

15

Organización funcional y modalidades de atención en enfermería comunitaria

R. del Pino Casado, A. Frías Osuna y P. A. Palomino Moral

INTRODUCCIÓN

La enfermería comunitaria tiene una trayectoria reciente en nuestro país. Si se analizan los acontecimientos ocurridos en los últimos años, podemos observar que dos hechos marcan el inicio de la orientación hacia la comunidad: la incorporación de los estudios de enfermería a la universidad y la reforma de la atención primaria de salud.

Con la incorporación de los estudios de enfermería en la universidad en el año 1977, se posibilitaron las modificaciones del plan de estudios y su reorientación hacia los cuidados, superando así una marcada orientación biomédica.

La reforma de la atención primaria se ha llevado a cabo de modo desigual en las distintas comunidades autónomas, pero en general todas las experiencias han tenido en común una serie de características que pueden resumirse en las siguientes (1): *a)* descentralización y desconcentración administrativa hacia las nuevas unidades de gestión; *b)* reordenamiento geográfico de la atención, con redistribución y mayor dotación de recursos humanos y materiales; *c)* organización de los centros a través del trabajo en equipo y los programas de salud, dentro de una estructura matricial con objetivos compartidos, y *d)* orientación de la atención sanitaria hacia la promoción y prevención, la atención integral, la participación de la comunidad y la planificación de actividades.

En términos generales, la aparición de los centros de salud ha supuesto el inicio de una época de transición del modelo vigente, de carácter biomédico, al nuevo modelo de cuidados. Así, se ha pasado de una situación en la que las actividades estaban constituidas por tareas delegadas del diagnóstico y tratamiento médico, centradas en la asistencia y curación del individuo, a otra en la que, además de las anteriores actividades, aparecen funciones relacionadas con los cuidados y la promoción de salud, en un ámbito individual, familiar y comunitario (tabla 15-1).

Introducción

Modalidades de atención

Consulta de enfermería

Visita domiciliaria

Trabajo con la comunidad

Servicios comunes

Colaboración con otros profesionales

Organización de servicios de enfermería comunitaria

Entorno organizativo

Unidad de enfermería

Modelos organizativos de cuidados

TABLA 15-1 Modelo biomédico frente a modelo de cuidados

Criterio	Biomédico	Cuidados
Orientación de la atención	Curación	Curación, prevención y promoción
Actividades	Delegadas del médico	Cuidados Educación sanitaria Actividades delegadas
Objeto de la atención	Individuo	Individuo, familia y comunidad

TABLA 15-2 Orientación según el tipo de actividad y receptor de algunas de las modalidades de atención

Tipo de actividad	Receptor de las actividades		
	Individuo	Familia	Comunidad
Cuidados/promoción	Consulta de enfermería	Visita domiciliaria	Trabajo con la comunidad
Tareas delegadas	Servicios comunes (sala de curas y avisos a domicilio)		

Desde esta perspectiva, la aparición de la enfermería comunitaria ha puesto sobre la mesa importantes retos ya que, para satisfacer las nuevas funciones ha sido necesario definir el campo de actuación profesional (necesidades a atender, diagnósticos de enfermería, etc.), desarrollar nuevas formas de atención directa (nuevas modalidades de atención), incorporar nuevos instrumentos y técnicas de trabajo (proceso de atención de enfermería, educación para la salud, etc.) e introducir elementos organizativos en el marco del equipo de atención primaria.

El presente capítulo pretende realizar un breve recorrido sobre los aspectos organizativos del trabajo de la enfermera comunitaria, con la finalidad de elaborar un marco que permita la discusión de distintas fórmulas y aproximaciones organizativas. La anterior finalidad nos obliga a realizar previamente, para facilitar la comprensión y encuadre del tema, una revisión de las distintas modalidades de atención, dónde introducir los aspectos más interesantes, ya que dichas modalidades se verán con más detenimiento en capítulos posteriores.

MODALIDADES DE ATENCIÓN

Por modalidades de atención se entienden las diferentes formas de atención directa de enfermería que permiten ofertar cuidados de una forma amplia, funcional, atractiva y útil para los ciudadanos y los servicios de salud (2). Las modalidades básicas son: la consulta de enfermería, la atención domiciliaria, el trabajo con la comunidad, los servicios comunes y la colaboración con otros profesionales (3) (tabla 15-2).

Consulta de enfermería

Esta modalidad de atención, que ha sido emblemática del nuevo rol de enfermería comunitaria, permite la atención individualizada en el marco del centro de salud, con una doble

finalidad: la atención a las necesidades de cuidado de la población susceptible (faceta independiente) y/o el control de la situación clínica de los distintos usuarios para la detección precoz de descompensaciones, complicaciones, nuevos procesos, etc. (faceta de colaboración).

De forma orientativa, se consideran grupos susceptibles de inclusión en consulta de enfermería a los siguientes (2): *a)* usuarios con largos tratamientos; *b)* usuarios diagnosticados de procesos crónicos; *c)* enfermos agudos que requieran supervisión, aprendizaje de autocuidados, tratamientos complejos, etc.; *d)* pacientes posthospitalizados; *e)* usuarios incluidos en programas específicos como planificación familiar, control de embarazo, control del niño sano, ancianos y, finalmente, *f)* aquellos procesos que el equipo acuerde su inclusión, así como todos los usuarios que requieran asesoramiento en materia de autocuidados.

El acceso de estos grupos a la consulta de enfermería puede establecerse de tres formas:

1. Derivación desde la consulta médica o de otros profesionales (como el trabajador social) o derivación hospitalaria (informe de cuidados al alta).
2. Captación directa por parte de enfermería, a través de una actitud activa de búsqueda.
3. Demanda directa por parte de la población.

El análisis de la situación actual, así como de la revisión de estudios realizados sobre las distintas modalidades de atención (4, 5) permiten sacar conclusiones de interesante aplicación práctica sobre estrategias de mejora: *a)* si bien todas las vías de acceso son importantes, debe destacarse la necesidad de potenciar la captación propia, ya que por diversos motivos, suele estar poco desarrollada; *b)* es necesario desarrollar mecanismos adecuados de comunicación con el resto del equipo (inclusión en consulta de enfermería, derivaciones, etc.), para garantizar una atención fluida y evitar masificaciones; *c)* es imprescindible la formación de la enfermera en entrevista y formas de motivación y cambio de conducta, y *d)* la utilización de protocolos y de metodología de cuidados basada en el método científico (proceso de atención de enfermería) permite una atención eficiente y de calidad.

Visita domiciliaria

La atención domiciliaria de enfermería puede definirse como el conjunto de actividades desarrolladas por la enfermera, que están dirigidas a brindar cuidados integrales al individuo y/o familia en su domicilio.

La finalidad última de la atención domiciliaria, como la del resto de los servicios de salud, es elevar el nivel de salud de la comunidad, a través de la consecución de los siguientes objetivos (6, 7):

1. Aumentar la satisfacción de los usuarios al ser atendidos en su propio domicilio.
2. Acercar los servicios de salud a la comunidad.
3. Procurar un mayor nivel de independencia de los individuos y familias con respecto a su salud.
4. Fomentar actitudes positivas en el individuo y/o familia ante las diferentes necesidades de salud.
5. Conocer la realidad de la familia en los aspectos relacionados con la salud.

Las situaciones en las que está indicada la atención familiar son muy diversas. Existen una gran cantidad de momentos en la vida familiar en la que se hace necesaria la atención por parte de la enfermera comunitaria. Algunas situaciones concretas que hacen necesario la atención de enfermería en el domicilio son (7):

1. Individuos con imposibilidad de desplazarse al centro, que requieran prestación de cuidados (pacientes encamados, inmovilizados, posthospitalizados, enfermos terminales, agudizaciones de procesos crónicos, determinados procesos agudos, etc.).
2. Pacientes agudos o crónicos cuyo estado de salud permita que sean atendidos en el domicilio, y que sin esta atención deberían ser hospitalizados (preeclampsia, pacientes oncológicos, pacientes terminales, alta precoz, etc.).
3. Situaciones en que el cuidado del individuo requieran actividades educativas dirigidas a que la familia asuma el cuidado de alguno de sus miembros, así como en aquellos casos en los que sea necesario valorar el nivel de autocuidados asumido por la familia (pacientes con algún tipo de ostomía, con oxigenoterapia, cuidados del recién nacido, cuidados del anciano, crónicos, pacientes infectocontagiosos, etc.).
4. Falta de participación de los usuarios en los servicios y programas de salud por falta de información, dificultad en la accesibilidad y/o abandono del programa (vacunaciones, planificación familiar, control de embarazo, crónicos, etc.).
5. Minusvalías físicas y sensoriales con el objeto de: identificar barreras arquitectónicas, proponer la modificación de los factores medioambientales de la vivienda y su entorno, favorecer la adaptación del individuo a su situación de minusvalía, apoyar al individuo y familia, identificar miembros de la familia que puedan asumir el cuidado del minusválido, etc.
6. Problemas de desarrollo psicomotor en el niño, con el fin de identificar falta de estimulación, situaciones desfavorables para el desarrollo del niño, recursos familiares para la estimulación, etc.
7. Atención puerperal, para prestar cuidados a la puérpera y al recién nacido, así como educación sanitaria sobre el puerperio, cuidados del recién nacido e integración de éste en el medio familiar.
8. Problemas de salud mental, en algún miembro de la familia, para proporcionar apoyo y seguimiento en situaciones de crisis personal o familiar.
9. Problemas de toxicomanías, con el objetivo de atención específica al toxicómano y apoyo a la familia.
10. Situaciones de deterioro de la vivienda, por insalubridad, hacinamiento, presencia de parásitos o roedores, etc.
11. Problemas psicosociales y/o crisis familiares que puedan provocar problemas nutricionales, de higiene, de estimulación, soledad, malos tratos, carencia afectiva, abandono, etc.

Trabajo con la comunidad

El trabajo con la comunidad es la modalidad fundamental desde la perspectiva de la promoción de salud. Básicamente consiste en actividades preventivas y de promoción de salud dirigidas a grupos de población o al conjunto de ésta, es decir, dirigidas a estructuras que se sitúan fuera de los servicios de salud, como son: asociaciones de autoayuda, vecinos, padres de alumnos, instituciones docentes, empresas, etc.

La consideración de la comunidad como objeto de atención en la atención primaria es, sin duda, un elemento novedoso y probablemente el reto de más envergadura para el equipo de salud (8).

Las actividades que debe desarrollar fundamentalmente la enfermería son las de intervenir, junto con el resto del equipo y desde una perspectiva de promoción y educación en las estructuras de la comunidad que lo requieran. Desde la comunidad se producen demandas de participación a través de asociaciones de padres de alumnos (APA), centros de educación de adultos, ayuntamientos, asociaciones de colectivos diversos de naturaleza lúdica, de ayuda

mutua, etc. Otras actividades que tienen a la comunidad como objetivo son las actividades de inspección sanitaria, desarrollo de cribado y exámenes de salud, apoyar el surgimiento de grupos de autocuidados, desarrollar campañas informativas y educativas de interés comunitario, etc. (2).

Servicios comunes

En servicios comunes se incluyen todos los servicios técnicos, diagnósticos y terapéuticos derivados del diagnóstico y tratamiento médico, que por lo general desarrolla enfermería de forma directa al usuario. Tradicionalmente, a la consulta donde se desarrolla esta actividad se la llama sala de curas. Las actividades que se realizan en este espacio físico son: toma de muestras para determinaciones analíticas, administración de medicación parenteral, realización de curas, inmunizaciones, extracción de otolitos, realización de pruebas complementarias: ECG, espirometrías, etc.

Cuando, por imposibilidad de desplazamiento al centro un usuario necesita de estas prestaciones, una enfermera del equipo acude a su domicilio en un servicio que se denomina aviso domiciliario. La diferencia fundamental entre aviso y visita domiciliaria es que éste primero se hace para aspectos técnicos y a demanda; mientras que la visita domiciliaria se hace de forma programada y con una finalidad predeterminada (2).

Colaboración con otros profesionales

La modalidad de colaboración con otros profesionales está dirigida al trabajo conjunto y colaboración interprofesional. Se incluyen actividades de captación, de control medioambiental, de colaboración en vigilancia epidemiológica, definición de programas y planificación sanitaria en general, oferta de atención conjunta en consulta o a domicilio, etc. (2).

ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Mintzberg (9) define el concepto de estructura de una organización como «las maneras en que su trabajo se divide en diferentes áreas y luego se logra la coordinación entre las mismas». Enfermería trabaja en el centro de salud inmersa en una estructura organizativa que es común al resto del equipo de atención primaria. Es lo que va a denominarse entorno organizativo. Además, posee aspectos organizativos específicos. Para analizar de forma adecuada la organización de los servicios de enfermería comunitaria habrá que ver tanto uno como otros, aunque por razones obvias de enfoque de este capítulo, nos detengamos más en los aspectos específicos.

Para seleccionar los aspectos a describir del entorno organizativo, podemos basarnos en lo afirmado por López Fernández (10), que define tres facetas de la estructura organizativa de los centros de salud de interés para el análisis de éstos: la configuración o forma de la estructura organizacional, la división del trabajo y la coordinación de las tareas. En concreto, en este capítulo interesa analizar aspectos que están relacionados con la división y coordinación de las tareas, como son: el trabajo en equipo, la organización de las actividades por programas de salud y la estructura organizativa matricial.

Los aspectos organizativos específicos de enfermería más relevantes se refieren a dos cuestiones: la división del trabajo, es decir, el tipo de criterio utilizado para la asignación de usuarios a cada una de las enfermeras, el cual configurará lo que puede denominarse modalidad organizativa de cuidados; y la estandarización de los cuidados enfermeros.

Estos aspectos organizativos específicos hacen que sea necesaria una estructura funcional que se encargue de desarrollarlos y que se llamará *unidad de enfermería*. Dicha estructura funcional está formada por el personal de enfermería y al frente de ésta se sitúa el responsable de enfermería (coordinador de enfermería, adjunto de enfermería, etc.), actuando bajo dependencia jerárquica del responsable del equipo y relacionándose de forma horizontal con el resto de estructuras funcionales del centro (responsables de programas, comisiones, administración, investigación y docencia, etc.). Su labor está encuadrada en lo que Pritchard (11) denomina *equipos funcionales*, o grupos de trabajo para temas concretos que se forman dentro de un equipo completo (el de atención primaria), enriqueciéndolo y haciéndolo viable. Los tipos de equipos, según este autor, quedan completados con lo que denomina *equipos intrínsecos*, que están formados por el paciente y dos o más profesionales (por lo general médico y enfermera) encargados de su atención. Por otro lado, la unidad de enfermería coincidiría con lo que Gallo Vallejo y cols. (12) describen como *grupos profesionales planteados como equipos funcionales*, donde «cada colectivo se reúne aisladamente y de forma periódica para discutir acerca de aspectos concretos relacionados muy directamente con su actividad profesional».

Entorno organizativo

El trabajo en equipo aparece como el elemento rector organizacional del centro de salud y supone una forma organizativa donde un grupo de profesionales trabajan de forma coordinada para la consecución de unos objetivos comunes, a través de una serie de funciones específicas de acuerdo a su categoría profesional. Es una de las exigencias de la complejidad científica y tecnológica del mundo contemporáneo, acentuándose dicha exigencia con las características propias de la atención primaria (13), e implica el trabajo coordinado y no jerarquizado de los distintos profesionales (14).

El trabajo en equipo tiene claras ventajas, en especial cuando se consideran aspectos de resultados y calidad sobre el usuario, ya que los aspectos de intercambio que conlleva y la atención desde diversos enfoques permiten una atención complementaria, ordenada y eficaz; un trabajo racional y eficiente, un estímulo para la educación para la salud y un elemento importante para conseguir satisfacción profesional (2).

No obstante, si se considera lo revolucionario de esta forma organizacional además de la poca tradición de trabajo en equipo en nuestro país, es fácilmente comprensible que los equipos de atención primaria pasen, necesariamente, por un período de ajuste-conflicto en la evolución natural de los mismos (2).

Además de la falta de experiencia, existen otros problemas para realizar el trabajo en equipo (15): la falta de objetivos globales, el conflicto de roles y la falta de comunicación.

Desde el punto de vista de la comunicación, diversos autores (16-18) manifiestan el obstáculo que supone la existencia de equipos grandes (como los existentes en la actualidad en los centros de salud de nuestro Estado) para la comunicación y la eficiencia. Según nuestra opinión, este problema puede paliarse con la existencia de equipos funcionales y/o intrínsecos dentro del equipo de atención primaria.

Mención especial merece como dificultad la existencia de grupos profesionales que actúan de forma independiente (sobre todo médicos y enfermeras). En este sentido, Otero y cols. (19) encuentran fronteras grupales entre médicos y personal de enfermería en una muestra de equipo de atención primaria estudiada, y Gallo Vallejo y cols. (12) afirman que si bien los grupos profesionales tienden a surgir de forma espontánea, si actúan como equipos funcionales pueden resultar positivos.

Aranda Regules (20) desde un punto de vista más general, va más lejos al afirmar que el equipo ha sido sustituido en los centros de salud por pequeños grupos con objetivos muy específicos.

Por todo ello, los aspectos facilitadores del trabajo en equipo deben pasar por la clarificación y comprensión de los distintos roles, la explicitación y el consenso de los objetivos, la buena comunicación y relación interpersonal, la formación específica, la incentivación del trabajo y el apoyo por parte de los equipos directivos (2). En definitiva, todos aquellos factores que condicionan la percepción colectiva de unidad y la capacidad de actuar de modo unitario para el logro de objetivos comunes (21). Pero además, tal y como afirma Pritchard (11), es necesario complementar y enriquecer el equipo de atención primaria con una infraestructura eficaz de equipos funcionales e intrínsecos (ya comentados).

La consolidación efectiva del trabajo en equipo requiere la matricialidad organizacional de la atención primaria, que se consigue cuando se consensuan objetivos y éstos son asumidos por todos los integrantes de la organización en función de una relación funcional horizontal, colaborativa y no jerárquica.

Todo este marco organizativo se completa con el trabajo por programas. Así, el equipo de atención primaria desarrollará sus funciones de forma coordinada, horizontal, en el marco de unos programas de salud dirigidos a un segmento concreto de población, integrando actividades de promoción y prevención de la salud, donde colaboran todos los miembros del equipo en la consecución de unos objetivos fruto de un proceso de planificación previa.

Tal y como afirma López Fernández (22) «el trabajar por programas está considerado como la forma correcta de trabajar en atención primaria de salud». No obstante, la organización del trabajo por programas en los equipos de atención primaria ha tenido también en ocasiones sus efectos perversos (23): la «divinización de las técnicas», al considerar que los nuevos métodos derivados del método epidemiológico y de la salud comunitaria son buenos por sí mismos, eludiéndose la necesaria adaptación al contexto y generando burocracia y obstáculos organizativos innecesarios; el enfoque rígido y lineal de la programación, que ha impedido la adaptación a nuevas situaciones; y la supremacía de los procedimientos administrativos sobre las prácticas clínicas. Es necesario por lo tanto que la programación sea circular y no lineal y rígida, que los programas estén orientados a la acción y que estén adaptados a cada situación (23).

Unidad de enfermería

La unidad de enfermería tiene la función de organizar, sistematizar y racionalizar la prestación de cuidados a la población, mediante una serie de acciones realizadas en el marco de los programas de salud, dentro de cada modalidad de atención y como contribución específica a la organización del equipo de atención primaria. Dichas acciones son las siguientes:

1. Definición de un modelo de cuidados concreto, que explicita la contribución específica de enfermería al equipo de atención primaria.
2. Identificación de los grupos y segmentos de población que sean susceptibles de intervención de enfermería.
3. Definición de la oferta de cuidados a los grupos susceptibles, priorización según criterios de necesidad y demanda, y plasmación de todo ello en la contribución enfermera a la cartera de servicios.
4. Determinación del modelo organizativo de cuidados y, por lo tanto, del criterio a utilizar para asignar población a cada enfermera.
5. Asignación de actividades, horario y espacio físico.
6. Elaboración de normas administrativas que orienten, ordenen y regulen la atención.
7. Desarrollo de mecanismos de comunicación, coordinación y derivación eficaces (criterios de inclusión en programas, criterios de derivación interconsulta, criterios de seguimiento, etc.) con el resto del equipo, el hospital e instituciones implicadas en el trabajo comunitario.

8. Establecimiento de procedimientos estandarizados de trabajo.
9. Establecimiento de mecanismos de mejora de la accesibilidad y de captación de la población susceptible.
10. Establecimiento de mecanismos de racionalización de la demanda, si fuese necesario.
11. Planificación, coordinación y desarrollo de actividades de formación continuada, pregrado y posgrado.
12. Establecimiento de estrategias de mejora de la calidad de los cuidados.
13. Definición de líneas de investigación.
14. Otras acciones determinadas por las características del entorno.

Las anteriores acciones conforman los escalones por los que debe pasar la unidad de enfermería en su desarrollo organizativo ideal. Dichas acciones se enmarcan en las siguientes etapas de desarrollo organizativo:

Etapas inicial. Coincidente con la apertura del centro de salud y formada por las acciones 2, 4 y 5.

Etapas de consolidación. Cuando la organización alcanza un nivel de desarrollo que permite un funcionamiento adecuado. En ella se incluyen las acciones 3, 6, 7, 8 y 11.

Etapas de desarrollo óptimo. La introducción de los elementos de mejora representados por las acciones 1, 9, 10, 12, 13 y 14, permiten importantes avances en la calidad de los cuidados.

La duración de estas etapas varía en función de cada centro de salud, y no todos los centros logran completarlas todas.

El nivel organizativo alcanzado influye de forma importante en la calidad de los servicios. Según Vuori, probablemente menos de la mitad de las deficiencias de calidad son educativas y de actitudes, el resto son organizativas (24). También influye en determinados componentes del clima organizacional y, por lo tanto, sobre procesos psicológicos como la motivación, el estrés y la satisfacción en el trabajo (25-27).

Así, un óptimo nivel organizativo, junto con la elección del modelo organizativo más adecuado para cada caso y un estilo de liderazgo acertado, permitirán garantizar componentes tan importantes de la calidad asistencial como la utilización eficiente de los recursos humanos, la accesibilidad de los servicios, la satisfacción del usuario, la continuidad de los cuidados y la satisfacción profesional.

En el caso de enfermería, el nivel organizativo existente en un centro de salud determinado dependerá sobre todo del sistema profesional enfermero dominante: biomédico o de cuidados. Si predomina el de cuidados, no habrá más remedio que desarrollar un nivel organizativo óptimo para poner dicho sistema profesional en la práctica. Si predomina el biomédico debe crearse primero la necesidad de trabajar con cuidados, antes de intentar implantar el nivel organizativo óptimo. Para crear esta necesidad es necesario, entre otras cosas, que los gestores de enfermería, entre otros, lideren la cultura organizacional dominante en sentido positivo: identificando y promoviendo valores relacionados con la enfermería como profesión de cuidados ya existentes, incorporando los valores de los nuevos miembros e identificando y promoviendo «activos intangibles» (colaboración, entusiasmo, creatividad) (28). Por cultura organizacional se entienden una serie de supuestos básicos, inventados, descubiertos o desarrollados por un grupo determinado a medida que va aprendiendo a solventar sus problemas de adaptación externa y de integración interna, que ha funcionado lo bastante bien para considerarla válida y, por lo tanto, puede enseñarse a nuevos miembros cuál es la manera correcta de percibir, pensar y sentir con relación a estos problemas (29).

Para completar las etapas anteriormente mencionadas, por las que tiene que pasar la unidad de enfermería en su labor organizadora, ésta puede contar con el apoyo de diversos ins-

trumentos. De todos ellos, interesará destacar los protocolos, el manual de normas y procedimientos, la cartera de servicios y el horario de atención al usuario.

Los protocolos son acuerdos detallados y escritos de normas de actuación para el abordaje de un problema de salud o situación asistencial. Los protocolos de enfermería abordan las necesidades y dimensiones objeto de valoración, los diagnósticos enfermeros usuales para el proceso y los cuidados fundamentales para su abordaje y resolución. Suelen hacerse tras la actualización de conocimientos sobre el problema abordado.

Tienen la finalidad inmediata de unificar criterios de atención y dar soporte orientativo-formativo, y la consecuencia de permitir la incorporación de elementos de planificación, optimización de recursos (al evitar acciones ineficientes), calidad y definición del producto enfermero, estableciendo un marco de consenso, colaboración y seguridad en las decisiones. En este sentido, puede ser interesante comentar que en un estudio llevado a cabo sobre varios equipos de atención primaria (30), uno de los aspectos que se ha puesto de manifiesto ha sido la relación positiva entre la estandarización y la satisfacción laboral, por lo que puede afirmarse que existen bastantes indicios de que la utilización de protocolos de atención conlleva mayor satisfacción profesional. Para que los protocolos influyan de la forma adecuada en las prácticas profesionales, deben tenerse en cuenta los componentes y reglas del sistema profesional (influencia por iguales: sociedades científicas, líderes profesionales, libros de texto, revistas de prestigio, etc.) (22).

El manual de normas y procedimientos puede ser útil para el ordenamiento eficaz de la ingente cantidad de decisiones que a diario se toman en un centro. El manual es el «conjunto de toda aquella información escrita que tiene como fin la sistematización del trabajo de manera racional, sencilla y ordenada, de forma que de su lectura se desprenda la comprensión de cómo debe desarrollarse el trabajo» (31).

Las normas determinan las decisiones y formas de actuar, por ejemplo, los servicios que se ordenan a través de la cita previa, el número de electrocardiogramas diarios a realizar, la ordenación del acceso a la consulta de planificación familiar, etc. Los procedimientos son útiles también en tanto que detallan, de forma aproximada cómo debe desarrollarse una determinada actividad, por ejemplo, la realización de una espirometría o una pauta de corrección vacunal.

La cartera de servicios es una herramienta de gestión y evaluación que define la oferta de atención de los centros de salud según cantidad, calidad y pertinencia, en el ámbito de cada programa de salud. Dicha herramienta describe los problemas de salud ya definidos y priorizados de forma centralizada por la administración, determina la población diana y define la evaluación, centrándose en la evaluación de la cobertura del servicio y de criterios mínimos de calidad del proceso. Así, el enfoque por servicios supone una simplificación del proceso de programación, de forma que la cartera de servicios va trascendiendo su papel gestor para constituirse en la práctica en un método de programación simplificado (32).

Con este método simplificado se gana en aspectos prácticos. Puede perderse en análisis y estrategias (a medias, porque quedan implícitos en la aplicación de la cartera de servicios a cada centro de salud), en medir eficiencia (aunque sería dudoso si los programas sirven para valorar lo que se ha conseguido respecto al consumo de recursos, y está claro por otra parte que la eficiencia se mide cuando se sea capaz de aplicar mecanismos de medición del producto sanitario basados en sistemas de clasificación de pacientes por isoconsumo) y quizá lo único relevante es que podría perderse en participación, ya que su diseño centralizado es interpretado en ocasiones por los profesionales como «inhibidor» de la participación.

Por otro lado, como ya se ha comentado, la cartera de servicios necesita ser completada con la definición de la aportación enfermera, bajo el enfoque de un modelo de cuidados concreto (grupos susceptibles priorizados y oferta de cuidados).

El horario de atención al usuario permite una doble finalidad: asignar tareas a los profesionales y determinar a su vez la oferta de servicios a los usuarios. Debe ser el resultado de la

oferta de cuidados, la cartera de servicios y la modalidad organizativa elegida y está condicionado además por la disponibilidad de espacio físico. Se clasifica, en función del reparto de tareas, en dos tipos:

Equitativo. Las distintas modalidades de atención están repartidas de igual forma en tiempo para todos los profesionales.

No equitativo. Cuando están repartidas de forma desigual.

Supone un aspecto organizativo básico que está poco estudiado, a pesar de ser una herramienta de trabajo básica. No obstante, de nuestra experiencia extraemos algunas indicaciones que pueden tenerse en cuenta:

1. Hasta que todas las modalidades de atención no estén implantadas de forma adecuada, es conveniente organizar aquellas insuficientemente desarrolladas (por lo general trabajo con la comunidad y, en menor medida, visita domiciliaria programada) de forma funcional (no todos los enfermeros las realizan, sólo aquellos con suficiente competencia; véase más adelante en modelos organizativos de cuidados), de forma que el horario resultante sería no equitativo. Así se evitan crear espacios muertos que luego, o no se llenan, reforzando el tópico de «el médico con mucha demanda y la enfermera holgada» o se llenan con la consulta de enfermería, masificándola a imagen y semejanza del médico, sin que ello suponga mayor valor añadido para el servicio de cuidados enfermeros.
2. La idea anterior se complementa con la posibilidad de reforzar las modalidades de atención «clásicas» (servicios comunes y avisos a domicilio) mejorando la calidad y la accesibilidad. En ocasiones, un intento de desarrollo de las nuevas modalidades, concentrando el tiempo profesional en ellas, ha desembocado en la creación de espacios muertos, oferta excesiva de consulta de enfermería, promoción de salud insuficiente y detrimento de la calidad en las modalidades clásicas. Así, si se tiene en cuenta que la población que pasa por consulta de enfermería es reducida (aunque hiperconsumidora) y que la población nos identifica con las modalidades clásicas, en el supuesto anterior lo que se ha conseguido es empeorar la imagen de los servicios enfermeros.
3. También puede completarse este planteamiento con la idea de que a más flexibilidad y posibilidad de crear espacios nuevos, mayor posibilidad de incorporar innovaciones en promoción de salud (20). La especialización inicial y el horario no equitativo permiten la suficiente flexibilidad para ir incorporando de manera progresiva profesionales a las modalidades de atención menos desarrolladas, cuando la competencia profesional y el contagio del éxito de las actividades de promoción de salud lo permitan.

Por último, y a modo de análisis de futuros escenarios, debe comentarse que las nuevas fórmulas de gestión basadas en la descentralización de la toma de decisiones, la gestión clínica por procesos, la incentivación ligada a la elección del usuario, la financiación prospectiva, la competencia interna, etc., y traducidas en la definición de centros de responsabilidad y todos aquellos aspectos que definen su funcionamiento (responsable, cartera de servicios, cartera de clientes, productos, objetivos, financiación, incentivos y evaluación), introducen cambios en la estructura organizativa presentada, sin que todavía sepamos muy bien el verdadero alcance de estos cambios.

Como ejemplo de lo expuesto, el plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud (33) propone la transformación del equipo de atención primaria en diversos centros de responsabilidad: las unidades clínicas (médicos y enfermeros; una o varias por cada equipo), unidades de atención al usuario (personal de información-recepción) y dispositivos de apoyo (trabajadores sociales, fisioterapeutas, odontólogos, etc.).

De cualquier forma, y aunque cambie el entorno organizativo, los enfermeros deben seguir desarrollando las funciones atribuidas en este capítulo a la unidad de enfermería, bien mediante esta estructura funcional o mediante otro tipo de estructura.

Modelos organizativos de cuidados

De todas las etapas que debe cubrir la unidad de enfermería, nos detendremos en la determinación del modelo organizativo de cuidados, y más en concreto en la descripción de los distintos modelos, por razones de utilidad y aplicabilidad. Si bien las distintas tipologías de asignación de usuarios se conocen por diversos nombres en la bibliografía consultada (sistemas de atención de enfermería, modelos prácticos de enfermería, sistemas de decisión de cuidados), parece más adecuado el término modelos organizativos de cuidados.

Las formas de organizar la prestación de cuidados en atención primaria en función de los criterios de asignación de usuarios han variado entre centros y a lo largo del tiempo. La revisión bibliográfica nos lleva a la conclusión de que no existen en nuestro medio unos criterios claros que orienten este aspecto. En líneas generales, los distintos modelos organizativos de cuidados descritos en la literatura (34-40) (enfermería funcional, enfermería de equipo, enfermería primaria, gestión de casos, cuidado enfocado al paciente, equipo de trabajo autodirigido, etc.), hacen referencia, bien a experiencias hospitalarias, bien a sistemas empleados en países cuyo primer nivel de atención difiere del nuestro, por lo que los resultados son difícilmente extrapolables.

No obstante, puede ser interesante valorar la posibilidad de incorporar a nuestro medio el modelo de gestión de casos. Dicho modelo se basa en la existencia de una enfermera que asume la responsabilidad y la planificación de los cuidados de un usuario determinado de forma coordinada con el resto del equipo de salud, encargándose de asignar actividades a otros miembros del equipo en función de su cualificación, supervisar las acciones y garantizar que el plan de cuidados se lleve a cabo según los resultados y plazos de atención establecidos de antemano en un plan de control (34).

Esta forma de organización podría utilizarse en atención primaria para la atención domiciliar de ancianos y discapacitados, ya que la enfermera comunitaria puede actuar como gestor de casos, aglutinando y coordinando a todos los profesionales que intervienen en la atención del caso (médico, auxiliares de enfermería, servicios sociales, servicio de ayuda a domicilio, trabajador social, etc.).

En líneas generales, la gestión de casos ofrece ventajas importantes: responsabilizar a la enfermera del cuidado de un determinado usuario, garantizar que el cuidado de ese usuario se lleva a cabo según unos criterios de atención predefinidos en función de calidad y eficiencia, y conseguir la adecuada coordinación de todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención.

Volviendo a nuestro entorno, si bien se señalaba anteriormente que no existen criterios claros en el estado español que orienten sobre cómo organizar las unidades de enfermería, sí que de las distintas experiencias puestas en práctica pueden identificarse diversos modelos organizativos de cuidados, en función de los métodos utilizados para la asignación de usuarios a cada enfermera (métodos de asignación de casos).

Los distintos modelos organizativos pueden clasificarse en dos grandes grupos: la organización por población y la organización funcional. En el primer grupo, los métodos de asignación se basan en adjudicar una población de referencia a cada profesional, de forma que éste debe prestar una atención integral a dicha población, con independencia del tipo de servicio o actividad que realice. Dentro de este grupo tenemos la organización por unidades de atención familiar y la organización por zonas geográficas o sectorización. En la organización funcional, el criterio de reparto lo constituye la asignación por servicios o actividades y

abarca los siguientes modelos: organización por programas de salud o dispensarización, organización por actividades y rotaciones.

En la práctica, no existe un modelo organizativo puro, y lo habitual son modelos mixtos, de forma que en un mismo centro nos encontramos distintas formulas organizativas para cada modalidad de atención o grupo de modalidades, existiendo en ocasiones incluso diferencias entre programas dentro de la misma modalidad de atención.

Por otro lado, tampoco existe una indicación clara para cada modelo. Esto se debe fundamentalmente a dos razones:

1. La elección del modelo depende en parte de factores como el perfil formativo de los profesionales y el entorno organizativo.
2. Si bien el dilema de decidir por uno u otro modelo no es nuevo, apenas existen en nuestro medio trabajos de investigación serios que aporten conclusiones fundadas sobre los efectos del modelo organizativo sobre la eficiencia de los cuidados, la satisfacción profesional o la satisfacción del usuario, y todo ello a pesar de la presencia de estos temas en la bibliografía de administración de enfermería de los últimos años (35, 41, 42).

A pesar de ello y en cuanto al estudio de la viabilidad y efectos de cada modelo organizativo, merece la pena destacar dos estudios, como ejemplo a seguir en el desarrollo de líneas de investigación. El primero, desarrollado por Van Der Hofstardt y cols. (43), donde se comparan dos modelos organizativos de cuidados (sectorización y dispensarización) en función del grado de satisfacción profesional y el estrés laboral, sin que se encuentren diferencias significativas entre ambos. Los autores aconsejan en sus conclusiones, la necesidad de seguir investigando para poder confirmar este resultado, dado que pueden existir errores derivados del número limitado de profesionales encuestados. El segundo estudio, de Martínez Riera y Martínez Cánovas (44) compara los costes de dos modelos organizativos (asignación por cupo médico y sectorización) en un área de salud, y encuentran costes menores en la sectorización y por lo que los autores concluyen que esta modalidad organizativa puede aumentar el rendimiento de los servicios de enfermería.

A continuación se describen brevemente en qué consiste cada uno de los modelos organizativos de cuidados (tabla 15-3).

Unidad de atención familiar

Es un modelo concreto de equipo de salud y el elemento básico en la organización del centro. Coincide con los equipos intrínsecos de Pritchard que ya se han comentado. Está

TABLA 15-3 Modelos organizativos de cuidados

	Organización por población		Organización funcional		
	UAF	Sectorización	Dispensarización	Por actividad	Rotaciones
Criterio de asignación	Cupo Libre elección	Zonas geográficas	Programas	Tipo de actividad	Turnos
Ámbito más frecuente	Consulta de enfermería Visita domiciliaria	Visita domiciliaria	Consulta de enfermería Trabajo con la comunidad	Servicios comunes	Servicios comunes

UAF: unidad de atención familiar.

constituida por un médico y una enfermera, encargados de la atención integral de un grupo de población que tienen adscrita (15). La asignación de usuarios a cada unidad de atención familiar puede realizarse bien mediante el sistema de cupos médicos (grupo de población asignado por la administración), bien mediante la libre elección de profesional por parte del usuario. Hasta la fecha, la libre elección se limita al médico, y la libre elección de enfermera queda en el terreno de la reflexión profesional.

Esta forma de organización mejora la comunicación interprofesional y el trabajo en equipo, permitiendo la continuidad de los cuidados a lo largo de las distintas etapas vitales de los usuarios. Sin embargo, requiere una formación adecuada por parte de los profesionales, ya que deben asumir todo tipo de situaciones susceptibles de atención de enfermería en el primer nivel.

Sectorización

En este modelo organizativo la asignación de usuarios se hace en función de criterios geográficos, de forma que la zona de atención se divide en sectores (en función de número de habitantes, mayores de 65 años, población marginal, isocronas, etc.) y a la población de cada sector se le asigna una o varias enfermeras (45, 46).

A los beneficios de la unidad de atención familiar, la sectorización suma una mayor racionalización de los desplazamientos en atención domiciliaria, así como la posibilidad de identificación por parte de la población de la «enfermera de barrio». Como diferencia, plantea el hecho de que cada enfermera debe trabajar en conjunto con varios médicos a la vez.

Dispensarización

En este caso, no existe una población de referencia, sino que el criterio de asignación de usuarios lo constituyen los programas de salud. De esta forma, cada enfermera atiende determinados programas de salud, y no todos.

La consecuente «especialización» que supone esta forma de organización plantea la posibilidad de cuidados más efectivos, así como mayor facilidad para instaurar nuevos servicios e incorporar innovaciones, como se ha comentado anteriormente. En este sentido, y en contraposición a los métodos de asignación por población, existen autores que opinan que sería preferible diseñar un programa dispensarizado que pueda ponerse en marcha, a uno integrado (por unidad de atención familiar) que por diversas razones (formativas, ideológicas, etc.) sea inviable (47). No obstante, hay que tener en cuenta que rompe la continuidad de cuidados entre distintos programas (p. ej., visita puerperal y seguimiento de salud infantil), además de los problemas que plantean las ausencias de profesionales «especialistas» y la pérdida del enfoque integral de la atención.

Actividades

La asignación de cargas de trabajo mediante adjudicación de usuarios en función del tipo de actividad es poco frecuente en atención primaria, y se reduce a aquellas situaciones en las que hay enfermeras que sólo realizan actividades delegadas (consulta de servicios comunes y avisos a domicilio), debido a su perfil profesional.

Rotaciones

En la actualidad se ofrecen una serie de servicios que por sus características son susceptibles de ser ejecutados por un sistema de turnos, donde toda la unidad o parte de la misma participa en su realización. Tal es el caso de las actividades delegadas y, dentro de éstas, de la consulta de servicios comunes, donde los problemas organizativos y de recursos que plantearía el que cada enfermera atendiese a su población, hacen viable sólo esta forma de organización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomino Moral PA, Frías Osuna A. Atención primaria de salud: un análisis sobre la transición de enfermería. *Gac Sanit* 1992; 6: 269-274.
2. Frías A, Palomino PA. Modalidades de atención y organización de enfermería en la atención primaria de salud. En: Mazarrasa L, Germa C, Sánchez A, Sánchez AM, Merelles T, Aparicio V, eds. *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1996; 923-939.
3. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Circular 18/86, de 17 de abril de 1986, sobre organización y funcionamiento del personal de enfermería en los centros de atención primaria.
4. Merino JJ, Rogero P, Martín FJ y cols. Reorientación de las actividades de enfermería en centros de salud. *Rol de Enfermería* 1993; 179-180: 82-85.
5. Guzmán Fernández MA, Hernández San Jose C, Méndez Lirón M y cols. Organización del trabajo de enfermería en equipos de atención primaria del Sector Oeste de Valladolid. *Enfermería Científica* 1995; 156-157: 9-13.
6. Fernández I, Rodríguez MD, Amézcuca M. Plan de atención domiciliaria para centros de salud I. Jaén. Servicio Andaluz de Salud, Gerencia Provincial de Jaén, 1988.
7. Consejería de Salud. S.A.S. Grupo de trabajo sobre Visita Domiciliaria en Enfermería en APS. Sevilla, 1988-1989.
8. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Doyma, 1989.
9. Mintzberg H. Mintzberg y la Dirección. Madrid: Díaz de Santos, 1991.
10. López Fernández LA. Estructura organizativa de los centros de salud. Los puestos de gestión. En: Gallo Vallejo FJ y cols., eds. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: SemFYC, 1997; 223-227.
11. Pritchard P. Manual de atención primaria de salud. Su naturaleza y su organización. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
12. Gallo Vallejo FJ, Frías Rodríguez JF, García Marcos A. El equipo de atención primaria: composición y funciones. El médico de familia como miembro del equipo. En: Gallo Vallejo FJ y cols., eds. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: SemFYC, 1997; 39-50.
13. Gómez Gascón T. El equipo de salud multidisciplinario. *Aten Primaria* 1990; 7 (8): 9-10.
14. Martín Zurro A. El equipo de atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999; 57-68.
15. De la Revilla L. Trabajo en equipo. En: De la Revilla, ed. *La consulta del médico de familia: la organización en la práctica diaria*. Madrid: Jarpyo, 1992; 91-100.
16. Pritchard P, Pritchard J. *Developing teamwork in primary health care. A practical workbook*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
17. Gené Badía J, Durán Navarro J. Gestión en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999; 69-81.
18. Barr DA. The effects of organisational structure on primary care outcomes under managed care. *Ann Intern Med* 1995; 122: 353-359.
19. Otero A, Morales FJ, López-Sáez FJ. Relaciones grupales (médicos y personal de enfermería) en los equipos de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1996; 2 (1): 13-22.
20. Aranda Regules JM. Gestión de innovaciones y cambio organizacional en los centros de salud. En: Aranda Regules JM, ed. *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de los principios de Alma-Ata*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994; 269-308.

21. Buitrago Ramírez F. El trabajo en equipo en atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12 (4): 9-10.
22. López Fernández LA. Claves para planificar mejor en los centros de salud. En: Aranda Regules JM, ed. *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de los principios de Alma-Ata*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994; 155-182.
23. Lleras Muñoz S, Díez García MA. Reflexiones críticas sobre el método de organización del trabajo por programas en los equipos de atención primaria. *Centro de Salud* 1995; febrero: 89-94.
24. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. *Conceptos y metodología*. Barcelona: Masson, 1991.
25. Lancaster J. Creating a climate for excellence. *J Nurs Administrat* 1985; 15 (1): 16-19.
26. Hart SK, Moore MN. The relationship among organizational climate variables and nurse stability in critical care units. *J Prof Nurs* 1989; 5 (3): 124-131.
27. Revicki DA, May HG. Organizational characteristics, occupational stress and mental health in nurses. *Behav Med* 1989; 15 (1): 30-36.
28. Ruiz Moreno J. Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería (II). *Rol de Enfermería* 1999; 22 (2): 91-97.
29. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.
30. Palací FJ, Iglesias F, Otero A. Evaluación organizacional en los equipos de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* Octubre-diciembre 1995; 1 (3): 146-156.
31. Dirección General de Atención Primaria y de Promoción de Salud. *Guía para la elaboración del manual normas y procedimientos de enfermería*. Sevilla: Consejería de Salud, 1987.
32. Miguel García F, Maderuelo Fernández A. Servicios sin programas a la vuelta de la esquina. *Aten Primaria* 1995; 16 (1): 55.
33. Servicio Andaluz de Salud. *Plan Estratégico*. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 1999.
34. Iyer P, Tapich B, Bemocchi-Losey D. Ejecución: sistemas de atención en enfermería. En: Iyer P, Tapich B, Bemocchi-Losey D, eds. *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería*. Madrid: Interamericana, 1993.
35. Mark B. Characteristics of nursing practice models. *J Nurs Administrat* 1992; 22 (11): 57-63.
36. Wake M. Nursing care delivery systems: status and vision. *J Nurs Administrat* 1990; 20 (5): 47-51.
37. Manthey M. Delivery system and practice models: a dynamic balance. *Nurs Management* 1991; 22(1): 28-30.
38. American Nurses' Association. Task force on case management in nursing. *Nursing Case Management*. MO: American Nurses' Association. Kansas City, 1988. Publication Nº NS-32.
39. Brider P. The move to patient focused care. *Am J Nurs* 1992; 92: 26.
40. Ling CW. Performance of a self-directed work team in a home healthcare agency. *J Nurs Administrat* 1996; 26 (9): 36-40.
41. Erkel EA. The impact of case management in preventive services. *J Nurs Administrat* 1993; 23 (1): 27-32.
42. Taban HA, Cesta TG. Evaluating the effectiveness of case management plans. *J Nurs Administrat* 1995; 25 (9): 58-63.
43. Van Der Hofstard CJ, Baena C, Sánchez A y cols. Organización del trabajo de enfermería en atención primaria y estrés laboral: enfermería comunitaria versus enfermería por programas. *Centro de Salud* 1995; 3: 757-761.
44. Martínez Riera JR, Martínez Cánovas P. Análisis de la actividad de enfermería en atención primaria del Área 17 de Salud de Elda. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4 (3): 152-156.
45. Proyecto de enfermería comunitaria. Servicio Valenciano de Salud. Valencia, 1993 (sin publicar).
46. Martínez Riera JR. La enfermería comunitaria como vehículo de interrelación. *Alacant Sanitari* 1994; 5: 3-9.
47. De la Revilla L, Sevilla García E. Programas integrados en atención primaria de salud: un análisis crítico. *Aten Primaria* 1989; 6 (8): 9-10.