (3ª ed.). México: Interamericana-McGraw-Hill.

Bañeres, Joaquim et al. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calid Asist*, 20 (4): 216- 222.

Barranco, F.J. (1993). *Planificación estratégica de Recursos humanos*. Madrid: Pirámide.

Barrios, L. et al. (2004). Continuidad asistencial (págs. 265-282). Recuperado a partir de:

<http://www.conganat.org/seis/informes/2004/PDF/CAPITULO10.pdf>

Bartolomé Ruibal, Antonio. (2005). Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Rev Calid Asist*, 20 (4): 228-234.

Batres Sicilia, J.P.; Álvarez Tello, M; Gallardo Santos, P. (2009). De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit.*, 7 (2): 313-322.

Bernat et al. (2005). Nursing Activity Score (NAS). Nuestra experiencia con un sistema de cómputo de cargas de enfermería basado en tiempos. *Enferm Intensiva*, 16 (4): 164- 173.

Bertrán et al. (2003). Análisis de la actividad enfermera con el Project Research Nursing (PRN). *Metas de Enfermería*, 6(58): 50-53.

Blanco Dopico, I. (1994). *Contabilidad de costes: análisis y control*. Madrid: Ed Pirámide.

BORM. (2009). Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. No 103, págs. 20473-20489.

Braña et al. (2007). Propuesta de una nueva escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE©). *Enferm Intensiva*, 18 (3): 115- 125.

Butler, Michelle et al. (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible. *J ADV Nurs*, 55 (3): 364-375.

Caamaño, Carmen et al. (2004). Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. *Rev Calid Asist*, 19 (6): 396-401.

Campbell, H. et al. (1998). Integrated care pathway. *BMJ*, (316): 133-137.

Cárdena-Andreu, A et al. (2005). Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Atenc. Primaria*, 36: 558-562.

CARM. (2011). CARM.es - Organización y Funciones. Organización y funciones. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=67&IDTIPO=200&_PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/plantillasPortal/organigramas/plantillaDetalleOrganigrama.jsp&IDESTRUCTURAJERARQUICA=620&RASTRO=c\\$m22660,121](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=67&IDTIPO=200&_PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/plantillasPortal/organigramas/plantillaDetalleOrganigrama.jsp&IDESTRUCTURAJERARQUICA=620&RASTRO=c$m22660,121)

Carpenito, L.J. (2003). *Diagnóstico de Enfermería* (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Casado, Verónica. (2001). La cartera de servicios: diez años después. *MEDIFAM*, 11 (10).

Castelló, E. (1994). *Se impone el sistema de costes por actividades*. Harvard Deusto & Finanzas Contabilidad.

Castillo Gómez C, Pitarch Flors T, García Bernabeu MC. (2007). Análisis Informe Continuidad de Cuidados según criterio enfermero. Presentado en el VI Congreso Regional de Calidad Asistencial, Murcia: *Sociedad Murciana de Calidad Asistencial*. Recuperado a partir de: <http://www.programaemca.org/emca/biblioteca/historico/VI%20Congreso%20Regional%20Calidad%20Asistencial.pdf>

CATSI. (2005). Ponencia del consejo asesor de las telecomunicaciones y de la sociedad de la información (CATSI).

Cerezo Sanmartín, M et al. (2009). Historia clínica informatizada de enfermería en el departamento de Torre Vieja Salud como instrumento de gestión de calidad. *Enferm Glob*, 8 (17): 1-8.

Charrier, Joelle and Brigitte Ritter. (2005). *El plan de cuidados estandarizado: Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica*. Barcelona: Masson.

Chiavenato, I. (1991). *Administración de recursos humanos*. México: McGraw-Hill.

Clark, J y Lang N. (1992). Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice. *Int Nurs Rev*, 39 (4): 109-111.

Coenen, Amy et al. (1999). Describing parish nurse practice using the Nursing Minimum Data Set. *Public Health Nursing*, 16 (6): 412-416.

Consejería de Sanidad de Murcia. (2006). Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2005-2010. Región de Murcia, Consejería de Sanidad. Recuperado a partir de <http://www.murciasalud.es>

Consejería de Sanidad y Consumo. (2010). Sanidad plantea un nuevo sistema de gestión centrado en mejorar la continuidad asistencial. Recuperado Julio 17, 2011, a partir de:

<http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=173565&idsec=66>

Consejería de Sanidad y Consumo. (2011). Sanidad potencia la sostenibilidad del sistema público a través de unidades de gestión clínica y por procesos. Recuperado Julio 17, 2011, a partir de:

<http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=200849&idsec=66>

Consejería de Sanidad. (2008). Un nuevo sistema informático agilizará la solicitud de análisis en los centros de salud. Recuperado Julio 12, 2011, a partir de <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=131620>

Consejo de Europa. (2005). La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia. Recuperado a partir de:

www.coe.int/T/E/SocialCohesion/halth/Conference%20Programme%2014.03.05.

Constitución Española. (1978). 1ª ed., Madrid.

Contel, JC. (2002). La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria*, 29: 502-506.

Conthe Gutiérrez, Pedro et al. (2010). Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc)*, 134(11): 505-510. doi:doi:10.1016/j.medcli.2009.12.002

Cooper, R; Kaplan, R. (1991). Profit priorities from activity based costing. *Harvard Business Review*, 69 (3): 130 - 135.

Corens, D. (2007). Health system review: Belgium. *Health Systems in Transition. Health Syst Rev*, 9 (2): 1-172.

Cuesta Zambrana, A. et al. (1995). El Diagnóstico de Enfermería en España, ¿una realidad apreciable?. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)*, 12-13, 14-23.

Currell, R. y Urquhart, C. (2007). Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd., (1). Recuperado a partir de <http://www.update-software.com>.

De Pedro, M.T et al. (2004). Implantación de una historia clínica informatizada: encuesta sobre el grado de utilización y satisfacción en un hospital terciario. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 27 (2): 233-239.

Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA No 52. (2002): págs. 7127 - 7134.

Decreto 303/1992, de 3 de noviembre, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos del Alta Hospitalaria y se crea el registro de Altas Hospitalarias de Euskadi. Boletín Oficial del País Vasco. (1992).

Decreto 52/2011, de 13 de mayo, del Consell, por el que se autoriza la modificación, por cambio de denominación, de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante, por la de Facultad de Ciencias de la Salud. DOCV No 6522. (2011), pág. 19277.

Decreto Foral 11/2003, de 13 de enero, por el que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos en los centros y establecimientos sanitarios y se crea el Registro de Morbilidad Asistida en la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, no 35. (2003).

Decreto 233/2010, de 30 de julio, por el que se crean nuevas facultades en la Universidad de Murcia y una Escuela de Ingeniería en la Universidad

Politécnica de Cartagena, por transformación de las actuales Escuelas Universitarias y de la escuela Universitaria de Ingeniería Técnica, como consecuencia de su adaptación al espacio europeo de educación superior. BORM, No 177. (2010). (págs. 43425-43427). Recuperado a partir de:

http://www.um.es/sabio/docs-cmsweb/tablon-enfermeria/borm_3_agosto_2010.pdf

Decreto 106/2004, de 22 de octubre, por el que se establecen los Centros Directivos del Servicio Murciano de Salud. BORM. No 249. (2004), págs. 22501-22502.

Decreto no 146/2011, de 8 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y Política Social. BORM. No 157. (2011), págs. 32665-32668.

Decreto 79/2003, de 11 de julio, por el que se establecen los Centros Directivos del Servicio Murciano de Salud. BORM. No 160. (2003), págs. 13547 - 13548. Recuperado a partir de:

<http://www.exfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/34293-Borm2003-N160-P13547.pdf>

Del Campo Pérez, V. et al. (2008). Aplicación de la escala NEMS en la cuantificación del trabajo de enfermería en una UCI polivalente. *Enferm Glob*, (13): 1-14.

Del Olmo-Núñez SM, Casas-de la Cal L, Mejías-Delgado A. (2007). El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clín*, 17 (3): 142-145.

Delaney C, Reed D and Clarke M. (2000). Describing patient problems & nursing treatment patterns using nursing minimum data sets (NMDS & NMMDS) & UHDDS repositories (págs. 176-179). Presented at the Proc AMIA Symp.

Delaney, Connie y Moorhead S. (1995). The nursing minimum data set, standardized language, and health care quality. *J Nurs Care Qua*, 10 (1): 16-30.

Devine, EC and Werley, HH. (1988). Test of the nursing minimum data set: availability of data and reliability. *Rev Nurs Health*, 11 (2): 97-104.

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. (2007). Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. (2003). Manual de Procedimientos Enfermeras Comunitarias de enlace: Objetivos/actividades. Versión 3. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. (2004). Cuaderno para la continuidad de cuidados. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Disch, J. (2002). Collaboration is in the eye of the beholder. *Journal on Quality Improvement*, 23: 233- 234.

Domingo Pozo, M et al. (2005). Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero. *Enferm Clin*, 15 (5): 267- 274.

Domingo Pozo, Manuela. (2011). Modelo Alicante: Continuidad de Cuidados. Departamento de Salud Alicante- Hospital General. Estándares en cuidados. Recuperado Julio 8, 2011, a partir de:
<http://estandaresencuidados.blogspot.com/>

Doohterman, Joanne McCloskey y Gloria M. Bulecheke. (2007). *Clasificación Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (4ª ed.). Madrid: Elsevier Mosby.

Duarte, G. et al. (2002). La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. *Bol Enferm Comunit.*, 8 (2): 27-28.

Egea González, S.C.y Bravo Esteban, A.M. (2007). Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología. *ENFURO*, 104: 6-10.

El Servicio Murciano de Salud apuesta por el modelo de nube privada - Computerworld. (2011). Computerworld. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de <http://www.idg.es/computerworld/El-Servicio-Murciano-de-Salud-apuesta-por-el-model/seccion-sanidad/noticia-106942>

Elisa, R. and Heimar, M. (2006). Nursing minimum data set: A literature review. *Stud Health Technol Inform*, 122: 734- 737.

EMCA. (2011). EMCA Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de: <http://www.programaemca.org/emca/index.html>

Errasti, F. (1996). *Principios de Gestión Sanitaria*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.

Explotación del registro de altas CMBD del Sistema Nacional de Salud. Notas metodológicas y glosario de términos. (2010). Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado a partir de: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd/informes/notasMetodologicas.htm>

Fernández Collado, Epifanio. (2003). Plan de enseñanza de Enfermería por competencias en la Universidad Europea de Madrid. *Educare21*. Recuperado a partir de Disponible en:

<http://enfermeria21.com/educare/educare03/ensenando/ensenando1.htm>

Fernández Collado, Epifanio. (2007). Competencias clínicas en Enfermería: modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica. *Educare21*. Recuperado a partir de:

http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2007/33/ensenando1.pdf

Fernández Díaz, JM. (2002). La gestión de costes ABC: un modelo para su aplicación en hospitales. *Gestión y Evaluación de costes sanitarios*, 3 (2): 125-133.

Fernández Molina, Miguel Ángel. (2011, Marzo 28). El informe enfermero llega a Primaria gracias al historial electrónico. *Publicación de Directivos de la Salud*, (28). Recuperado a partir de:

<http://directivos.publicacionmedica.com/noticia/el-informe-enfermero-llega-a-primaria-gracias-al-historial-electronico>

Fernández Moyano, Antonio y Ollero Baturone, Manuel. (2010). Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. *Rev Esp Salud Pública*, 84 (4): 349-351.

Fernández Rodríguez, V et al. (2007). Enfermeras hospitalarias de enlace (Gestoras de Casos). *Enferm Glob*, 6 (10): 1-11.

Fernández, MA. et al. (2003). Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enferm Clín*, 13: 137-144.

Ferrer Virginia, José Luis Medina y Caterina Lloret. (2003). *La complejidad en Enfermería. Profesión, gestión, formación*. Barcelona: Laertes. Psicopedagogía.

Ferrús et al. (2001). Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de Enfermería: variabilidad y homogeneidad de los cuidados enfermeros. *Enferm Clín*, 11 (6): 239- 246.

Ferrús Lena, Gisela Honrado y Dolors Pintado. (2000). Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de enfermería: estudio descriptivo. *Enferm Clín*, 10: 192-199.

Ferrús, L., G. Honrado y M. T. Pescador. (2000). Intensidad de cuidados durante las estancias hospitalarias inapropiadas: Project Research in Nursing Appropriateness Evaluation Protocol. *Gac Sanit*, 14 (3): 210-217.

Ferrús, L. (1999). La medida del producto hospitalario: el PRN como herramienta complementaria a los GRD. *Enferm Clín*, 9 (5): 213-216.

FFIS de la Región de Murcia. (2011). FFIS - Inicio. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de <http://www.ffis.es/index2.php>

FFIS de la RM. (2010). Memoria Anual 2010. Consejería de sanidad y consumo. Recuperado a partir de: http://www.ffis.es/ups/Memoria_FFIS_2010.pdf

Flores, Benito et a. (2004). Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un servicio de cirugía general. *Rev Calid Asist*, 19 (7): 443-445.

Freeman, G. et al. (2007, London). Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? National Coordinating Centre for Service Delivery and Organization.

Freeman, GK.; Olesen, F.; Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice?. *Family Practice*, (20): 623–627.

Galbraith, J. (1973). *Designing complex organizations*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company. Recuperado a partir de http://books.google.es/books?id=FUe3AAAIAAJ&q=Designing+complex+organizations&dq=Designing+complex+organizations&hl=es&ei=9rJOTpWQKtG28QPdyuHaBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA

García Pérez AM., Díaz García M., García Aroca M., Díaz Cazorla JJ. (2009). Calidad en continuidad de cuidados. Presentado en el VII Congreso Regional de Calidad Asistencial, Cartagena, Universidad Politécnica Campus Muralla del Mar Edificio Antiguo Hospital de Marina.: Sociedad Murciana de Calidad Asistencial. Recuperado a partir de <http://www.programaemca.org/emca/biblioteca/historico/VII%20Congreso%20Regional%20Calidad%20Asistencial.pdf>

García, Rolando. (1991). *La investigación interdisciplinaria de sistemas complejos*. Serie Materiales 1/91 ed. México- Buenos Aires: CEA.

García-Alegría, J y A. Jiménez-Puente. (2005). El informe de alta hospitalaria: utilidades y propuestas de mejora. *Rev Clín Esp*, 205 (2): 75-78.

Gervás, J. (2008). La gestión de casos y de enfermedades y la mejora de la coordinación y la atención sanitaria en España. *Gac Sanit*, 22 (Supl 1): 163-168.

Gérvas, JJ. (1987). El derecho del paciente al acceso a su historia clínica. *Med Clín (Barc)*, 89 (9): 398.

Gómez Pesquera, Carmen. (2008). La enfermera comunitaria de enlace. *JANO*, 7-13 (1685): 27-30.

Gómez Ruíz M., Gómez Sánchez R., Rodríguez Mondéjar JJ., Pina Nicolás B., Campuzano Adan L., Núñez Martínez MF. (2009). Informe de continuidad asistencial entre enfermería de centro de salud de atención primaria y servicio de urgencias. Presentado en el VII Congreso Regional de Calidad Asistencial, Cartagena, Universidad Politécnica Campus Muralla del Mar Edificio Antiguo Hospital de Marina.: *Sociedad Murciana de Calidad Asistencial*. Recuperado a partir de:

<http://www.programaemca.org/emca/biblioteca/historico/VII%20Congreso%20Regional%20Calidad%20Asistencial.pdf>

Gómiz León, Elena. (2007). El profesional de enfermería, por la gestión del riesgo, hacia la seguridad del paciente. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 10 (1): 63-64.

González Torres, Pilar Lourdes, Adenso Díaz Fernández y Virginia García Fernández. (1999). Estimación de cargas de trabajo en enfermería hospitalaria: Una visión desde la ingeniería industrial. La gestión de la diversidad: *XIII Congreso Nacional, IX Congreso Hispano-Francés* (Vol. 2, págs. 127-132). Logroño (La Rioja), 16, 17 y 18 de junio, 1999: coord. por Juan Carlos Ayala Calvo.

González, Julia; Wagenaar, Robert (ed.). (2003). *Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final Fase Uno*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Goossen, W. et al. (1998). A Comparison of Nursing Minimal Data Sets. *J Am Med Inform*, 5 (2): 152-163.

Goossen, W. et al. (2000). Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. *J Adv Nurs*, 31 (3): 536-547.

Goossen, W. et al. (2001). Using the nursing minimum data set for the Netherlands (NMDSN) to illustrate differences in patient populations and variations in nursing activities. *Int J Nurs Stud*, 38: 243-257.

Goossen, W. et al. (2003). Validity and reliability of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN). *Scand J Caring Sci*, 17: 19-29.

Goossen, W.T.F. (2002). Statistical analysis of the nursing minimum data set for the Netherlands. *Int J Med Inform*, 68: 205-218.

Gordon, M. (2000). Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cult Cuid*, 7-8: 128-138.

Grávalos Castro, C. et al. (2007). Costes de los tratamientos de quimioterapia con oxaliplatino. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, 8 (1): 50-58.

Griens AMGF, Goossen WTF and Van der Kloot WA. (2001). Exploring the Nursing Minimum Data Set for The Netherlands using multidimensional scaling techniques. *J Adv Nurs*, 36 (1): 89-101.

Grifell, E.; Carbonell, JM; Infiesta, F. (2002, Barcelona). *Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica*. CHC Consultoria i Gestió.

Grol, R. (2004). Improving the quality of medical care. *JAMA*, 286(20): 2578-2585.

Grupo de trabajo SAS-ASANEC. (2005). Documento Marco: Continuidad de cuidados. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Guerrero Castillo, Juan José. (2005). ¿El Cuidar, los GDRs y los Planes de Cuidados en los Hospitales? Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga). *Cuidados de Enfermería*. Recuperado Julio 8, 2010, a partir de http://www.cuidadosdeenfermeria.com//index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=21

Gulliford, MC.; Naithani, S.; Morgan, M. (2007). Continuity of care and intermediate outcomes of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract*, 24 (3): 245-251.

Haggerty, JL et al. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, (327): 1219-1221.

Henao, D et al. (2009). Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit*, 23 (4): 280-286.

Henao-Martínez, Diana et al. (2008). Integración Asistencial de Dos Organizaciones en Cataluña, España. *Rev Salud Pública*, 10 (1): 33- 48.

Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P y M Estaban-Albert. (2003). *Fundamentos de la enfermería*. 2^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Jiménez, L.; Torres, R. (2008). Coordinación internivel: proceso clave para la calidad asistencial. *Aten Primaria*, Cartas al director, 40 (6): 311-318.

Jodar-Solà, G. (2005). Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *JANO*, 28 (1582): 55 - 56.

Johnson, Marion et al. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Barcelona: ELSEVIER.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2002). *Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical / Health Care Error Reduction*. Oakbrook Terrace; IL:JCAHO.

Junger A, et al. (2004). Modeling, the essential step to consolidate and integrate a national NMDS. *Med Info*, 11 (1): 521-524.

Kérouac, S et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Koont, H; Weihricih, H. (1990). *Administración de enfermería*. México: Interamericana.

Lamata Cotanda, Fernando. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos. Recuperado a partir de http://books.google.com/books?id=seYYA8x4XewC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Leal Llopis J., Paredes Sidrach De Cardona A., Jiménez Jiménez J., Crespo Carrión MJ., Clemares García MA., Hernández Ferrándiz MC. (2009). Evaluación de los informes de continuidad de cuidados en un Hospital General Universitario. Presentado en el VII Congreso Regional de Calidad Asistencial, Cartagena, Universidad Politécnica Campus Muralla del Mar Edificio Antiguo Hospital de Marina.: *Sociedad Murciana de Calidad Asistencial*. Recuperado a partir de: <http://www.programaemca.org/emca/biblioteca/historico/VII%20Congreso%20Regional%20Calidad%20Asistencial.pdf>

Leske, J.S. y Werley, H.H. (1992). Use of the nursing minimum data set. *Comput Nurs*, 10 (6): 259-263.

Letelier, MJ et al. (2010). Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. doi:doi: 10.1016/ j.gaceta.2010. 03.010

Leutz, WN. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, (77): 77- 110.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Martes 29 de abril 1986. BOE nº 102: págs. 15207-15224.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128. (2003): págs. 20567-20588.

Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. No 243. (1994). Recuperado a partir de <http://www.carm.es/chac/interleg/ley04-94.pdf>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, n.º 274. (2002): págs. 40126-40132.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280. (2003), págs. 41442 - 41458.

Ley 5/2001, 5 diciembre, del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. BORM no 294. (21 de diciembre), págs. 1-62.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301. (2003), págs. 44742 - 44763.

Librero J., R. Ordiñana y S. Peiró. (1998). Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. *Gac Sanit*, 12 (1): 9-21.

Lledó Rafael y Antonio Torres. (2001). La coordinación entre niveles asistenciales. Editorial. *Rev Calid Asist*, 16: 232 - 233.

López Montesinos, MJ et al. (2004). Análisis de la nueva propuesta educativa para la Ecuación Superior: Opinión sobre el documento de convergencia europea desde la perspectiva del alumnado de la diplomatura de Enfermería. *Enferm Glob*. Noviembre 5 (secc. Reflexiones-Ensayos): 1-11.

López Montesinos, MJ. (1998). Administrar en Enfermería, hoy. Murcia: Universidad de Murcia.

López Montesinos, MJ et al. (1999). Necesidad de horas de atención de Enfermería para una calidad asistencial. *Enferm Cientif*, 204-205: 65-67.

López Montesinos, M^a José et al. (2001). Evaluación de la calidad de los registros de enfermería. *Enferm Cient*, 228-229: 90-93.

Lorenz, AD; Mannksch, LB; Gawinski, BA. (1999). Models of collaboration. *Health Care Management Review*, 26 (2): 401-410.

Lucendo Villarín, Alfredo J y Jesús Noci Belda. (2004). El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Enferm Clín*, 14 (3): 184.

Mac Neela Pádraig, P. Anne Scott, Margaret P Treacy and Abbey Hyde. (2006). Nursing minimum data set: a conceptual analysis and review. *Nursing Inquiry*, 13 (1): 44-51.

Maciá Soler L., Joaquín Moncho y M^a José López Montesinos. (2010). Variabilidad intra GRD relacionada con los servicios de Enfermería. *Enferm Glob*, Febrero 18 (secc. Administración - Gestión - Calidad): 1-12.

Maciá Soler, Loreto et al. (2006). Espacio Europeo de Educación Superior. Situación actual. Marco Legislativo. *Enferm Glob*, Mayo 8 (secc. Docencia): 1-11.

Maciá Soler, Loreto y Joaquín Moncho. (2003). Enfermería y Espacio Europeo de Educación Superior. Análisis de la situación actual. *Enferm Glob*, Mayo 2 (secc. Reflexiones-Ensayos): 1-4.

Malone, TW; Crowston, K. (1991). Toward an interdisciplinary study of coordination. MIT: Center for Coordination Science.

Marriner Tomey, Ann. (2009). *Guía de gestión y dirección de Enfermería*. 8^o ed. Barcelona: Elsevier Mosby.

Martínez Riera, José Ramón y Ángela Sanjuán Quiles. (2009). ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?. *Rev Adm Sanit*, 7 (4): 661 - 682.

Martínez, C. et al. (2003). Dificultades en la valoración enfermera. *Enferm Clín*, 13, 195-201.

Medina, José Luis y Silvana Castillo. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, 15 (2): 303-311.

Medina, José Luis. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes. Psicopedagogía.

Medina, José Luis. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder*. La enseñanza de la enfermería. Universitat de Barcelona.

Mena, F.J. et al. (2001). ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero?. *Rev Rol Enf*, 24: 137-139.

Ministerio de Educación. (2011). Bolonia EEES: ¿Qué es el Proceso de Bolonia? Bolonia. Espacio Europeo de Educación Superior. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de:

<http://www.educacion.gob.es/boloniaeees/que.html>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1990, Noviembre). Gestión analítica. Hacia la contabilidad Analítica en los hospitales.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994, Febrero). Hacia el coste por paciente. Gestión Analítica. SIGNO II.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). La seguridad del paciente en 7 pasos. MSC.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Programa Ingenio 2010. Presidencia del gobierno.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General del SNS. Conjunto mínimo básico de datos: definiciones. Anexo 1 a la resolución de 24 de enero de 1992 dirigida a los hospitales del Insalud-GD. Madrid, 1992.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Proyecto Real Decreto por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009a). Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009b). El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009c). Estándares de Calidad de cuidados para la seguridad del paciente en hospitales de SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de sanidad y Política Social.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2006). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad - Gabinete de Prensa - Notas de Prensa. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de:

<http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1745>

Mintzberg, H. (2005). La estructuración de las organizaciones (8o ed.). Barcelona: Ariel. Recuperado a partir de:

http://books.google.es/books?id=9Xs5hN2QY04C&printsec=frontcover&dq=la+estructuracion+de+las+organizaciones&hl=es&ei=ujE1TunHMsqp8AOX1digDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=la%20estructuracion%20de%20las%20organizaciones&f=false

Moorhead, Sue et al (ed.). (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Libro Google (4ª ed.). Barcelona: Elsevier Mosby.

Morales Asencio, José Miguel. (2001). Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm*, (44-45): 37-41.

MSC. (2009). Proyecto Real Decreto por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

MSYPS. (2007). Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España. Proyecto AP-21. Ministerio de Sanidad y Política Social 2007-2010. Recuperado a partir de Disponible en:
http://www.msps.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

Murcia ampliará su programa de enfermería gestora de casos | GacetaMedica.com. (2011). *Gaceta Médica*. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de:
<http://www.gacetamedica.com/articulo.aspx?idart=534884&idcat=702&tipo=2>

Murcia Salud. (2009). Recuperado a partir de:
<http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=172032&idsec=66>

Murcia Salud. (2011). Sanidad apuesta por las gerencias únicas para mejorar la coordinación entre centros de salud y hospitales. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de:
<http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=172032&idsec=66>

NANDA. (1999). *Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación 1999-2000*. Madrid: Harcourt S.A.

Navarro Peran MA., Hernández Méndez S., Sanz Peñalver MA., Robles Brabezo JM., Marcelo Canalejo M., García Abad S. (2009). Origen y desarrollo de la Comisión de cuidados de Enfermería en el área III del

servicio murciano de salud. Presented at the VII Congreso Regional de Calidad Asistencial, Cartagena, Universidad Politécnica Campus Muralla del Mar Edificio Antiguo Hospital de Marina.: *Sociedad Murciana de Calidad Asistencial*. Recuperado a partir de:

<http://www.programaemca.org/emca/biblioteca/historico/VII%20Congreso%20Regional%20Calidad%20Asistencial.pdf>

Navarro-Arnedo JM, Orgiler-Uranga PE, De Haro-Marín S. (2006). Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción y cumplimentación de los colectivos implicados. *Enferm Clín*, 16 (4): 190-197.

Naylor, MD. et al. (1999). Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders. A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 281: 613-620.

Nieto-Olivares I, Bernal-Madrid R, López-Vargas F, Paredes- Quiñonero I, Piqueras-González R. (2007). Evaluación y mejora de la calidad de los informes de Enfermería al alta en el servicio de urgencias de Mazarrón. *Presented at the VI Congreso Regional de Calidad Asistencial*, Murcia.

OCDE. (2009). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Recuperado Julio 25, 2011, a partir de http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html

OECD, Spain. (2011). Recuperado Noviembre 4, 2011, a partir de http://www.oecd.org/country/0,3731,en_33873108_33873806_1_1_1_1_1,00.html

OMS. (2001, Diciembre 5). Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. EB109/9.

OMS. (2005, 2006). Reto mundial en pro de la seguridad del paciente: una atención limpia es una atención más segura. Alianza mundial para la seguridad del paciente.

Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero. BOE núm. 174. (2008): págs. 31680- 31683.

Orden de 23 de marzo de 1999 por la que se crea la Unidad de Referencia de los CMBD Sociosanitarios. Diario Oficial de Galicia, no 73. (1999): pág. 4.514.

Orden de 7 de noviembre de 1986, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta médica. DOGC núm. 774.

Orden de 8 de octubre de 1992, de la Consellería de Sanidad y Consumo, por la que regula el conjunto mínimo básico de datos a utilizar en la información hospitalaria. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, no 1891. (1992): pág. 10661.

Orem, Dorothea E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica* (4^a ed.). Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1973). Sistema de información sanitaria: Who. Health Information Systems. Report on a conference. Copenhagen.

Pardo, Ricardo et al. (2005). Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. *Rev Calid Asist*, 20 (4): 211- 215.

Parker, G.; Corden, A.; Heaton, J. (2010, Southampton). Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care: report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organization programme. National Institute for Health Research Evaluations, Trials and Studies Coordinating Centre.

Peiró, S. (2007). De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. Gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson. Recuperado a partir de:

http://books.google.es/books?id=Yk5ORAZzYa0C&printsec=frontcover&dq=Gesti%C3%B3n+cl%C3%ADnica+y+sanitaria&hl=es&ei=rjU1TtbiAo608QPpt5mhDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Peiró, S. y Librero, J. (1999). Evaluación de calidad a partir del conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria. *Rev Neurol*, 29 (7): 651-661.

Peiró, Salvador. (1998). Evaluación de calidad a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) al alta hospitalaria. Presentado en el *Seminario sobre Gestión y Asistencia Neurológica*, Granada.

Pereda Marín, S. (1987). Psicología experimental. I. Metodología. (Ediciones Pirámide.). Madrid.

Pérez Hernández, RM. et al. (2005). La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun*, 1 (1): 43-48.

Pérez Soler, C et al. (2004). Adaptación de la «Guía práctica clínica de cuidados de enfermería al adulto» al programa informático OMI-AP. *Enferm Clín*, 14 (1): 46-50.

Pilnick, A.; Dingwall, R.; Starkey, K. (2001). Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bull WHO*, 79: 755-763.

Pineault, R. (1994). *Planificación sanitaria*. Barcelona: Masson.

Puig, Junoy. (2002). Integración asistencial y capitación. *Economía y salud*, (44): 1-2.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (2006).

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE núm. 260. (2007): págs. 44037- 44048.

Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 21. (2000): págs. 3134-3148.

Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 91. (1987), págs. 11379-11383.

Reid, R.; Haggerty, J.; McKendry, R. (2002, Ottawa). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Canadian Health Services Research Foundation.

Resolución de 22 de junio de 2006, de la Secretaría General del Consejo de Coordinación Universitaria, por la que se da publicidad a la relación de los programas oficiales de posgrado, y de sus correspondientes títulos, cuya implantación ha sido autorizada por las comunidades autónomas. BOE no 157. (2006): págs. 24990-25010.

Resolución de 26 de abril de 1994, de la Universidad de Murcia, por la que se hace público el plan de estudios de Diplomado en Enfermería. BOE no 119. (1994): págs. 15480-15487.

Ricart Conesa, Asumpta y Ricardo Abizanda Campos. (2009). *Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) para los servicios de Medicina Intensiva: propuesta para un instrumento de gestión*. INTENSIVOS, Libro Electrónico de Medicina Intensiva. Recuperado a partir de <http://intensivos/uninet.edu/04/0408.html>

Rich Ruiz, M. et al. (2003). Estimación de los costes de Enfermería en el proceso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Enferm Glob*, Mayo 2 (secc. Administración-Gestión-Calidad): 1-6.

Rivera Cuadrado, A. (1999). Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Madrid.

Rivero C et al. (2002). *Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Madrid: MSC.

Rivero C, Agustín. (2000). Una aproximación a los pesos españoles de los GDR'S en el sistema nacional de salud. Subdirección General de Programas. MSC. Recuperado a partir de: <http://www.conganat.org/seis/inforsalud99/m08/001.htm>

Rocafort, A; Martín, F. (1994). El control contable de la gestión empresarial. La propuesta ABC/ABM. *Técnica Contable*, 545.

Rodríguez Valencia, Joaquín. (2003). *Introducción a la administración con enfoque de sistemas* (4ª ed.). México: International Thomson.

Román Cereto, M. et al. (2005). Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clín*, 15 (3): 163- 167.

Ruiz Gómez, M. Carmen. (2005). Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hospitalaria. Biblioteca Lascasas. Recuperado a partir de:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.php>

Salvador Oliván, José Antonio. (1997). Sistemas de información hospitalarios: el C.M.B.D. *Scire*, 3 (2): 115-130.

Sánchez Martínez A., Sáez Soto AR., Guirao Sastre JM., Zamorano Gallego P., Ló Pellicer L., Campillo García E. (2009). Diseño de la calidad: normalización de procedimientos. Presented at the VII Congreso Regional de Calidad Asistencial, Cartagena, Universidad Politécnica Campus Muralla del Mar Edificio Antiguo Hospital de Marina.: *Sociedad Murciana de Calidad Asistencial*. Recuperado a partir de:

<http://www.programaemca.org/emca/biblioteca/historico/VII%20Congreso%20Regional%20Calidad%20Asistencial.pdf>

Sánchez Ros, N.; Reigosa Gago, L. F. (2006). SELENE. Informatización de la Historia Clínica Electrónica: Implicación sobre el Proceso de Enfermería, 5(8). Recuperado a partir de:

<https://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/458/429>

SAS. (2004). Cuaderno de Continuidad de Cuidados. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Saturno, P.J. (2001). Fases de construcción de una encuesta. Manual de Master en Gestión de Calidad de los Servicios de Salud. UT 34. Universidad de Murcia.

Saturno, P.J. (2008a). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. MSC.

Saturno, P.J. (2008b). Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. MSC. Recuperado a partir de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

Saultz, JW. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*, 134-143.

Sebastián Viana, Tomás et al. (2009). Impacto de la codificación de información de enfermería en el peso medio de los grupos relacionados con el diagnóstico y su repercusión en la facturación de un hospital. *Gac Sanit*, 23 (1): 55-57.

Seoane, José Antonio. (2002). ¿A quién pertenece la Historia Clínica?. *Derecho y Salud*, 10 (2): 231-254.

Sermeus, W. et al. (1994). *The Nursing Minimum Data Set in Belgium: a basic tool for the tomorrow's health care management*. K.U.Leuven: Centre for Health Services Research.

Sermeus, W. et al. (2002). Updating the Belgian Nursing Minimum Data Set: framework and methodology. *Acta Hops*, 93: 89-93.

Sermeus, W. et al. (2004). A nation-wide project for the revision of the Belgian nursing minimum dataset: from concept to implementation. *Stud Health Technol Inform*, 110: 21-26.

Sermeus, W. et al. (2005). Revising the Belgian Nursing Minimum Dataset: from concept to implementation. *Int J Med Inform*, 74 (11-12): 946-951.

Sermeus, W. et al. (2006). Revision of the Belgian Nursing Minimum Dataset: From data to information. *Stud Health Technol Inform*, 122: 616-618.

Sermeus, W. et al. (2007). From a Belgian Nursing minimum dataset to a nursing cost-weight per DRG. *BMC Health Services Research*, 7 (Suppl 1): A6. doi:10.1186/1472-6963-7-S1-A6

Sermeus, W. et al. (2008). Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *Int J Nurs Stud*, 45 (7): 1011-1021.

Sermeus, W. et al. (2009). Using Nursing Interventions Classification as a Framework to Revise the Belgian Nursing Minimum Data Set. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20 (3): 122- 131.

Serrano Sastre, Rosario et al. (1997). Estandarizar los cuidados, cuando lo hecho es válido. *Rev Rol Enf*, 227-8: 23-31.

Serrano Sastre, Rosario et al. (2000). Correspondencia entre los problemas de salud y los cuidados de enfermería al ingreso del paciente. *Enferm Clín*, 10: 47-56.

Servicio Canario de Salud. (s/f). Perfil de la Enfermería Comunitaria de enlace. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Shelton, P. et al. (2001). Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois Sit. *J Am Geriatr Soc*, 49: 1600-1605.

Shortell et al. (1996). Remaking health care in America. *Hosp Health Netw*, 70 (6): 43-4, 46, and 48.

Shortell, SM et al. (2000). *Remaking health Care in America* (2^a ed.). San Francisco: Jossey-Bass. Recuperado a partir de:

http://books.google.es/books?id=i5_uAAAAMAAJ&q=Remaking+health+Care+in+America.&dq=Remaking+health+Care+in+America.&hl=es&ei=orJOTpeRKIOw8gOR2pmjBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA

Sicras, Antoni et al. (2001, Diciembre). Reflexiones sobre la definición de un Conjunto Mínimo Básico De Datos De Atención Primaria (CMBD-AP). Discusión y recomendaciones del grupo de trabajo MPAR sobre CMBD-AP. MPAR.

Sierra et al. (2007). Continuidad de cuidados: alta de enfermería. *Enferm Cardiol*, 41: 35-40.

SMS. (2011). Murcia Salud. Centros Sanitarios. Recuperado Noviembre 5, 2011, b a partir de <http://www.murciasalud.es/caps.php?idsec=6>

SMS. (2011). Murcia Salud. Organigrama de la Consejería de Sanidad y Política Social / Servicio Murciano de Salud. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de:

<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=3015&idsec=817>

SMS. (s.f.). Murcia Salud. Portal sanitario de la Región de Murcia. Recuperado Noviembre 5, 2011, a partir de:

<http://www.murciasalud.es/principal.php>

Starfield, B. (1980). Continuous confusion. *Am J Public Health*, 70 (2): 117-119.

Starfield, B. (2002). *Coordinación de la atención en salud*. En: Starfield B, editor. *Atención primaria*. Barcelona: Masson.

Terraza, R et al. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, 20 (6): 485-495.

The National Quality Forum. (2007). Safe practices for better health care. Washington: NQF.

Thibault, C. (1990). Les systèmes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers. Montréal, Québec: Association des Hôpitaux du Québec.

Tilquin, Ferrús y Portella. (1992). Estrategias de medida de los cuidados de Enfermería. *Gac Sanit*, 29 (6): 71-77.

Trenado Luengo, Boris. (2009). Papel de la enfermera de enlace. *Nursing*, 27 (6): 58 - 60.

Turtiainen, A.M. et al. (2000). The cross-cultural adaptation of the Belgium Nursing Minimum Data Set to Finnish nursing. *J Nurs Manag*, 8: 281-282.

Ubé, José Manuel et al. (2006). Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Investigación*, 24: 1-23.

Urruela Mora, Asier. (2006). Aspectos legales de los sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. *Presented at the Conferencia Internacional sobre Seguridad del Paciente*, Madrid.

Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJP. (2001). Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy*, 55 (2): 111-120.

Van Herck Pieter et al. (2009). Development and validation of nursing resource weights for the Belgian Nursing Minimum Dataset in general hospitals: A Delphi questionnaire survey approach. *Int J Nurs Stud*, 46: 256-267.

Volrathongchaik, Delaney C. W. and Phuphaibul R. (2003). Nursing Minimum Data Set development and implementation in Thailand. *J Adv Nurs*, 43 (6): 588-594.

Werley, Harriet H. et al. (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction tool for Standardized, Comparable, Essential Data. *Am J Public Health*, 81 (4): 421-426.

Yetano Laguna, Javier y Eva Larraudogoitia Zaldumbide. (2007). Documentación clínica. Aspectos legales y fuente de información para las bases de datos hospitalarias. *Rev Esp Cardiol Supl*, 7: 2C-11C.

Zabalegui, A.; Maciá, L.; et al. (2010). Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España (1ª ed.). Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.

Zambrana, J.L et al. (2002). Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. *Rev Calid Asist*, 17 (8): 609 - 612.

Zarate Grajales, Rosa A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm [revista en Internet]*, 13(44), 42-46. doi: 10.4321/S1132-12962004000100009

ANEXOS

ANEXO 1: MARCO LEGAL DE LA REFORMA UNIVERSITARIA ESPAÑOLA

- Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado.

- Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado.

- La legislación española: recoge el objetivo de la libre circulación en los siguientes documentos:

* Orden ECD/2368/2002 por la que se inscribe en el registro de fundaciones la denominada “Fundación Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación de Madrid”

* Real Decreto 1044/2003 del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título (BOE nº 218)

* Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones para las titulaciones de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional (BOE, nº 224)

* Real Decreto 285/2004 de 20 de febrero por el que se regulan las condiciones de homologación y convalidación de títulos y estudios extranjeros de Educación Superior.

* Real Decreto 55/2005 de 21 de enero por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios oficiales de Grado.

* Real Decreto 56/2005 de 21 de enero por el que se regulan los estudios oficiales de postgrado.

- La Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades, sienta las bases precisas para realizar una profunda modernización de la Universidad española.

El nuevo Título VI de la Ley establece una nueva estructuración de las enseñanzas y títulos universitarios oficiales que permite reorientar, con el debido sustento normativo, el proceso anteriormente citado de convergencia de nuestras enseñanzas universitarias con los principios dimanantes de la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. Con la nueva organización de las enseñanzas universitarias, se responde no sólo a un cambio estructural sino que además se impulsa un cambio en las metodologías docentes, que centra el objetivo en el proceso de aprendizaje del estudiante, en un contexto que se extiende ahora a lo largo de la vida.

- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y la reforma universitaria española para adaptarse al Espacio Europeo de Educación Superior.

Se introducen ahora nuevas posibilidades en materia de reconocimiento de créditos por parte de las universidades; se posibilita que las universidades completen el diseño de sus títulos de grado con la introducción de menciones o itinerarios alusivos a una concreta intensificación curricular; se extiende la habilitación para emitir el

preceptivo informe de evaluación en el procedimiento de verificación, además de a la ANECA a otros órganos de evaluación de las comunidades autónomas y, finalmente, se revisan los procedimientos de verificación, modificación, seguimiento y renovación de la acreditación con el fin de dotar a los mismos de una mejor definición.

- El Real Decreto 1509/2008, de 12 de septiembre, regula el Registro de Universidades, Centros y Títulos. También se explica el funcionamiento del RUCT. En el RUCT: se incluirá la información actualizada relativa al sistema universitario español, para lo que se inscribirán en el mismo los datos relevantes relativos a Universidades, Centros y Títulos.

- Real Decreto 1002/2010, de 5 de agosto, sobre expedición de títulos universitarios oficiales, ha comportado que las universidades españolas impartan enseñanzas de Grado, Master y Doctorado conducentes a la obtención de los correspondientes títulos oficiales. Siendo las propias universidades las que creen y propongan, de acuerdo con las reglas establecidas, las enseñanzas y títulos que hayan de impartir incluyendo también la posibilidad de expedir títulos conjuntos con otras universidades españolas o extranjeras.

(Maciá et al., 2006)

ANEXO 2: ADAPTACIONES DE LOS PLANES DE ESTUDIO EN LA DIPLOMATURA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

PLAN 1			PLAN 2			PLAN 3			ECTS	
Materias obligatorias/troncales	Nº de créditos	Duración	Materias obligatorias/troncales	Nº de créditos	Duración	Materias obligatorias/troncales	Nº de créditos	Duración		
Fundamentos de enfermería	44	A	Fundamentos teóricos	4.5	C	Fundamentos teóricos –Historia de la enfermería	9	C	7	
			Historia de la enfermería y documentación	4.5	C					
			Fundamentos metodológicos	4.5	C	Fundamentos metodológicos	4.5	C		3.5
			Fundamentos de los cuidados de enfermería	4.5	C	Fundamentos de los cuidados de enfermería	4.5	C		3.5
Estructura y función cuerpo humano: - Anatomía - Fisiología - Bioquímica Citología e Histología	15	A	Estructura y función I: Anatomía	4.5	C	Estructura y función I: Anatomía	4.5	C	3.5	
			Estructura y función II: Fisiología	4.5	C	Estructura y función II: Fisiología	4.5	C	3.5	
			Bioquímica	4.5	C	Bioquímica	4.5	C	3.5	
			Citología e Histología	4.5	C	Citología e Histología	4.5	C	3.5	
Enfermería psicosocial I	8	A	Ciencias psicosociales aplicadas	6	C	Ciencias psicosociales aplicadas	6	C	4.5	
Enfermería psicosocial II	8	A	Intervención psicosocial en enfermería	4.5	C	Intervención psicosocial en enfermería	4.5	C	3.5	
Enfermería comunitaria I	10	A	Enfermería comunitaria I	4.5	C	Enfermería comunitaria I	4.5	C	3.5	
Microbiología	2	A	Microbiología	4.5	C	Microbiología	4.5	C	3.5	
Bioestadística	4	A	Bioestadística	4.5	C	Bioestadística	4.5	C	3.5	
Enfermería comunitaria II	7	A	Enfermería comunitaria II	4.5	C	Enfermería comunitaria II	4.5	C	3.5	

Tabla 1: Comparación de las asignaturas troncales y obligatorias de los tres Planes de estudios llevados a cabo en la Universidad de Murcia antes de la implantación del EEES (I)

Fuente: Diego Marín, 2000.

Anexos

PLAN 1			PLAN 2			PLAN 3			ECTS
Materias obligatorias/troncales	Nº de créditos	Duración	Materias obligatorias/troncales	Nº de créditos	Duración	Materias obligatorias/troncales	Nº de créditos	Duración	
Enfermería comunitaria III	15	A	Enfermería comunitaria III	14	A	Enfermería comunitaria III	14	A	11
Enfermería Médico-Quirúrgica I	43	A	Enfermería Médico-Quirúrgica I	27	A	Enfermería Médico-Quirúrgica I	27	A	21
Enfermería Médico-Quirúrgica II	18	A	Enfermería Médico-Quirúrgica II	27	A	Enfermería Médico-Quirúrgica II	27	A	21
Farmacología	5	A	Farmacología clínica en enfermería	4.5	C	Farmacología clínica en enfermería	4.5	C	3.5
Nutrición y dietética	5	A	Nutrición y dietética	4.5	C	Nutrición y dietética	4.5	C	3.5
Ética y legislación en enfermería	3	A	Ética y legislación profesional	4.5	C	Ética y legislación profesional	4.5	C	3.5
Enfermería maternal	9	A	Enfermería materno infantil I	8	A	Enfermería maternal	8	C	6
Enfermería infantil	9	A	Enfermería materno infantil II	8	A	Enfermería infantil	8	C	6
Administración de servicios de enfermería	7	A	Administración de servicios de enfermería	7.5	A	Administración de servicios de enfermería	7.5	C	6
Enfermería psiquiátrica y salud mental	6	A	Enfermería psiquiátrica y salud mental	7.5	A	Enfermería psiquiátrica y salud mental	7.5	C	6
Enfermería geriátrica	9	A	Enfermería geriátrica	7.5	A	Enfermería geriátrica	7.5	C	6
			Estrategias metodológicas en enfermería	4.5	C	Estrategias metodológicas en enfermería	4.5	C	3.5
			Educación para la salud en enfermería	4.5	C	Educación para la salud en enfermería	4.5	C	3.5
			Biofísica radiológica en enfermería	4.5	C	Biofísica radiológica en enfermería	4.5	C	3.5

Tabla 2: Comparación de las asignaturas troncales y obligatorias de los tres Planes de estudios llevados a cabo en la Universidad de Murcia antes de la implantación del EEES (II)

Fuente: (AAVV, 2010).

Anexos

OPTATIVAS PLAN 1			OPTATIVAS PLAN 2			OPTATIVAS PLAN 3			
Asignatura	Nº de créditos	Duración	Asignatura	Nº de créditos	Duración	Asignatura	Nº de créditos	Duración	ECTS
Relaciones humanas en los cuidados de enfermería	6	A	Relaciones humanas en enfermería	6	C	Relaciones humanas en enfermería	6	C	3.5
Metodología investigación en enfermería	6	A	Salud integral de la mujer	4.5	C	Salud integral de la mujer	4.5	C	3.5
Educación para la salud en enfermería	6	A	Bioestadística clínica	4.5	C	Bioestadística clínica	4.5	C	3.5
Teoría y modelos de enfermería	6	A	Sociología de la vejez	4.5	C	Sociología de la vejez	4.5	C	3.5
			Cambios demográficos y sociología de la salud	4.5	C	Cambios demográficos y sociología de la salud	4.5	C	3.5
			El trabajo social en las ciencias de la salud	4.5	C	El trabajo social en las ciencias de la salud	4.5	C	3.5

Tabla 3: Comparación de las asignaturas optativas de los tres Planes de estudios llevados a cabo en la Universidad de Murcia antes de la implantación del EEES (I)

Fuente: (AAVV, 2010)

Anexos

OPTATIVAS PLAN 2			OPTATIVAS PLAN 3			ECTS
Asignatura	Nº de créditos	Duración	Asignatura	Nº de créditos	Duración	
Antropología social	6	C	Antropología social	6	C	4.5
Bases biológicas de la respuesta sexual humana	4.5	C	Fundamentos biológicos y psicosociales de la sexualidad humana	4.5	C	3.5
Cuidados en enfermería a pacientes situación terminal	6	C	Cuidados en enfermería a pacientes situación terminal	6	C	4.5
Evaluación calidad admón. Cuidados recursos enfermería	4.5	C	Hacia una calidad asistencial en enfermería	4.5	C	4.5
Enfermería y drogodependencia	5	C	Enfermería y drogodependencia	5	C	4
Profundización en los diagnósticos de enfermería	6	C	Profundización en los diagnósticos de enfermería	6	C	4.5
Perspectiva transcultural cuidados salud Europa	10	C	Perspectiva transcultural cuidados salud Europa	10	A	7.5
Bioética	6	C	Bioética	6	C	4.5
			Cuidados de enfermería a personas con necesidades especiales	4.5	C	3.5

A: anual

ETCS: Sistema de transferencia de créditos europeos. Programa Sócrates/Erasmus

C: cuatrimestral

Tabla 4: Comparación de las asignaturas optativas de los tres Planes de estudios llevados a cabo en la Universidad de Murcia antes de la implantación del EEES (II)

Fuente: (AAVV, 2010).

ANEXO 3: GRADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

CURSO	COD.	NOMBRE	TIPO	DUR.	CRED.	TEO.	PRAC.
1º	2599	Anatomía Humana	FORMACION BASICA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
1º	2600	Biología Celular e Histología	FORMACION BASICA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
1º	2601	Bioestadística	FORMACION BASICA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
1º	2602	Historia y Fundamentos Teóricos de la Enfermería	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
1º	2603	Fundamentos Básicos	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 3	3	3	0
1º	2604	Fundamentos Metodológicos I	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 3	3	3	0
1º	2605	Bioquímica	FORMACION BASICA.	CUATR.(2) 6	6	6	0
1º	2606	Fisiología Humana	FORMACION BASICA.	CUATR.(2) 6	6	6	0
1º	2607	Microbiología	FORMACION BASICA.	CUATR.(2) 6	6	6	0
1º	2608	Nutrición Humana	FORMACION BASICA.	CUATR.(2) 6	6	6	0
1º	2637	Biofísica, Radiología y Medicina Física	FORMACION BASICA.	CUATR.(2) 6	6	6	0
2º	2609	Bases de Enfermería Comunitaria y Educación Para la Salud	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
2º	2610	Enfermería, Discapacidad y Dependencia	OBLIGATORIA.	CUATR.(2) 3	3	3	0
2º	2611	Farmacología Humana	FORMACION BASICA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
2º	2612	Ciencias Psicosociales Aplicadas A los Cuidados de Enfermería	FORMACION BASICA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
2º	2613	Cuidados Paliativos	OBLIGATORIA.	CUATR.(2) 3	3	3	0
2º	2614	Enfermería del Adulto 1	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
2º	2615	Atención A la Salud de la Comunidad	OBLIGATORIA.	CUATR.(2) 6	6	6	0
2º	2616	Ética, Bioética y Legislación en Enfermería	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	6	0
2º	2617	Enfermería del Adulto 2	OBLIGATORIA.	CUATR.(2) 6	6	6	0
2º	2618	Prácticas Clínicas I	PRACTICAS.	CUATR.(2) 12	12	12	0

Tabla 5: Asignaturas del 1er Ciclo del Grado de Enfermería de la Universidad de Murcia (I)

Fuente: AAVV, 2010.

CURSO	COD.	NOMBRE	TIPO	DUR.	CRED. TEO. PRAC.		
3º	2619	Enfermería y Salud de la Mujer	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	0	0
3º	2620	Enfermería de la Infancia y la Adolescencia	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	0	0
3º	2621	Enfermería del Envejecimiento	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	0	0
3º	2622	Enfermería de Salud Mental	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	0	0
3º	2623	Habilidades Directivas y Gestión de la Calidad en Enfermería	OBLIGATORIA.	CUATR.(1) 6	6	0	0
3º	2624	Fundamentos Metodológicos 2	OBLIGATORIA.	CUATR.(2) 3	3	0	0
3º	2625	Cuidados Críticos	OBLIGATORIA.	CUATR.(2) 3	3	0	0
3º	2626	Antropología de los Cuidados y Culturas de la Salud	OPTATIVA.	CUATR.(2) 3	3	0	0
3º	2627	Cambios Demográficos y Sociología de la Salud	OPTATIVA.	CUATR.(2) 3	3	0	0
3º	2628	Sociología de la Vejez	OPTATIVA.	CUATR.(2) 3	3	0	0
3º	2629	Prácticas Clínicas 2	PRACTICAS.	CUATR.(2) 18	18	0	0
3º	2630	Cooperación Al Desarrollo e Inmigración	OPTATIVA.	CUATR.(2) 3	3	0	0
4º	2631	Práctica Clínica y Enfermería Basada en la Evidencia	PRACTICAS.	CUATR.(1) 6	6	0	0
4º	2632	Trabajo Fin de Grado	TRABAJO FIN.	CUATR.(2) 6	6	0	0
4º	2633	Prácticum 1	PRACTICAS.	ANUAL	12	0	12
4º	2634	Prácticum 2	PRACTICAS.	ANUAL	12	0	12
4º	2635	Prácticum 3	PRACTICAS.	ANUAL	12	0	12
4º	2636	Prácticum 4	PRACTICAS.	ANUAL	12	0	12

Tabla 6: Asignaturas del 1er Ciclo del Grado de Enfermería de la Universidad de Murcia (II)

Fuente: (AAVV, s.f.).

ANEXO 4: COMPETENCIAS ENFERMERAS

Competencias que los estudiantes de enfermería deben adquirir:

1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.

4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.

5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.

6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.

7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e

independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.

8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud –enfermedad.

9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.

10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.

11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.

12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.

13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.

14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico–técnicos y los de calidad.

15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

16. Conocer los sistemas de información sanitaria.

17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.

18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

(ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio).

ANEXO 5: LÍNEAS DE TRABAJO INTERNACIONAL DEDICADAS A LA CONSOLIDACIÓN DEL LENGUAJE COMÚN PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

En la actualidad, se está consolidando un lenguaje común para la práctica enfermera a nivel internacional, mediante varias líneas de trabajo:

ASOCIACIÓN	DEFINICIÓN	WEB
ACENDIO	La Asociación Europea para Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería Comunes en Europa (ACENDIO) es una organización creada en 1995 para promover el desarrollo de un lenguaje profesional enfermero y proporcionar una red a través de Europa, para las enfermeras interesadas en el desarrollo de un lenguaje común que describa la práctica enfermera.	http://www.acendio.net/
AFEDI	Association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats Infirmiers. Tiene por objetivo la promoción y el enriquecimiento de los diagnósticos de enfermería.	http://www.acendio.net/

CNC&CE	El Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness fue establecido en 1995 en el College of Nursing de la Universidad de Iowa, para llevar adelante la investigación en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).	http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/index.htm
HHCC	La Home Health Care Classification (HHCC), también conocida como Sabacare (en razón de su creadora la Dra. Virginia K. Saba), consiste en dos taxonomías interrelacionadas: la clasificación de diagnósticos y la clasificación de intervenciones.	http://www.sabacare.com/
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revisión (ICD-10). La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición, es la última de una serie que se inició en 1893 como Bertillon Classification o International List of Causes of Death (Lista Internacional de Causas de Muerte). El título fue cambiado posteriormente para clarificar el contenido y para reflejar la progresiva adopción del punto de vista de la clasificación en enfermedades (patologías) y lesiones.	http://www.who.int/whosis/icd10/

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, ha sido aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad.	http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm
International Journal of Nursing Terminologies and Classifications (IJNTC)	Revista oficial de NANDA-International. Su propósito es publicar artículos revisados por pares y comentarios que fomenten, en el ámbito mundial, la precisión y la utilización de un lenguaje propio de enfermería y de clasificación de los cuidados.	http://www.nanda.org/Marketplace/NANDAIPublications/NANDAIJournal.aspx
LOINC	Logical Observation Identifier Names and Codes. Es una base de datos cuyo propósito es facilitar el intercambio y la elaboración de un fondo común de resultados para la atención clínica, el tratamiento de los resultados y la investigación.	http://www.loinc.org/
NANDA-International	North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue creada en 1982. En 1989, la propia ANA declaró a la NANDA como la organización oficial para desarrollar un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería.	http://www.nanda.org

NIC	La Nursing Interventions Classification (NIC) es un lenguaje completo y estandarizado que permite describir tratamientos que las enfermeras administran en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades.	http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/nic.htm
NIC NID SEC	El Nursing Information & Data Set Evaluation Center se basa en la conjunción del grupo de trabajo designado por el Congress of Nursing Practice Steering Committee sobre bases de datos que soportan enfermería clínica y el comité del Congress of Nursing Practice sobre estándares y guías de la práctica de la enfermería.	http://www.ana.org/nidsec/
Network for Language In Nursing Knowledge Systems (NLINKS)	Recurso electrónico para cuantos están interesados en el desarrollo y la investigación de un lenguaje de enfermería.	http://www.nlinks.org/
NOC	La American Nursing Association (ANA) ha reconocido la Nursing Outcomes Classification (NOC), en español, Clasificación de Resultados de Enfermería, del Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa, como un sistema de clasificación útil para la práctica de la enfermería clínica.	http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/noc.htm

Omaha System	El sistema Omaha es una herramienta completa para la práctica y la documentación creada por y para profesionales de enfermería. También es de utilidad para otros profesionales de la atención de salud y para estudiantes. Como sistema secuencial cubre desde el ingreso hasta el alta del paciente.	http://www.omahasystem.org/
Omaha System SNOMED	SNOMED® International es una división del College of American Pathologists (CAP) encargada de avanzar hacia la excelencia en la atención de los pacientes a través de la producción de una terminología dinámica, sostenible y científicamente válida, así como de la creación de una infraestructura que permita a facultativos, investigadores y pacientes compartir conocimientos de atención de la salud que tengan carácter internacional, que afecten a todas las especialidades y todos los tipos de atención.	http://www.snomed.org/

Tabla 7: Grupos de trabajo encargados del lenguaje enfermero

ANEXO 6: CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Anexo VII
CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Variable	Formato	Valores	Aclaraciones	CM/R ¹
DATOS DEL DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe de Cuidados de Enfermería		CM
Fecha de firma	dd/mm/aaaa	Libre	Es común a ambos pies de firma del informe	CM
Fecha Valoración de Enfermería	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Fecha Alta de Enfermería/Fecha de Derivación Enfermera	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Enfermera Responsable 1	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del primer pie de firma del informe	CM
Categoría profesional Enfermera Responsable 1	Texto	Enfermera Enfermera Especialista Enfermera Residente (EIR)		CM
Enfermera Responsable 2	Texto	Libre (nombre+2 apellidos)	Es parte del segundo pie de firma, que suele supervisar al primer firmante	CM
Categoría profesional Enfermera Responsable 2	Texto	Enfermera Enfermera Especialista		CM
Dispositivo Asistencial	Texto	Centro de Salud Hospital Urgencias Hospitalarias Urgencias Extrahospitalarias Centro Sociosanitario Otros		CM
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación del Servicio de Salud	Texto + Logo	SAS. Servicio Andaluz de Salud. SALUD. Servicio Aragonés de Salud SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio Canario de Salud SCS. Servicio Cántabro de Salud. SESCAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SACYL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DdS-GC. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya SES. Servicio Extremeño de Salud. SERGAS. Servicio Gallego de Salud. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. IB-SALUT. Servicio de Salud de Illes Balears. RIOJASALUD. Servicio Riojano de Salud. Servicio Madrileño de Salud. Servicio Murciano de Salud OSASUNBIDEA. Servicio Navarro de Salud. Agència Valenciana de Salut OSAKIDETZA-Servicio Vasco de Salud.		CM

Denominación del proveedor de servicios	Texto + Logo	Libre		R
Denominación del Centro	Texto + Logo	CNH ² para Centros de Atención Especializada, Inventario para Centros de Primaria y posteriormente RECESS ³ cuando esté disponible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aquellos centros no recogidos en el inventario en vigor por ser de reciente apertura	CM
Dirección Del Centro				
Tipo de vía	Texto	CNH y posteriormente RECESS cuando esté disponible+texto libre		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Dirección Web/Correo electrónico	Texto	Libre	Se incluirá la dirección Web sólo si contiene información de interés para el usuario	R
DATOS DEL PACIENTE				
Nombre	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA	H/M	CM
Primer Apellido	Texto			CM
Segundo Apellido	Texto			CM
Fecha nacimiento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto			CM
DNI/N. Residencial/Pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de C Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP Europeo	Texto			Se reserva este espacio en previsión de que, en el futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.
Nº Historia Clínica	Texto	Libre		CM
Domicilio				
Tipo de vía	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA		CM
Nombre de la vía	Texto			CM
Número de la vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código Postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM

Teléfono	Texto	Dato que figure en la BD de la TSI de la CA+texto libre	Existirá texto libre para añadir un segundo número de teléfono	R
Persona de Referencia	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos)	Se trata de la persona que representa los intereses del paciente.	CM
Teléfono de Referencia	Texto	Libre		CM
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL				
Causas que generan la actuación enfermera	Texto	Libre		CM
Motivo de Alta/Derivación Enfermera	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de Servicio Traslado a centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Fallecimiento Otros		CM
Antecedentes y entorno	Texto	Libre	Destacar solamente la información relevante	CM
Enfermedades Previas Intervenciones quirúrgicas Tratamientos farmacológicos Alergias Actuaciones preventivas (1) Factores personales, familiares, sociales, culturales y laborales destacables (2).	Texto	Libre	(1) Vacunaciones y su estado (2) El conjunto de factores reseñados se refiere a aquellos elementos (personales, familiares, sociales o profesionales) que, formando parte de su entorno, pueden influir o condicionar la evolución de su estado de salud. Tienen cabida también aquellos acontecimientos puntuales (pérdida de familiar, evento laboral...) que puedan influir en su respuesta ante diferentes situaciones de salud.	R
Diagnósticos Enfermeros resueltos	Texto + código	Libre + Código NANDA	Se trata de destacar aquellos diagnósticos, ya resueltos, que puedan resultar de interés para prevenir posteriores apariciones.	CM CM
Protocolos asistenciales en los que está incluido	Texto	Libre	Tienen cabida todos los procesos asistenciales y programas de salud en los que se encuentre incluido, tanto programas preventivos como de seguimiento, rehabilitación o educación sanitaria entre otros. Así como la relación de problemas interdependientes y/o de colaboración si fuera el caso.	CM
Valoración activa	Texto	Libre		CM
Modelo de referencia utilizado Resultados destacables	Texto	Libre	Deberá reflejarse la información relativa a la valoración enfermera más reciente. Se recomienda especificar otras escalas o tests aplicados y ajenos al modelo utilizado en la valoración general.	CM CM
Diagnósticos Enfermeros activos	Texto + código	Libre + Código NANDA	Aquellos diagnósticos presentes en el momento de la elaboración del informe, tanto reales como potenciales	CM CM
Resultados de Enfermería	Texto + código	Libre + Código NOC	Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas	CM CM
Intervenciones de Enfermería	Texto + código	Libre + Código NIC	Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaboración del informe	CM CM
Cuidador principal	Texto	Libre (nombre + 2 apellidos) + Vinculación con el usuario	Deberá indicarse tanto el nombre como la relación que tiene con él (familiar, cuidador externo...)	CM R
Información complementaria/Observaciones	Texto	Libre	Puede incluirse información relativa a la presencia de catéteres, prótesis, dietas especiales, así como destacar algún aspecto de especial relevancia relativo a la aplicación de las intervenciones activas.	R

(Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009)

ANEXO 7: HOJA DE INCLUSIÓN EN GESTIÓN DE CASOS



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo



HOJA DE INCLUSIÓN EN GESTIÓN DE CASOS

GRUPOS DE POBLACIÓN

1 PERSONAS AFECTADAS POR LOS SIGUIENTES PROCESOS ASISTENCIALES, PRIORIZANDO:

- Demencias: especialmente Alzheimer...
- Inmovilizados domiciliarios y especialmente aquellos con cambios frecuentes de residencia.
- Problemas de Salud Mental: especialmente Trastorno Mental grave y Adicción de alcohol y/o drogas. Esquizofrenia, Trastorno bipolar, Psicosis afectivas
- Personas dependientes.
- Enfermedades Cardiovasculares en situación de prevención terciaria: Isquemia cardiaca, Insuficiencia cardiaca, Infarto agudo de miocardio, Isquemia Cerebral Transitoria, ACV, ICTUS, Apoplejía,...
- VIH / SIDA.
- Domiciliarios u Hospitalizados por situación de enfermedad crónica avanzada con descompensaciones: Insuficiencia Cardiaca, Insuficiencia Renal, EPOC.
- Enfermedad en situación de terminalidad o de necesidad de Cuidados Paliativos.

2 PERSONAS HOSPITALIZADAS O EN DOMICILIO SIN CUIDADOS FAMILIARES O APOYO SOCIAL.

3 PERSONAS EN SITUACIÓN DE ALTA HOSPITALARIA CON NECESIDAD DE CUIDADOS DOMICILIARIOS CONTINUADOS.

4 CUIADORES / FAMILIARES DE LOS ANTERIORES

INDICADORES DE INCLUSIÓN

Grupo A:

- Deficiente red apoyo social: Escala de Valoración de riesgo social Sociofamiliar de Gijón >10
- Analfabetismo de la persona y/o cuidador.
- Claudicación familiar.

Grupo B:

- Déficit de adherencia al tratamiento y /o de seguimiento: no recogida de recetas de crónicos, y/o no acude a consulta de Atención Primaria en 2 - 3 ocasiones y/o no acude a consulta de Salud Mental en 1 o más ocasiones.
- 3 ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses por motivo de descompensaciones de su propia patología crónica.

Grupo C:

- Oxigenoterapia domiciliaria.
- Mayores de 65 años.
- Polimedicados > 5 fármacos.
- Situación de Riesgo de Dependencia o Fragilidad: Cuestionario de Barber > 1.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Presencia de 1 indicador del Grupo A.
- Presencia de los 2 indicadores del Grupo B.
- Presencia de 3 indicadores del Grupo C.
- Presencia de 1 indicador del Grupo B junto a 2 indicadores del Grupo C.

INCLUYE / NO INCLUYE

ANEXO 8: CUESTIONARIO DEFINITIVO



Estimado/a profesional de enfermería:

Desde el Dpto. de Enfermería de la UMU, como primera fase de un proyecto de investigación, se está realizando un estudio, con la confidencialidad que requiere, sobre los contenidos del Informe de los Cuidados de Enfermería al alta hospitalaria (CMBD), y aspectos relacionados con el Documento, ya que no solo incluye datos administrativos y demográficos del paciente, sino también datos clínicos asociados a la disciplina enfermera y su proceso asistencial. Con la seguridad de que el fruto de estos trabajos repercute en el beneficio de la enfermería profesional, solicitamos su inestimable colaboración, cumplimentando de forma anónima este cuestionario.

INFORMACIÓN GENERAL DEMOGRÁFICA-LABORAL

1. Sexo: 1. Mujer 2. Hombre

2. ¿Qué edad tiene? _____ años

3. Centro sanitario: _____

4. Marque el servicio al que pertenece:

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Unidades quirúrgicas | 6. <input type="checkbox"/> Traumatología |
| 2. <input type="checkbox"/> Unidades psiquiátricas | 7. <input type="checkbox"/> Oncología |
| 3. <input type="checkbox"/> Unidades de Medicina Interna | 8. <input type="checkbox"/> CCEE |
| 4. <input type="checkbox"/> UCI | 9. <input type="checkbox"/> Urgencias |
| 5. <input type="checkbox"/> Unidades materno – infantiles | 10. Otros: _____ |

5. Tipo de contrato:

1. Temporal 2. Fijo - Indefinido 3. Sustitución

6. Año de obtención de su titulación como enfermera: _____

7. ¿Posee algún grado académico superior a la Diplomatura en Enfermería?

1 Sí 2 No

8. ¿Cuántas horas de formación no reglada/formación continuada, relacionadas con la Enfermería, ha realizado en los últimos 24 meses?

1 Menos de 50 horas 3 Entre 51 y 120 horas
2 Entre 121 y 300 horas 4 Más de 300 horas

9. ¿Cuál es su máximo grado académico además del Diplomado en Enfermería?

1 Otra Licenciatura 3 Master Oficial 5 Doctor
2 Diploma de Estudios Avanzados 4 Especialidad: _____

9.1. ¿En qué año obtuvo este grado académico?

1 Antes de 2000 2 Entre 2001 y 2005 3 Después de 2005

10. Cargo desempeñado en el centro sanitario:

1. Enfermera asistencial 3. Enfermera de dirección
2. Enfermera supervisora 4. Enfermera de formación-docencia

1. Sí. No

28. ¿Redacta un Informe de Enfermería al Alta cuando el paciente es trasladado a otro servicio dentro del mismo hospital?

1. Sí 2. No

29. ¿Redacta un Informe de Enfermería al Alta cuando el paciente es dado de alta por su médico?

1. Sí 2. No

29.1. En caso afirmativo, ¿entrega en mano al paciente o a su familiar el Informe de Enfermería al Alta?

1. Sí 2. No

30. ¿La realización del Informe de Enfermería al Alta, pondría de manifiesto el nivel académico actual de enfermería?

1. Sí 2. No

INFORME DE ALTA-SEGURIDAD DEL PACIENTE

31. ¿Considera la aplicación del Informe de Enfermería al Alta, como un indicador de seguridad del paciente, para evitarle futuras complicaciones y efectos adversos?

1. Sí 2. No

32. ¿La realización de un informe de alta enfermero, influiría en un mejor seguimiento del paciente por parte de enfermería, para futuras intervenciones enfermeras?

1. Sí 2. No

33. ¿Cree necesario el Informe de cuidados al alta enfermera para la continuidad de la atención enfermera?

1. Sí 2. No

34. ¿Estandarizan los cuidados de enfermería en su servicio?

1. Sí 2. No

35. ¿Existe en su Hospital una comisión de planes de cuidados que los estandarice?

1. Sí 2. No

36. ¿Estudió la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC) durante su formación universitaria?

1. Sí 2. No

37. ¿Los temas teóricos sobre diagnósticos NANDA que estudió en la universidad, los usa en la práctica diaria de su trabajo?

1. Sí 2. No

38. ¿Los temas teóricos sobre NIC y NOC que estudió en la universidad, los usa en la práctica diaria de su trabajo?

1. Sí 2. No

38.1. En caso afirmativo, ¿las enfermeras de su servicio han seleccionado las intervenciones y los resultados más usados?

1. Sí 2. No

39. ¿Ha estudiado la relación entre los diagnósticos NANDA, la Clasificación de las Intervenciones enfermeras (CIE, en inglés NIC) y la Clasificación de Resultados enfermeros (CRE, en inglés NOC) como cursos de formación continuada?

1. Sí 2. No

IMPLANTACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA:

40. ¿Cree que necesita una formación específica sobre el Informe de Enfermería al Alta?

1. Sí 2. No

41. Tras su paso por la universidad, ¿ha realizado cursos de formación continuada, en su centro de trabajo, relacionados con la historia clínica de enfermería?

1. Sí 2. No

42. ¿Considera que las cargas de trabajo existentes en su servicio, dificultarían la cumplimentación de un informe de alta enfermero?

1. Sí 2. No

43. ¿Consideraría una dificultad la cumplimentación del Informe de Enfermería al Alta, si le restara tiempo para realizar el resto de actividades enfermeras?

1. Sí 2. No

44. La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo médico, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

1. Sí 2. No

45. La relación existente entre el colectivo enfermero y el colectivo de auxiliares de enfermería, ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

1. Sí 2. No

46. La relación existente entre el colectivo enfermero y el resto del colectivo sanitario (trabajadores sociales, fisioterapeutas,...), ¿le dificultaría a la hora de realizar un Informe de Enfermería al Alta?

1. Sí 2. No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 9: RESULTADOS ESTADÍSTICOS DEL ESTUDIO

Nota aclaratoria: La numeración de las tablas se corresponde con la que tienen dentro de este capítulo de anexos.

1. Tablas de contingencia

Porcentajes de los resultados obtenidos en la relación entre las distintas variables cualitativas del estudio y la variable sexo.

Tabla 8: Porcentaje tipo de contrato según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Tipo de contrato	Temporal	Recuento	97	19	116
		% dentro de Sexo	31,6%	20,7%	29,1%
	Fijo - Indefinido	Recuento	179	66	245
		% dentro de Sexo	58,3%	71,7%	61,4%
	Sustitución	Recuento	31	7	38
		% dentro de Sexo	10,1%	7,6%	9,5%
Total		Recuento	307	92	399
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 9: Máximo título académico según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Máximo grado académico	Otra licenciatura	Recuento	13	6	19
		% dentro de Sexo	4,3%	6,5%	4,8%
	Diploma de Estudios Avanzados	Recuento	2	0	2
		% dentro de Sexo	,7%	,0%	,5%
	Máster oficial	Recuento	15	6	21
		% dentro de Sexo	4,9%	6,5%	5,3%
	Especialidad	Recuento	7	6	13
		% dentro de Sexo	2,3%	6,5%	3,3%
	Doctor	Recuento	1	1	2
		% dentro de Sexo	,3%	1,1%	,5%
	Solo diplomado	Recuento	266	73	339
		% dentro de Sexo	87,2%	79,3%	85,4%
	Grado en Enfermería	Recuento	1	0	1
		% dentro de Sexo	,3%	,0%	,3%
Total	Recuento	305	92	397	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 10: Año de obtención de otro grado académico según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Año máximo grado académico	Antes del 2000	Recuento	11	5	16
		% dentro de Sexo	3,6%	5,4%	4,1%
	Entre 2001 y 2005	Recuento	12	8	20
		% dentro de Sexo	4,0%	8,7%	5,1%
	Después de 2005	Recuento	13	5	18
		% dentro de Sexo	4,3%	5,4%	4,6%
	En ninguno	Recuento	267	74	341
		% dentro de Sexo	88,1%	80,4%	86,3%
Total	Recuento	303	92	395	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 11: Cargo en el centro sanitario según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Cargo en el centro sanitario	Enfermera asistencial	Recuento	269	76	345
		% dentro de Sexo	87,6%	82,6%	86,5%
	Enfermera supervisora	Recuento	30	14	44
		% dentro de Sexo	9,8%	15,2%	11,0%
	Enfermera de dirección	Recuento	2	1	3
		% dentro de Sexo	,7%	1,1%	,8%
	Enfermera de formación-docencia	Recuento	6	1	7
		% dentro de Sexo	2,0%	1,1%	1,8%
Total		Recuento	307	92	399
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 12: Porcentaje tipo de turno de trabajo según sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Horario de trabajo	Mañanas-tardes-noches	Recuento	183	63	246
		% dentro de Sexo	59,6%	68,5%	61,7%
	Mañanas-tardes	Recuento	48	7	55
		% dentro de Sexo	15,6%	7,6%	13,8%
	Mañanas fijas	Recuento	74	19	93
		% dentro de Sexo	24,1%	20,7%	23,3%
	Noches fijas	Recuento	2	3	5
		% dentro de Sexo	,7%	3,3%	1,3%
Total		Recuento	307	92	399
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 13: Estudios universitarios de los NIC y los NOC según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Estudios universitarios NIC y NOC	Sí	Recuento	129	33	162
		% dentro de Sexo	42,3%	35,9%	40,8%
	No	Recuento	176	59	235
		% dentro de Sexo	57,7%	64,1%	59,2%
Total		Recuento	305	92	397
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 14: Usos de las NIC y los NOC en la práctica asistencial relacionadas con el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Práctica asistencial NIC y NOC	Sí	Recuento	78	23	101
		% dentro de Sexo	26,1%	25,3%	25,9%
	No	Recuento	221	68	289
		% dentro de Sexo	73,9%	74,7%	74,1%
Total		Recuento	299	91	390
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 15: Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA en relación al sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	Sí	Recuento	125	31	156
		% dentro de Sexo	42,5%	34,1%	40,5%
	No	Recuento	169	60	229
		% dentro de Sexo	57,5%	65,9%	59,5%
Total		Recuento	294	91	385
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 16: Formato del registro diario relacionado con el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Formato registro trabajo diario	Formato papel	Recuento	88	25	113
		% dentro de Sexo	28,9%	27,5%	28,5%
	Formato digital	Recuento	84	15	99
		% dentro de Sexo	27,5%	16,5%	25,0%
	Ambos formatos	Recuento	133	51	184
		% dentro de Sexo	43,6%	56,0%	46,5%
Total		Recuento	305	91	396
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 17: Empleo programa SELENE según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Empleo programa Selene	Sí	Recuento	249	75	324
		% dentro de Sexo	81,6%	82,4%	81,8%
	No	Recuento	56	16	72
		% dentro de Sexo	18,4%	17,6%	18,2%
Total		Recuento	305	91	396
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 18: Realización de la Historia de Enfermería según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Realización Historia de Enfermería	Sí	Recuento	282	84	366
		% dentro de Sexo	93,1%	92,3%	92,9%
	No	Recuento	21	7	28
		% dentro de Sexo	6,9%	7,7%	7,1%
Total		Recuento	303	91	394
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 19: Inicio Historia de Enfermería en ingreso según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Inicio Historia de Enfermería en ingreso	Sí	Recuento	221	64	285
		% dentro de Sexo	74,7%	71,1%	73,8%
	No	Recuento	75	26	101
		% dentro de Sexo	25,3%	28,9%	26,2%
Total		Recuento	296	90	386
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 20: Existencia de la Comisión de Planes de Cuidado en el Hospital en relación al sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Existencia Comisión Planes de Cuidado en el Hospital	Sí	Recuento	191	63	254
		% dentro de Sexo	62,4%	69,2%	64,0%
	No	Recuento	74	15	89
		% dentro de Sexo	24,2%	16,5%	22,4%
	NS/NC	Recuento	41	13	54
		% dentro de Sexo	13,4%	14,3%	13,6%
Total		Recuento	306	91	397
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 21: IEA traslado Intrahospital según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
IEA traslado Intrahospital	Sí	Recuento	75	24	99
		% dentro de Sexo	24,5%	26,1%	24,9%
	No	Recuento	231	68	299
		% dentro de Sexo	75,5%	73,9%	75,1%
Total		Recuento	306	92	398
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 22: Entrega de IEA a paciente/familiar según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Entrega de IEA a paciente/familiar	Sí	Recuento	138	31	169
		% dentro de Sexo	62,2%	54,4%	60,6%
	No	Recuento	84	26	110
		% dentro de Sexo	37,8%	45,6%	39,4%
Total		Recuento	222	57	279
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 23: IEA nivel académico según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
IEA nivel académico	Sí	Recuento	185	54	239
		% dentro de Sexo	60,7%	58,7%	60,2%
	No	Recuento	111	35	146
		% dentro de Sexo	36,4%	38,0%	36,8%
	NS/NC	Recuento	9	3	12
		% dentro de Sexo	3,0%	3,3%	3,0%
Total		Recuento	305	92	397
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 24: IEA mejora el seguimiento del paciente según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
IEA mejor seguimiento paciente	Sí	Recuento	289	78	367
		% dentro de Sexo	95,1%	86,7%	93,1%
	No	Recuento	15	12	27
		% dentro de Sexo	4,9%	13,3%	6,9%
Total		Recuento	304	90	394
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 25: IEA continuidad cuidados paciente según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
IEA continuidad cuidados paciente	Sí	Recuento	281	77	358
		% dentro de Sexo	93,0%	85,6%	91,3%
	No	Recuento	21	13	34
		% dentro de Sexo	7,0%	14,4%	8,7%
Total		Recuento	302	90	392
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 26: IEA indicador de seguridad del paciente según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
IEA indicador de seguridad del paciente	Sí	Recuento	276	79	355
		% dentro de Sexo	90,5%	87,8%	89,9%
	No	Recuento	29	11	40
		% dentro de Sexo	9,5%	12,2%	10,1%
Total		Recuento	305	90	395
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 27: Formación continuada en HE según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Formación continuada en HE	Sí	Recuento	130	30	160
		% dentro de Sexo	42,8%	33,3%	40,6%
	No	Recuento	174	60	234
		% dentro de Sexo	57,2%	66,7%	59,4%
Total		Recuento	304	90	394
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 28: Dificultad IEA por carga de trabajo según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Dificultad IEA por carga de trabajo	Sí	Recuento	251	72	323
		% dentro de Sexo	83,1%	80,0%	82,4%
	No	Recuento	51	18	69
		% dentro de Sexo	16,9%	20,0%	17,6%
Total		Recuento	302	90	392
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 29: Dificultad temporal por cumplimentación IEA según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Dificultad temporal por cumplimentación IEA	Sí	Recuento	265	78	343
		% dentro de Sexo	87,5%	86,7%	87,3%
	No	Recuento	38	12	50
		% dentro de Sexo	12,5%	13,3%	12,7%
Total		Recuento	303	90	393
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 30: Dificultad redacción IEA por relación E-M según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Dificultad redacción IEA por relación enfermera-médico	Sí	Recuento	92	29	121
		% dentro de Sexo	30,1%	32,2%	30,6%
	No	Recuento	214	61	275
		% dentro de Sexo	69,9%	67,8%	69,4%
Total		Recuento	306	90	396
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 31: Dificultad redacción IEA por relación E-Aux según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Dificultad redacción IEA por relación enfermera-Auxiliar	Sí	Recuento	20	9	29
		% dentro de Sexo	6,5%	10,0%	7,3%
	No	Recuento	286	81	367
		% dentro de Sexo	93,5%	90,0%	92,7%
Total		Recuento	306	90	396
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 32: Dificultad redacción IEA por relación E-Resto según el sexo			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Dificultad redacción IEA por relación enfermera-resto personal	Sí	Recuento	50	15	65
		% dentro de Sexo	16,4%	16,7%	16,5%
	No	Recuento	255	75	330
		% dentro de Sexo	83,6%	83,3%	83,5%
Total		Recuento	305	90	395
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

2. Chi cuadrado de Pearson

Asociación de las variables independientes con las variables dependientes, sobre las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en la satisfacción profesional de los componentes de la muestra, en la Región de Murcia.

Tabla 33: Asociación de las variables independientes con las variables dependientes (I)	Estudios Universitarios NIC y NOC		Práctica asistencial diagnósticos NANDA		Práctica asistencial NIC y NOC		Selección NIC y NOC en el servicio		Formación continuada sobre NIC, NOC y NANDA	
	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p
Sexo	1,208	0,272	12,034	0,001	0,024	0,877	1,560	0,212	2,059	0,151
Grupos de edad	48,411	0,000	5,082	0,079	7,227	0,027	0,299	0,861	6,772	0,034
Servicio (unidad)	21,137	0,133	53,757	0,000	21,106	0,133	24,984	0,023	33,699	0,004
Centro sanitario	39,833	0,000	31,739	0,000	63,082	0,000	25,239	0,001	25,568	0,001
Tipo de contrato	44,235	0,000	8,070	0,018	8,165	0,017	4,237	0,120	3,296	0,192
Horas de formación continuada	0,275	0,965	0,941	0,816	0,942	0,815	2,285	0,515	6,808	0,078
Grado Académico superior	0,149	0,699	2,750	0,097	0,374	0,541	0,239	0,625	5,355	0,021
Año titulación	118,618	0,000	49,339	0,084	51,943	0,052	33,179	0,508	40,998	0,299
Ratio enfermera/paciente	2,502	0,114	0,537	0,464	1,484	0,223	0,002	0,968	1,689	0,194
Horario de trabajo	8,167	0,043	0,878	0,831	1,272	0,736	2,337	0,506	18,884	0,000
Cuantificación de cargas de trabajo	0,101	0,951	1,573	0,456	0,368	0,832	3,691	0,158	4,186	0,123
Distribución diaria del trabajo	6,464	0,264	14,463	0,013	10,509	0,062	16,361	0,006	9,700	0,084
Manejo Nuevas Tecnologías (NT)	11,989	0,002	0,171	0,918	3,173	0,205	0,785	0,676	,688	0,709

Tabla 34: Asociación de las variables independientes con las variables dependientes (II)	Formato registro trabajo diario		Existencia Historia Clínica Digital (HCD)		Empleo de la HCD		Empleo programa Selene		Existencia ordenador	
	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p
Sexo	5,808	0,055	1,579	0,209	2,443	0,118	0,029	0,866	0,016	0,900
Grupos de edad	4,817	0,307	1,190	0,552	0,022	0,989	0,778	0,678	1,733	0,420
Servicio (unidad)	89,335	0,000	45,431	0,000	27,027	0,029	47,097	0,000	23,572	0,073
Centro sanitario	243,576	0,000	113,594	0,000	105,957	0,000	157,155	0,000	33,165	0,000
Tipo de contrato	3,269	0,514	0,672	0,715	0,863	0,649	6,140	0,046	6,152	0,046
Horas de formación continuada	3,648	0,724	2,759	0,430	0,165	0,983	1,595	0,661	5,183	0,159
Grado Académico superior	1,313	0,519	0,005	0,946	0,040	0,842	0,528	0,467	0,011	0,915
Año titulación	85,599	0,168	34,722	0,576	30,880	0,573	39,514	0,358	35,306	0,549
Ratio enfermera/ paciente	13,102	0,001	2,362	0,124	0,914	0,339	12,314	0,000	0,598	0,439
Horario de Trabajo	11,471	0,075	1,283	0,733	3,594	0,309	8,309	0,040	4,712	0,194
Cuantificaci ón de cargas de trabajo	1,322	0,858	2,207	0,332	3,121	0,210	0,017	0,991	2,934	0,231
Distribución diaria del trabajo	13,510	0,197	12,127	0,033	8,595	0,126	15,558	0,008	8,511	0,130
Manejo Nuevas Tecnologías	3,871	0,424	2,456	0,293	,830	0,660	0,655	0,721	3,992	0,136

Tabla 35: Asociación de las variables independientes con las variables dependientes (III)	Manejo Nuevas Tecnologías (NT)		Realización Historia de Enfermería		Inicio Historia de Enfermería en ingreso		Existencia Comisión Planes de Cuidado en el hospital		Estandarización de los cuidados	
	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p
Sexo	4,496	0,106	0,061	0,804	0,450	0,502	2,404	0,301	0,139	0,933
Grupos de edad	37,242	0,000	3,099	0,212	1,719	0,423	1,170	0,883	5,656	0,226
Servicio (unidad)	41,517	0,079	19,975	0,173	83,889	0,000	37,985	0,150	62,515	0,000
Centro sanitario	15,308	0,502	9,517	0,301	40,149	0,000	49,549	0,000	41,393	0,000
Tipo de contrato	8,285	0,082	1,829	0,401	2,202	0,332	4,855	0,303	3,910	0,418
Horas de formación continuada	18,652	0,005	2,452	0,484	0,214	0,975	8,455	0,207	4,429	0,619
Grado Académico superior	32,250	0,001	0,088	0,767	2,205	0,138	4,001	0,135	5,967	0,918
Año titulación	93,555	0,062	38,270	0,412	41,432	0,246	92,926	0,068	92,154	0,075
Ratio enfermera/paciente	0,570	0,752	0,021	0,886	1,463	0,226	3,291	0,193	6,695	0,035
Horario de trabajo	3,449	0,751	2,649	0,449	9,290	0,026	8,044	0,235	9,303	0,157
Cuantificación de cargas de trabajo	5,298	0,258	0,106	0,948	0,078	0,962	4,731	0,316	19,921	0,001
Distribución diaria del trabajo	11,086	0,351	11,416	0,044	22,389	0,000	13,470	0,199	17,734	0,060
Manejo Nuevas Tecnologías	—	—	1,275	0,529	2,603	0,272	1,366	0,850	1,335	0,855

Tabla 36: Asociación de las variables independientes con las variables dependientes (IV).	Opinión Informe Alta Enfermera (IEA)		IEA traslado Intrahospitalario		Redacción del IEA en alta médica		Entrega de IEA a paciente/familiar		IEA nivel académico	
	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p
Sexo	10,375	0,006	0,094	0,759	9,738	0,002	1,148	0,284	0,120	0,942
Grupos de edad	4,162	0,385	0,097	0,953	1,722	0,423	2,256	0,324	3,304	0,508
Servicio (unidad)	50,145	0,012	26,068	0,025	75,704	0,000	61,600	0,000	37,606	0,106
Centro sanitario	19,024	0,267	14,439	0,071	47,318	0,000	88,071	0,000	22,487	0,128
Tipo de contrato	2,037	0,729	3,415	0,181	6,671	0,036	3,926	0,140	7,170	0,127
Horas de formación continuada	5,680	0,460	1,884	0,597	2,798	0,424	0,565	0,904	6,353	0,385
Grado Académico superior	3,623	0,163	0,848	0,357	0,316	0,574	0,329	0,566	3,302	0,192
Año titulación	77,339	0,373	35,496	0,540	38,631	0,396	36,940	0,379	92,175	0,075
Ratio enfermera/paciente	17,142	0,000	1,686	0,194	5,696	0,017	2,129	0,145	3,731	0,155
Horario de trabajo	13,330	0,038	0,801	0,849	2,239	0,524	8,201	0,042	10,033	0,123
Cuantificación de cargas de trabajo	2,321	0,677	2,557	0,278	1,330	0,514	0,185	0,912	0,803	0,938
Distribución diaria del trabajo	14,945	0,134	16,169	0,006	7,944	0,159	12,262	0,031	16,769	0,080
Manejo Nuevas Tecnologías (NT)	1,785	0,775	5,749	0,056	0,821	0,663	2,402	0,301	7,734	0,102

Asociación de variables independientes y las variables sobre las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia.

Tabla 37: Asociación de variables independientes y las variables sobre las estrategias de gestión que aseguran la continuidad de los cuidados centradas en las necesidades de cuidados de los pacientes en la Región de Murcia.	IEA mejor seguimiento paciente		IEA continuidad cuidados paciente		IEA indicador de seguridad del paciente	
	x ²	p	x ²	p	x ²	p
Sexo	7,675	0,006	4,912	0,027	0,562	0,453
Grupos de edad	1,174	0,556	2,148	0,342	4,470	0,107
Servicio (unidad)	12,120	0,670	13,920	0,532	18,976	0,215
Centro sanitario	2,556	0,959	11,376	0,181	6,200	0,625
Tipo de contrato	0,182	0,913	4,122	0,127	1,770	0,413
Horas de formación continuada	2,306	0,511	3,432	0,330	3,473	0,324
Grado Académico superior	0,142	0,706	0,156	0,693	0,297	0,586
Año titulación	42,938	0,232	39,921	0,342	39,972	0,340
Ratio enfermera/paciente	3,671	0,055	1,368	0,242	1,349	0,245
Horario de trabajo	3,724	0,293	4,076	0,253	1,361	0,715
Cuantificación de cargas de trabajo	2,330	0,312	0,580	0,748	3,723	0,155
Distribución diaria del trabajo	5,811	0,325	5,177	0,395	2,153	0,828
Manejo Nuevas Tecnologías (NT)	0,157	0,924	0,875	0,646	0,044	0,978

Asociación de variables independientes y las variables relacionadas que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia.

Tabla 38: Asociación de variables independientes y las variables relacionadas que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia (I)	Formación IEA		Formación continuada en HE		Dificultad IEA por carga de trabajo		Dificultad temporal por cumplimentación IEA	
	x ²	p	x ²	p	x ²	p	x ²	p
Sexo	0,627	0,429	2,560	0,110	0,463	0,496	0,039	0,843
Grupos de edad	2,947	0,229	4,582	0,101	7,766	0,021	0,947	0,623
Servicio (unidad)	27,28 2	0,027	23,470	0,075	60,972	0,000	42,666	0,000
Centro sanitario	27,86 2	0,001	13,272	0,103	36,926	0,000	16,400	0,037
Tipo de contrato	0,281	0,869	5,110	0,078	1,226	0,542	0,021	0,989
Horas de formación continuada	2,705	0,439	9,290	0,026	5,869	0,118	0,917	0,821
Grado Académico superior	3,887	0,049	4,124	0,042	4,185	0,041	0,629	0,428
Año titulación	47,48 1	0,116	38,619	0,396	51,765	0,054	31,106	0,741
Ratio enfermera/paciente	0,500	0,480	0,695	0,404	10,780	0,001	2,429	0,119
Horario de trabajo	5,864	0,118	12,983	0,005	11,366	0,010	10,504	0,015
Cuantificación de cargas de trabajo	0,921	0,631	4,186	0,123	2,048	0,359	5,052	0,080
Distribución diaria del trabajo	5,606	0,346	2,607	0,760	13,645	0,018	4,771	0,445
Manejo Nuevas Tecnologías (NT)	4,623	0,099	0,136	0,934	1,497	0,473	2,006	0,367

Tabla 39: Asociación de variables independientes y las variables relacionadas que suponen una barrera para implantar el Informe de Enfermería al Alta en la Región de Murcia (II)	Dificultad redacción IEA por relación E-M		Dificultad redacción IEA por relación E-Aux		Dificultad redacción IEA por relación E-Resto	
	x ²	p	x ²	p	x ²	p
Sexo	0,152	0,696	1,230	0,267	0,004	0,951
Grupos de edad	0,360	0,835	1,573	0,456	1,397	0,497
Servicio (unidad)	12,389	0,649	9,176	0,868	10,333	0,798
Centro sanitario	6,567	0,584	13,418	0,098	13,401	0,099
Tipo de contrato	9,086	0,011	2,137	0,343	15,571	0,000
Horas de formación continuada	4,727	0,193	1,401	0,705	1,091	0,779
Grado Académico superior	0,537	0,464	0,837	0,360	0,219	0,639
Año titulación	40,310	0,326	54,461	0,032	41,010	0,299
Ratio enfermera/paciente	2,402	0,121	0,003	0,955	2,252	0,133
Horario de trabajo	3,553	0,314	1,086	0,781	5,597	0,133
Cuantificación de cargas de trabajo	2,773	0,250	3,382	0,184	1,492	0,474
Distribución diaria del trabajo	3,889	0,565	2,794	0,732	1,804	0,876
Manejo Nuevas Tecnologías (NT)	1,296	0,523	3,077	0,215	2,519	0,284