



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Experiencia de las Enfermeras de Atención Primaria sobre la Gestión Enfermera de la Demanda

M^a Ángeles Vara Ortiz

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Experiencia de las Enfermeras de Atención Primaria
sobre la Gestión Enfermera de la Demanda

Doctoranda

M^a Ángeles Vara Ortiz



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Programa de Doctorat en Infermeria i Salut

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Experiencia de las Enfermeras de Atención Primaria
sobre la Gestión Enfermera de la Demanda

Doctoranda
M^a Ángeles Vara Ortiz

Directora
Dra. Núria Fabrellas Padrés

Tutora
Dra. Montserrat Puig Llobet

Barcelona, septiembre de 2022

AGRACEDIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a la Dra. Núria Fabrellas todo su esfuerzo y dedicación. A pesar de todos los obstáculos que nos hemos ido encontrando durante todo el proceso de la realización de esta tesis, ha sabido guiarme hasta el final. Moltes gràcies.

A Susana Marcos, que ha sido un gran apoyo para mí. No solo a nivel emocional, sino porque me ha sabido aconsejar y me ha dado luz en todos los momentos que lo he necesitado. Ella ha confiado en mí más de lo que yo he hecho y continuamente ha encontrado las palabras adecuadas para ayudarme a seguir adelante. Muchas gracias por estar siempre ahí.

A Mar Isnard y Magda Lladó, quienes siempre me han proporcionado la ayuda institucional que necesitaba. Ellas han colaborado en todo lo que ha estado en su mano para que esta investigación se llevara a cabo.

A Lala Juvé, que en su momento no le pude agradecer su gran aportación en cuanto a visión y metodología del análisis de concepto y gran parte del mérito es suyo.

A mis compañeros, Montse Pérez, Jordi Ingla y Jordi Masferrer. De ellos he recibido mucho cariño y apoyo, tal como hacen siempre, en todas las situaciones que compartimos.

A mis compañeros de equipo por sus ánimos y soporte a diario, especialmente en esta última etapa.

A todas las enfermeras que, de una manera desinteresada, han dado voz a esta tesis y han colaborado sin esperar nada a cambio, solo con la única motivación

de ayudar a una compañera y contribuir a la profesión. Sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.

A Montse, que ha colaborado con una de las tareas más importantes: cuidar de mi hijo cuando no he podido estar y hacerlo desde el amor infinito. Gracias.

A mi hermana y, sobre todo, a mis padres. Ellos han estado, están y estarán siempre. Gracias por inculcarme la cultura del esfuerzo, ya que, sin ella, hoy no habría llegado hasta aquí. Gracias también por cuidar de Gael, por cuidarme a mí y facilitarme todo aquello que he necesitado.

A Gabri, que me ha apoyado en todo este camino y que me acompaña día a día. Él me ha ayudado, no solo con sus buenos consejos, sino también a llevar este proceso de una manera más tolerable. Moltes gràcies per estar al meu costat.

Y por último a Gael, que ha sido el que posiblemente haya entendido menos que me ausentara durante mucho tiempo por esta causa. Espero que esta experiencia pueda servir para explicarle que, a base de esfuerzo se consiguen las cosas, y que, si no lo intentas, nunca lo conseguirás. T'estimo infinit.

RESUMEN

La gestión enfermera de la demanda (GED) es la atención liderada por la enfermera cuando los usuarios consultan por un problema de salud agudo leve. Esta atención hasta hace poco tiempo era proporcionada únicamente por los médicos. Al ser una atención novedosa desde la perspectiva del rol autónomo de la enfermera, se han explorado las percepciones de las enfermeras al aplicar la GED. Los objetivos generales de esta tesis son: describir la experiencia de las enfermeras de Atención Primaria del área del Vallés Oriental sobre la aplicación de la GED y analizar la experiencia de las enfermeras de Atención Primaria de Cataluña sobre la aplicación de la GED.

Estudio con metodología mixta secuencial cualitativa-cuantitativa. El enfoque cualitativo fue un estudio fenomenológico y el estudio cuantitativo fue mediante un estudio descriptivo observacional transversal. Además, se efectuó un sub-estudio descriptivo observacional transversal posterior al enfoque cuantitativo para describir la implantación y resolución de la GED en Cataluña y contrastar los hallazgos de los estudios anteriores. Previamente, se realizó un análisis de concepto para clarificar el significado de GED.

El ámbito de estudio fue el Vallés Oriental para el estudio fenomenológico y todo el territorio catalán para el estudio descriptivo. Para el estudio cualitativo participaron un total de 20 enfermeras. Se realizaron 3 grupos focales y 9 entrevistas. Cuatrocientas cinco enfermeras participaron en el estudio cuantitativo, respondiendo un cuestionario *ad hoc*. Este cuestionario exploraba aspectos referentes a la experiencia de aplicación de la GED: definición y aplicación del programa, organización, competencias, formación, legalidad, opiniones percibidas por usuarios y otros profesionales y puntos fuertes,

limitaciones y aspectos de mejora del programa. Para el sub-estudio cuantitativo se utilizaron datos secundarios.

Los resultados muestran que el concepto de la GED debe unificarse y promocionarse ya que no todos los actores que intervienen la entienden igual. Las enfermeras aplican la GED a diario y resuelven una media del 63% de las visitas de GED en adultos y un 67% en pediatría. Los motivos que han tenido más dificultad en resolver son los que históricamente resolvía el médico. Aproximadamente la mitad de las enfermeras se ha formado en GED y la formación les ha resultado útil demostrando que cuanto más duración tiene, más útil es. Se ha observado una falta de formación especialmente en las enfermeras más noveles. Siete de cada diez enfermeras desconocen el marco legal que ampara la GED provocándoles inseguridad no conocerlo. Seis de cada diez han dejado de resolver visitas por miedo a las repercusiones legales.

Las enfermeras verbalizan que es necesario establecer un plan formativo para ellas, especialmente para las más noveles con el objetivo de aclarar el concepto y de ampliar conocimientos. Además, es necesario difundir el marco legislativo que ampara la GED para dotarlas de más conciencia y seguridad en sus acciones.

La presente investigación aporta las percepciones de las protagonistas de la GED. Dar voz a las enfermeras ha permitido darles la oportunidad de expresarse y compartir experiencias; a su vez, se han evidenciado ciertas carencias y también la envergadura del trabajo y el valor que aportan las enfermeras de nuestro país.

ABSTRACT

Nurse demand management (NDM) is nurse-led care when users consult for a mild acute health problem. These cases were seen only by physicians before NDM. Being a novel activity from the autonomous perspective of the nurse, the aim was to explore their perceptions and experiences in relation to its application. The aims of this thesis are: to describe the experience of Primary Care nurses in the Vallés Oriental area on the application of NDM and to analyze the experience of Primary Care nurses in Catalonia on the application of NDM.

The study consisted of different phases: first, a concept analysis was carried out with the objective of contextualizing the NDM. Subsequently, a study was conducted with a mixed sequential method: qualitative-quantitative. The qualitative approach was a phenomenological study, and the quantitative study was a cross-sectional descriptive observational study. In addition, a cross-sectional observational descriptive sub-study was carried out after the quantitative study to describe the implementation and resolution of NDM in Catalonia and to contrast the findings of the previous studies. Previously, a concept analysis was conducted to clarify the meaning of NDM.

The scope of the study was Vallés Oriental area for the phenomenological study and the whole Catalan territory for the descriptive study. A total of 20 nurses participated in the qualitative study. Three focus groups and nine interviews were conducted. Four hundred and five nurses participated in the quantitative study by answering an *ad hoc* questionnaire. This questionnaire explored aspects concerning the experience of applying NDM: definition and application of the program, organization, competencies, training, legality, perceived opinions of users and other professionals and strengths, limitations, and areas of

improvement of the program. Secondary data were used for the quantitative sub-study.

The results show that the concept of NDM needs to be unified and promoted as it is not understood in the same way by all the involved actors. Nurses apply NDM on a daily basis and resolve an average of 63% of NDM visits in adults and 67% in pediatrics. The visit reasons they have had the most difficulty resolving are those historically resolved by the physician. Approximately half of the nurses have been trained in NDM and have found the training useful and it has been shown that the longer the training, the more useful it is. A lack of training has been observed, especially among the newer nurses. Seven out of ten nurses are unaware of the legal framework for NDM and feel insecure because of this lack of knowledge. Six out of ten nurses have stopped resolving visits for fear of legal repercussions.

It is necessary to establish a training plan for nurses, especially for the newer ones, to clarify the concept and broaden their knowledge. In addition, it is necessary to disseminate the legislative framework that protects NDM to provide more awareness and security in their actions.

This research provides the perceptions of the protagonists of NDM. Giving nurses a voice has given them the opportunity to express themselves and share their experiences; at the same time, certain deficiencies have become evident, as well as the importance of the work and the value that nurses in our country.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Enfermería como profesión	3
1.2. Atención Primaria	6
1.2.1. Cartera de servicios de AP	12
1.2.2. Enfermera de AP	13
1.3. Gestión de la Demanda Aguda	14
1.3.1. Definición y antecedentes	14
1.3.2. Evolución de la GED. Planes de curas estandarizados. Programa ARES	17
1.4. Estado actual del tema	19
1.5. Justificación	22
1.5.1. Problema - pregunta	23
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS	24
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivos generales y específicos	25
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	26
3. METODOLOGÍA	27
3.1. Análisis de concepto	27
3.2. Estudio mixto	28
3.2.1. Perspectiva paradigmática de la investigación.	28
3.2.2. Diseño y tipo de estudio	29
3.2.3. Ámbito de estudio	30
3.2.4. Periodo de estudio	31
3.2.5. Participantes del estudio: muestreo, perfiles y reclutamiento	31
3.2.6. Técnicas y métodos de obtención de información	34
3.2.7. Variables de estudio	39
3.2.8. Análisis de los datos: tipo de análisis y programas informáticos	41
3.2.9. Criterios de rigor y calidad	43
3.2.10. Consideraciones éticas	44
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	47
4. RESULTADOS	48
4.1. Resultados del análisis de concepto	48
4.2. Resultados del estudio mixto	54
4.2.1. Resultados del estudio fenomenológico	54
4.2.2. Resultados estudios cuantitativos	100

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	130
5. DISCUSIÓN	131
5.1. Limitaciones del estudio	146
5.2. Líneas de trabajo futuras	147
5.3. Aplicabilidad práctica	148
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	151
6. CONCLUSIONES	152
CAPÍTULO 7. BIBLIOGRAFÍA	154
7. BIBLIOGRAFÍA	155
CAPÍTULO 8. ANEXOS	175
8. ANEXOS	176
Anexo 1. Hoja de información al participante	176
Anexo 2. Consentimiento informado	179
Anexo 3. Hoja de recogida de datos	180
Anexo 4. Preguntas guía para la realización de los grupos focales	183
Anexo 5. Preguntas guía para la realización de las entrevistas en profundidad	184
Anexo 6. Cuestionario de recogida de datos cuantitativos	185
Anexo 7. Documento de aprobación del Comitè d'Ètica en Investigació Clínica	193
Anexo 8. Esquema de análisis, la agrupación de categorías y los temas surgidos	194
Anexo 9. Artículos derivados de esta tesis	195
9.1. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda.	195
9.2. Empleo y resolución de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña.	202
9.3. Experience of primary care nurses applying nurse-led management of patients with acute minor illnesses.	210
9.4. Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la Gestión Enfermera de la Demanda.	223

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre la asistencia ambulatoria y la asistencia en atención primaria.	9
Tabla 2. Planes de curas estandarizados de los problemas de salud agudos para adultos y pediatría.	18
Tabla 3. Perfiles definidos según variables de segmentación.	32
Tabla 4. Características principales de la GED en base a las preguntas planteadas.	53
Tabla 5. Perfiles de las participantes.	55
Tabla 6. Categorías resultantes del análisis de datos cualitativo.	56
Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra.	101
Tabla 8. Aplicación de la GED por parte de las enfermeras.	103
Tabla 9. Dependencia del porcentaje de enfermeras que perciben la GED como un triaje en función de los años trabajados en AP.	103
Tabla 10. Diferencia entre el porcentaje de enfermeras que perciben la GED como un triaje según la formación recibida.	104
Tabla 11. Percepción de las enfermeras en referencia a si la implementación de la prescripción enfermera mejorará la aplicación de la GED.	104
Tabla 12. Opiniones de las enfermeras en referencia a la prescripción enfermera.	105
Tabla 13. Uso y seguridad proporcionada por el programa ARES.	105
Tabla 14. Percepción de las enfermeras sobre la creencia de que los médicos están de acuerdo con que ellas apliquen la GED de forma finalista.	109
Tabla 15. Percepción de las enfermeras sobre la creencia de que los usuarios están de acuerdo con que ellas apliquen la GED de forma finalista.	109
Tabla 16. Opiniones de las enfermeras en referencia al usuario.	110
Tabla 17. Cualidades con las que las enfermeras relacionan la GED.	111
Tabla 18. Percepción de las enfermeras sobre la visibilidad que genera la GED.	111
Tabla 19. Percepción de las enfermeras sobre la influencia de la organización interna del CAP respecto a la aplicación de la GED.	112
Tabla 20. Forma de organización interna que más favorece la aplicación de la GED.	112
Tabla 21. Percepción de las enfermeras en cuanto a presión organizativa para ser más resolutivas.	113
Tabla 22. Diferencia entre la percepción de preparación competencial para aplicar la GED según el nivel de formación académica.	114
Tabla 23. Causas de estar competencialmente preparadas para abordar la GED.	114
Tabla 24. Causas de no estar competencialmente preparadas para abordar la GED.	115
Tabla 25. Percepción de las enfermeras sobre la consideración de la GED como una práctica avanzada de enfermería.	115
Tabla 26. Diferencia entre el porcentaje de enfermeras que perciben que la GED requiere prácticas avanzadas de enfermería en función de la edad.	115
Tabla 27. Diferencia entre la percepción de que la GED requiere competencias avanzadas de enfermería y los años trabajados en AP.	116
Tabla 28. Formación en GED recibida por las enfermeras.	117

Tabla 29. Dependencia entre la utilidad de la formación en GED y la duración de ésta.	117
Tabla 30. Dependencia entre la recepción de formación en GED y los años trabajados en AP.	118
Tabla 31. Percepción de las enfermeras sobre el contenido ideal de una formación en GED.	118
Tabla 32. Organismo que, según las enfermeras, debería impartir la formación en GED.	119
Tabla 33. Conocimiento del marco legal que ampara la GED por parte de las enfermeras.	119
Tabla 34. Diferencia entre el conocimiento del marco legal que ampara la GED y la edad.	119
Tabla 35. Diferencia entre el conocimiento del marco legal que ampara la GED y los años de experiencia laboral en AP.	120
Tabla 36. Percepción de inseguridad de las enfermeras provocado por el desconocimiento del marco legal.	120
Tabla 37. No resolución por parte de las enfermeras por miedo a las repercusiones legales.	120
Tabla 38. Diferencia entre la inseguridad provocada por el marco legal en función de su conocimiento.	121
Tabla 39. Diferencia entre la inseguridad provocada por el marco legal en función de los años de experiencia laboral en AP.	121
Tabla 40. Diferencia entre la resolución en función de la inseguridad.	122
Tabla 41. Fortalezas de la GED percibidas por las enfermeras.	123
Tabla 42. Limitaciones de la GED percibidas por las enfermeras.	124
Tabla 43. Acciones de mejora de la GED percibidas por las enfermeras.	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Decàleg del Model d'Atenció Primària i Comunitària de Catalunya.	11
Figura 2. Estrategia del Embudo para la obtención de información.	37
Figura 3. Motivos de consulta de adultos que las enfermeras percibieron con más dificultad para valorar.	107
Figura 4. Motivos de consulta de adultos que las enfermeras percibieron con más dificultad para resolver.	107
Figura 5. Motivos de consulta pediátricos que las enfermeras percibieron con más dificultad para valorar.	108
Figura 6. Motivos de consulta pediátricos que las enfermeras percibieron con más dificultad para resolver.	108
Figura 7. Relación entre el porcentaje de no resolución y la edad agrupada.	122
Figura 8. Actividad de GED sobre actividad total.	125
Figura 9. Evolución de la resolución global de la GED en Cataluña por Gerencia Territorial.	126
Figura 10. Resolución de los diferentes motivos de consulta de población adulta.	127
Figura 11. Resolución de los diferentes motivos de consulta de población pediátrica.	128
Figura 12. Correlación entre el porcentaje de protocolos GED implantados en los EAP y la tasa de visitas GED realizadas por enfermería.	129

GLOSARIO

AP: Atención Primaria

ATS: Ayudante Técnico Sanitario

CAP: Centro de Atención Primaria

CEIC: Comitè Ètica d'Investigació Clínica

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras

COIB: Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona

EAP: Equipo de Atención Primaria

EPA: Enfermera de Práctica Avanzada

GED: Gestión Enfermera de la Demanda

GT: Gerència Territorial

ICS: Institut Català de la Salut

OMS: Organización Mundial de la Salud

SAP: Servei d'Atenció Primària

SCS: Servei Català de la Salut

Presentación

La presente tesis doctoral pretende conocer la experiencia de las enfermeras de Cataluña al aplicar la Gestión Enfermera de la Demanda (GED). El conocimiento de sus vivencias en referencia a la aplicación de la GED permitirá potenciar todo aquello que detecten como fortalezas y establecer acciones de mejora en las debilidades percibidas. De esta manera, se espera aumentar la accesibilidad al sistema sanitario, aumentar la satisfacción del paciente y de las propias enfermeras. El incremento de la aplicación de la GED en Cataluña puede beneficiar al sistema sanitario mejorando los costes y, por tanto, la sostenibilidad económica. Además, potenciar el liderazgo de las enfermeras en la atención a los usuarios con procesos agudos leves, puede ayudar a expandir más las competencias propias de la enfermera y aumentar la visibilidad en la sociedad.

El Sistema Sanitario ha ido evolucionando a lo largo de los años, y las enfermeras también han ido desarrollado nuevas competencias a lo largo del tiempo. La GED es uno de los conceptos más noveles en el ámbito de la Atención Primaria donde, poco a poco, se va arraigando y afianzando en el territorio catalán. Es por ello que se hace preciso estudiar el alcance del programa, las posibles heterogeneidades en la concepción del concepto y su aplicación, y la vivencia de aplicación por parte de los protagonistas.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Enfermería como profesión

Los cuidados de enfermería han existido desde el inicio de la humanidad¹. La evolución del cuidado enfermero en occidente está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad. Collière, en su libro *Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*², define la historia de la enfermería en cuatro etapas³. Según la autora, en primer lugar, se encuentra la etapa doméstica, en la que la mujer es la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. Esta etapa se desarrolla en el periodo histórico que comprende desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio Romano. La segunda etapa, que Collière denomina vocacional, surge junto con el origen cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso. En tercer lugar, se encuentra la etapa técnica del cuidado, que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX y surge como resultado de la lucha contra la enfermedad. En esta lucha, se entiende a la persona como enferma y las personas encargadas de su cuidado adquieren un papel de auxiliar del médico. La última etapa, que comprende de finales del S.XX hasta nuestros días, se define como etapa profesional del cuidado, ya que es en este periodo cuando la enfermería se consolida como profesión.

La enfermería como profesión parte de la labor aportada por Florence Nightingale en la Guerra de Crimea y de la posterior creación de la primera escuela de enfermería en el hospital St. Thomas (Londres) en 1860⁴. En España, en el S.XVIII existían los sangradores, personas sin titulación que eran trabajadores subordinados del médico y actuaban como sus auxiliares⁵. Posteriormente, en 1857, la Ley de Bases para la Instrucción Pública⁶, estableció

la creación de los denominados practicantes, agrupando a practicantes, callistas, dentistas (hasta el 1877) y asistentes a partos. No fue hasta 1896 cuando se creó la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría⁷, primera escuela de enfermería en España. Ésta fue fundada por el Dr. Federico Rubio, inspirado en las escuelas de los centros europeos pioneros, donde se formaban enfermeras laicas. En estas escuelas se realizaba una práctica enfermera profesionalizada, actualizada en cuanto a ciencia y técnica⁸. A pesar de ser la primera Escuela de Enfermería en España, la regulación oficial de los estudios de enfermería se ejecutó 19 años más tarde, el 7 de mayo 1915, en una pequeña comunidad religiosa, las Siervas de María, dedicada al cuidado de los enfermos, permitiéndoles formarse e instruir a otras religiosas de otras congregaciones⁹.

En el año 1952 se unificaron los planes de estudios de practicantes, matronas y enfermeras, dando lugar a la figura de Ayudante Técnico Sanitario (ATS)¹⁰. Esta unificación proporcionó una importante discriminación formativa entre sexos; las escuelas de ATS, de alumnos masculinos estaban adheridas a las facultades de Medicina y cursaban asignaturas como la “autopsia médico-legal”. En cambio, las escuelas de alumnas femeninas se situaban en los hospitales y una asignatura obligatoria era la de “enseñanza en el hogar”. Además, las escuelas femeninas estaban concebidas como un internado¹¹. Las funciones a desempeñar por las ATS según el Real Decreto 2319/1960 del 17 de noviembre¹² comprendían, a modo general, la administración de medicamentos, auxiliar al médico o realizar curas. De todas maneras, la figura de las ATS constituyó el prelude de la Diplomatura en Enfermería, implantada en 1977 tras la aprobación del Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio¹³, sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería. La integración de la enfermería en la Universidad supuso un gran avance en la profesión, desmarcándose de lo vivido anteriormente como figuras más técnicas y ayudantes del médico así como la

disgregación formativa por sexos¹⁴. Además, el 13 de diciembre de 1978 mediante una Orden Ministerial¹⁵, se aceptó la docencia en la Universidad por parte de las propias enfermeras que, hasta entonces, solo estaban habilitadas para la docencia en período de prácticas, mientras que la formación académica era impartida por profesionales masculinos ajenos a la profesión enfermera. Mediante el Real Decreto 111/1980 de 11 de enero¹⁶ se autorizó al Ministerio de Universidades e Investigación para establecer un curso de convalidación del título de ATS por el de Diplomado en Enfermería. Posteriormente, mediante el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero¹⁷, se estableció la estructura de las enseñanzas universitarias y se regularon los estudios universitarios de Grado añadiendo un año más a la formación universitaria, pasando de los 3 años de duración de la Diplomatura a los 4 años del Grado. Finalmente, y de forma casi paralela al desarrollo del futuro título de Grado, la nueva regulación de los estudios universitarios de Posgrado introdujo en el sistema universitario español el título de Máster, abriendo a la enfermería la posibilidad de un desarrollo formativo completo con estudios de Doctorado¹⁸. La vía formativa de la especialidad de enfermería también dio la posibilidad de completar los estudios de Doctorado. Los títulos oficiales de especialidades, se establecieron en el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril¹⁹ y actualmente existen 7 especialidades reconocidas: geriatría, salud mental, enfermería del trabajo, cuidados médico-quirúrgicos, enfermería familiar y comunitaria, enfermería pediátrica y matrona; aunque alguna de ellas aún no está implementada.

En conclusión, la profesión enfermera viene marcada por un histórico donde se ha caracterizado por ser una profesión feminizada y asociada a las labores del hogar. A pesar de la evolución de sus funciones a lo largo de la historia, no hay que olvidar que, hasta finales del S.XX, la enfermera ha ejercido un rol técnico y ayudante del médico^{20,21}. Conocer este marco histórico ayuda a comprender

vivencias, comportamientos y experiencias relacionadas con la práctica enfermera actual²².

1.2. Atención Primaria

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria (AP) promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en Alma Ata (Kazajistán), en 1978²³, se definió la AP como:

El primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

En esta reunión se establecieron dos grandes objetivos que marcaron el rumbo de la AP: la prevención y promoción de la salud. Además, se instó a la implicación de la comunidad y no solo del personal sanitario y se exigió una acción gubernamental mundial para ejercer políticas sanitarias orientadas a esta promoción de la salud y prevención de la enfermedad²⁴. De esta manera se podría dar respuesta al 85% de los problemas de salud de la población. Poco a poco se fueron sentando las bases de la AP culminando este desarrollo en la Carta de Ottawa²⁵. Ésta fue presentada en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en 1986, patrocinada por la OMS, con el lema “salud para todos en el año 2000”. La carta recogía 5 puntos estratégicos para definir la promoción de la salud:

- Implicación de la política gubernamental considerando la promoción de la salud como base de los programas políticos.
- Creación de ambientes adecuados favoreciendo la promoción de la salud, no solo en el ámbito familiar, sino también en el laboral y del ocio.

- Refuerzo de la acción comunitaria dotando a las personas de las capacidades para fomentar la participación.
- Desarrollo de la aptitud de las personas proporcionando los medios para el autocuidado de su salud.
- Reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud en el ámbito comunitario.

La importancia de la Carta de Ottawa fue que marcó un avance en la concepción de la promoción de la salud, implicando no solo a los servicios sanitarios y a los gobiernos, sino también a toda la comunidad dotándola del máximo protagonismo. De esta manera, la comunidad pasaba a ser parte activa de la generación de salud y parte pasiva al ser receptora de ella.

En el año 1981, en España, se inició un profundo proceso de descentralización de las competencias sanitarias del Estado a las Comunidades Autónomas, en la que Cataluña recibió las primeras transferencias sanitarias. Además, todos los principios nacidos en Alma-Ata, fueron recogidos en el Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud²⁶. A través de este Real Decreto, se pusieron en marcha los primeros Equipos de Atención Primaria (EAP) y los primeros Centros de Atención Primaria (CAP). Por tanto, se definió el CAP como el lugar de atención donde ir cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir alguna enfermedad, pasando a ser la puerta de entrada al sistema sanitario. El EAP está formado por un equipo de médicos, enfermeras, pediatras, administrativos, odontólogos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, entre otros²⁷. La Ley General de Sanidad²⁸, del 25 de abril de 1986, marcó el inicio de la reforma sanitaria, haciendo efectivo el derecho constitucional de la protección de la salud. Esta ley facilitó el cambio hacia la descentralización y la transferencia de competencias en materia sanitaria, como la financiación pública y la organización territorial en áreas de salud, a las

diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, no fue hasta 1990 con la Ley 15/1990 de 9 de julio²⁹ que Cataluña desarrolló su propio modelo sanitario basado en la universalización, racionalización, coordinación, eficiencia y eficacia de los recursos existentes para dispensar una atención a los ciudadanos más eficaz. Para dar respuesta a estas premisas, nació el Servei Català de la Salut (SCS) con la función de garantizar la atención sanitaria de cobertura pública a todos los ciudadanos de Cataluña, planificar, evaluar y financiar los servicios y prestaciones dispensados por los ámbitos de la asistencia sanitaria y sociosanitaria. Además, el SCS es el responsable de la compra de los servicios de salud a las diversas entidades proveedoras en función de las necesidades de salud de la población definidas por el Departament de Salut. Al mismo tiempo, evalúa la satisfacción ciudadana con los servicios prestados³⁰.

La reforma sanitaria, en Cataluña, se dio a nivel organizativo y a nivel conceptual. La reforma de la AP en España introdujo varias modificaciones en la visión del sistema sanitario³¹, pasando de una asistencia ambulatoria fraccionada, a una atención primaria de salud³². La nueva visión de atención primaria pasó de estar centrada en la enfermedad y en su curación, a tener como objetivo la consecución de la salud mediante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En cuanto al contenido, la AP pasó de estar centrada en el tratamiento y en una atención fragmentada sin tener en cuenta todas las dimensiones del usuario, a tener una visión global, holística y de cuidado continuo a lo largo de toda la vida de la persona. En referencia a la organización, pasó de ser individualista, sin tener en cuenta al resto de profesionales o instituciones, a tener una visión de colectivo, donde el trabajo en equipo con otros profesionales se considera esencial para el buen funcionamiento³². La responsabilidad se percibe como colaborativa entre los diferentes sectores, sin olvidar la participación comunitaria. Se pasa de una atención, en la cual, los profesionales sanitarios dominan la atención al paciente, a una atención donde

el paciente es responsable de su propia salud. Todos estos cambios se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Diferencias entre la asistencia ambulatoria y la asistencia en atención primaria.

ASISTENCIA	
AMBULATORIA	ATENCIÓN PRIMARIA
Objetivos	
Enfermedad	Salud
Curación	Prevención y cuidado
Contenido	
Tratamiento	Promoción de la salud
Cuidado esporádico	Cuidado continuo
Problemas específicos	Problemas globales
Organización	
Especialistas	Médicos generales
Médicos	Otros profesionales
Práctica individual	Trabajo en equipo
Responsabilidad	
Sector sanitario aislado	Colaboración
Dominio profesional	Intersectorial
Recepción pasiva de cuidados	Participación comunitaria

*Fuente: Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. A. Martín Zurro, 2019.

Los elementos conceptuales que definen actualmente la Atención Primaria son:

- Integral: considera al ser humano desde una perspectiva biológica, psicológica y social.
- Integrada: interrelaciona los elementos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social e integra funcionalmente las diferentes estructuras y niveles del sistema sanitario.

- Continuada y permanente: longitudinalmente a lo largo de la vida en sus diferentes ámbitos (escuela, domicilio, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta, hospital).
- Activa: los profesionales deben trabajar proactivamente en la atención al paciente.
- Accesible: los usuarios deben tener acceso sin dificultades ni discriminación por cuestiones económicas, legales o raciales.
- Colaborativa: basada en equipos multidisciplinarios integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Comunitaria y participativa: proporcionando atención no solo individual sino también orientada a la comunidad implicando a todos sus integrantes.
- Programada y evaluable: fundamentada en programas de salud con metodología evaluable.
- Docente e investigadora: con capacidad formadora e investigadora.

Todos estos cambios fueron progresando lentamente y no fue hasta la primera década de este siglo cuando se dio por concluida la fase de extensión de la reforma. Una vez concluida esta reforma, la evolución y los cambios del sistema sanitario estuvieron marcados por la crisis económica mundial del 2008. Esta crisis hizo replantearse la organización del sistema sanitario³³ para hacerla más sostenible. Una vez superada esta crisis económica, la AP fue centro de diversas estrategias como la Estrategia Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria en 2017 que tenía el objetivo de fortalecer la AP y la salud comunitaria y consolidarla como eje vertebrador del sistema sanitario público³⁴. Además, para reforzar la AP y dar respuesta a las nuevas necesidades de la población, se planteó el Pla d'Enfortiment i Transformació de l'Atenció Primària i Comunitària³⁵ con el objetivo de reivindicar la importancia de la AP y fortalecerla principalmente en tres puntos:

- Favorecer la accesibilitat en el procés de atenció a los usuaris.
- Aumentar la resolució en el procés de la resposta assistencial.
- Potenciar la atenció integral a persones con enfermedades cròniques.

La orientació actual de la Atenció Primària y Comunitaria se recoge en el *Decàleg del Model d'Atenció Primària i Comunitària de Catalunya*. Por primera vez, se orienta la AP desde una visió salutogènica, enfocada a la comunitat y promocionando su participació, centrada en la persona, orientada al principi de subsidiarietat. Además, está encaminada a favorecer el àmbit de atenció més adecuado a la necesidad del paciente, siendo máximamente resolutive, practicando una atenció integral e integrada a lo largo de la vida del paciente, a través del trabajo en equipo y gestionando los procesos asistenciales. Ver Figura 1.

Figura 1. Decàleg del Model d'Atenció Primària i Comunitària de Catalunya.



*Extraído del Decàleg del Model d'Atenció Primària i Comunitària. 2020. Departament de Salut. Pág. 5

1.2.1. Cartera de servicios de AP

La cartera de servicios actual de AP de Cataluña viene establecida por el Real Decreto 1030/2006 de 15 de diciembre³⁶, constituyendo una cartera de servicios común al Sistema Nacional de Salud. Además, incorpora prestaciones derivadas de otras leyes como la Ley orgánica 12/2020 del 13 de octubre³⁷, que cubre la salud bucodental o la Ley Orgánica 3/2021 del 24 de marzo³⁸ que incorpora la regulación de la eutanasia, así como nuevas competencias de los profesionales de AP recogidas en el documento *Cartera de Serveis de l'AP i Comunitària*³⁹. Esta cartera de servicios de AP comprende:

- Atención sanitaria a la ciudadanía.
- Prescripción o indicación y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actividades en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención familiar y comunitaria.
- Actividades de información y vigilancia epidemiológica.
- Servicios específicos relativos a infantes, adolescentes, mujeres, adultos, grupos de riesgo y enfermos crónicos y atención a gente mayor y a las personas que viven en residencias.
- Rehabilitación comunitaria.
- Atención paliativa a personas con enfermedad terminal.
- Atención a la salud mental y adicciones, en coordinación con servicios de atención especializada.
- Atención a la salud bucodental.

1.2.2. Enfermera de AP

Uno de los logros de la reforma sanitaria fue la atribución a la AP y a la enfermera^a de primaria de un peso importante dentro del modelo centrado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad³¹. La enfermera de AP dejó atrás las funciones más técnicas y de soporte al médico, ya que se pasó de una estructura piramidal a una organización horizontal. La enfermera pasó a tener un papel clave en AP siendo más proactiva y autónoma, centrando sus competencias en el manejo integral de la persona⁴⁰. Por tanto, la enfermera de AP pasa a ser la profesional que acompaña a la persona a lo largo de su vida, ofreciéndole una atención integral y holística desde el lugar más adecuado, bien sea en el ámbito familiar o comunitario⁴¹.

En Cataluña, el año 2019, en el Fòrum de Diàleg Professional⁴² se trabajaron las cuestiones relativas a la alineación de políticas de planificación y ordenación profesionales con los modelos de atención impulsados desde el sistema de salud y en consonancia a las nuevas necesidades de salud. En este fórum, compuesto por diferentes profesionales de la salud de diferentes ámbitos, representantes de sociedades científicas, asociaciones profesionales, y asociaciones colegiales, se estableció un mapa de funciones de la profesión enfermera, dentro de la AP. El objetivo del fórum fue definir las competencias enfermeras en la población pediátrica y adulta. Éstas son⁴³:

- Promoción y prevención de la salud.
- Atención a la familia y entorno.
- Gestión de la demanda no programada.

^a Tal como observa el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, en el 2004, y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en este documento, cuando se hace referencia a la "enfermera" cabe entender que se alude a los profesionales de ambos sexos²⁰³.

- Atención y seguimiento de los procesos de salud crónicos o de complejidad y fragilidad.
- Atención a las personas en situación final de vida.
- Procedimientos diagnósticos en adultos.
- Procedimientos terapéuticos en adultos.
- Bienestar emocional.

Dentro de estas acciones se incluye la atención comunitaria. De esta manera se da cobertura a la comunidad con el objetivo de mejorar la situación de salud en todas sus dimensiones. Además de las prestaciones asistenciales dentro de la AP, también se comprenden la función docente, investigadora y gestora.

1.3. Gestión de la Demanda Aguda

1.3.1. Definición y antecedentes

Tal como se ha comentado en el apartado anterior, una de las prestaciones de la enfermera de AP es la gestión de la demanda aguda no programada⁴³. El Real Decreto 137/84²⁶ sobre estructuras básicas de salud y la Orden del 6 de mayo de 1990⁴⁴ sobre el funcionamiento de los equipos de AP avala a las enfermeras a participar en la gestión de la demanda aguda no programada como respuesta a una persona que plantea una demanda relacionada con un problema de salud agudo leve que requiere una resolución inmediata y preferente.

En el año 2009, inmersos en plena crisis económica⁴⁵, con una falta manifiesta de médicos⁴⁶ y la existencia de diversos factores que determinaban la oferta de los servicios de enfermería como los cambios sociodemográficos, el concepto de salud-enfermedad, etc.⁴⁷ desde el Departament de Salut, se planteó una reestructuración del sistema sanitario público para intentar hacerlo más sostenible. Ante esta situación, se reorientaron los flujos de demanda basándose

en las competencias propias de la enfermera. En respuesta a esta reorganización, en 2009 se desarrolló un programa de atención para problemas de salud agudos leves en AP, recogido en el documento *Gestió Infermera de la Demanda Espontània*⁴⁷, producto de un grupo de trabajo del Institut Català de la Salut (ICS). En este documento se publicaban unos protocolos a seguir en el caso que el usuario consultara por alguno de aquellos motivos. En los protocolos se incluían los motivos de consulta, los criterios de inclusión y exclusión, las preguntas clave para hacer una buena anamnesis y exploración, el tratamiento farmacológico o no farmacológico y los consejos de salud. Estos protocolos estaban basados en la evidencia científica y consensuados por expertos, permitiendo a la enfermera ser finalista del proceso; es decir resolver completamente la visita. Se entiende pues, como resolución, a la atención prestada desde el inicio de la visita hasta su conclusión sin que ningún otro profesional intervenga en la atención del paciente⁴⁸. El documento planteaba una nueva estrategia organizativa para maximizar el potencial de cada uno de los profesionales integrantes, pero sin disminuir la calidad asistencial, adecuando la demanda a los recursos disponibles y a las necesidades existentes. Así pues, el objetivo principal del programa era incrementar la participación de la enfermera en la gestión de la demanda espontánea de la población, ya que la enfermera era la protagonista implicada en la accesibilidad al sistema sanitario. A pesar de que la atención a los procesos agudos leves era una competencia enfermera reconocida por diferentes organismos, esta guía planteaba por primera vez, la atención enfermera a este tipo de problemas. De esta manera, se vislumbraba una clara evolución del rol enfermero al desarrollar el liderazgo en la atención a pacientes con enfermedades agudas leves por parte de las enfermeras. Paralelamente, la institución aconsejaba priorizar las necesidades y servicios para poder actuar con eficiencia racionalizando la consulta de crónicos. Esta racionalización se llevaba a cabo potenciando la educación grupal y gestionando el tiempo

destinado a las consultas. Por ello, se modificaron las agendas intentando que fueran accesibles, poco compartimentadas, adecuadas, flexibles y abiertas. Además, se establecieron unas directrices que orientaban a las organizaciones a implantar el programa según la idiosincrasia de cada equipo. Estas directrices definían estrategias de implantación sin priorizarlas, ya que solo se buscaba la adecuación de la realidad de cada territorio. Por último, se anexaban los diferentes protocolos de los motivos de consulta:

1. Anticoncepción de emergencia
2. Quemaduras
3. Diarrea
4. Dolor lumbar
5. Heridas
6. Molestias urinarias
7. Odinofagia
8. Odontalgia
9. Ojo rojo
10. Síntomas respiratorios de vías altas
11. Crisis de ansiedad
12. Elevación de la tensión arterial
13. Epistaxis
14. Lesión dérmica en las zonas del pliegue
15. Torcedura de tobillo

Poco a poco, este programa se fue implantando en otros proveedores asistenciales^{49,50}; aunque cada proveedor utilizó diferentes términos para denominarlo: “Gestión enfermera de la demanda espontánea”, “atención urgente de baja complejidad”, “atención a procesos agudos”, “intervención de

enfermería a los problemas de salud”^b. Ante esta situación el Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya consensuó que el término “Gestión de la demanda espontánea” pasase a denominarse “gestión enfermera de la demanda” (GED)⁵¹. La GED se definió entonces como “la respuesta que da una enfermera desde su ámbito competencial a una persona que plantea una demanda relacionada con la salud, la cual requiere una resolución inmediata y preferente”⁵¹.

1.3.2. Evolución de la GED. Planes de curas estandarizados. Programa ARES

El desarrollo de la GED ha ido avanzando a lo largo de estos años y, paulatinamente, se han ido incorporando algoritmos nuevos sobre diferentes motivos de consulta. Recientemente, en el 2019, se aunó la actuación a los problemas de salud agudos leves con el *Programa d'Harmonització dels estàndards de prestació de cures a l'AP (ARES)*⁵². Este documento es una recopilación estructurada de planes de curas estandarizados, elaborados sobre la base del conocimiento de la disciplina enfermera, la evidencia científica y el consenso de expertos. Incluye los planes de curas estandarizados de los motivos de visita más frecuentes, independientemente de que los problemas de salud fuesen agudos o crónicos. En cuanto a usabilidad, el programa ARES se puede utilizar para atender a problemas de salud agudos leves como crónicos, a diferencia del programa anterior que solo se podía utilizar para realizar la GED únicamente. En la Tabla 2 se muestran los motivos de consulta actualizados tanto para adultos como para pediatría incluidos en el programa ARES:

^b Términos adoptados por los diferentes proveedores de salud: Institut Català de la Salut (ICS), Consorci Sanitari de Terrassa, Badalona Serveis Assistencials (BSA), Castelldefels Agents de Salut (CASAP).

Tabla 2. Planes de curas estandarizados de los problemas de salud agudos para adultos y pediatría.

Adultos	Pediatría
Contractura muscular cervical	Dermatitis del pañal
Crisis de ansiedad	Cólico del lactante
Dolor mecánico lumbar o dorsal	Quemadura
Molestias en el oído	Diarrea aguda
Molestias en el ojo	Herida
Absceso cutáneo	Tos
Afta bucal	Mucosidad
Cefalea	Cuerpo extraño en nariz
Herpes labial	Cuerpo extraño en oído
Insomnio	Dolor mamas en lactancia
Molestias vulvovaginales	Fiebre aguda
Reacción vacunal	Picada en la piel
Estreñimiento	Llanto intenso
Uña encarnada	Piojos
Urticaria	Regurgitación
Uñero	Estreñimiento
Quemaduras	Sospecha de varicela
Diarrea	Vómitos
Epistaxis	Epistaxis
Herida	Contusión en los dedos
Lesión zona del pliegue	Lesión cutánea/Capilar
Molestias urinarias	Piel atópica
Odinofagia	Sospecha de muguet
Odontálgia	Sospecha COVID-19
Elevación de la tensión arterial	Reacción vacunal
Síntomas respiratorios de vías altas	Retención aguda de orina
Entorsis de tobillo	Otros
Contusión	
Fiebre	
Mareo	
Picada en la piel	
Sospecha COVID-19	
Vómitos	
Retención aguda de orina	
Otros	

1.4. Estado actual del tema

La GED lleva años de recorrido en otros países como por ejemplo en UK, EEUU o Australia, donde hace años que está implantada y evaluada⁵³⁻⁵⁵. Una de las primeras revisiones sistemáticas fue la de Horrocks et al.⁵⁶, en 2002. Esta revisión versaba sobre “*si los profesionales de enfermería que trabajan en atención primaria podían prestar una atención equivalente a la de los médicos*”^c. El estudio evidenció que las enfermeras realizaban consultas más largas, ya que ofrecían más consejos sanitarios y realizaban una anamnesis más completa que los médicos. Por este motivo, concluyó que, la satisfacción expresada por los pacientes era mayor cuando habían sido atendidos por las enfermeras y sin haber diferencias en los resultados en salud. Poco después, en 2005, Laurant et al.⁵⁷ compararon la atención en cuanto a problemas de salud agudos leves proporcionada por los médicos y por las enfermeras, siendo estas últimas las que obtuvieron mejores resultados en salud. Además, en Nueva Zelanda se realizó un estudio comparando los diagnósticos hechos por médicos y enfermeras y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diagnósticos emitidos por uno u otro⁵⁸. La GED en España está aplicada de manera desigual en las diferentes Comunidades Autónomas^{59,60}. En Cataluña está implantada tanto en el sector público como en el privado, pero su concepto y aplicación difieren entre las distintas instituciones⁵⁰. Incluso dentro de una misma institución, no todos los profesionales entienden la GED bajo el mismo concepto⁶¹.

Varios estudios de nuestro país concluyen que los programas que incorporan algoritmos para resolver las enfermedades agudas leves por parte de las

^c Traducción del inglés original “*whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*”

enfermeras en población adulta y pediátrica son factibles y eficaces con un bajo índice de reconsulta^{48,62-66}. El rol autónomo enfermero en la atención a personas con patología aguda leve está afianzada y aceptada por profesionales y pacientes^{54,67,68}. Sin embargo, esta atención no está libre de controversias⁵³. Algunos profesionales presentan ciertas resistencias para aplicar la GED⁵⁰. Algunas de las causas podrían ser el desconocimiento y/o ambigüedad de un marco legal o el cuestionamiento de sus competencias tanto por enfermeras como por médicos e incluso por algunos pacientes⁶⁹.

En relación al marco legal, en el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre sobre prescripción enfermera⁷⁰, en el punto 3.2., se expresaba que cualquier enfermera que quisiera ejercer esta competencia profesional, debía estar acreditada por el Ministerio de Sanidad, por lo que dejaba a las enfermeras sin potestad para indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos sujetos a prescripción médica. Asimismo, también desautorizaba a las enfermeras a diagnosticar, ya que esta función era exclusiva de los médicos. La ley sí que contemplaba, sin embargo, que, una vez realizado el diagnóstico por un médico, la enfermera podía bajo el amparo de un protocolo, realizar la prescripción correspondiente. Por tanto, durante un tiempo, las enfermeras sufrieron un grave perjuicio, ya que esta ley representó un gran retroceso para la profesión⁷¹. Finalmente, el Real Decreto 1032/2018, de 22 de octubre⁷², modificaba el anterior Real Decreto 954/2015⁷⁰ sobre la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las enfermeras, por lo que se daba fin a la problemática suscitada por la anterior legislación. De esta manera, se eliminaba el requisito de acreditación formativa para prescribir, pero actualmente se requiere la acreditación de un año de experiencia profesional o, en su defecto, la superación de una formación específica. En cuanto a la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras, está condicionada a actuar bajo protocolos

consensuados. Este vaivén en la legislación sobre la prescripción ha creado ciertas resistencias y preocupaciones por parte de las enfermeras, provocando reticencias para prescribir⁷³.

Otro aspecto relacionado con las posibles resistencias, podrían ser las competencias enfermeras, ya que algunos profesionales defienden que son las enfermeras de practica avanzada (EPA) las profesionales que deberían atender a las personas con problemas de salud agudos leves. Según el Consejo Internacional de Enfermeras:

“La diferencia entre el perfil de enfermera generalista y una EPA es que éstas últimas tienen la capacidad de asumir casos más complejos y gestionarlas con mayor independencia, criterio y responsabilidad”⁷⁴.

Además, recomiendan un título de Máster de base para su aplicación. La Asociación de Enfermeras y Enfermeros de Canadá, contempla la EPA como una enfermera con mayor competencias y la define ⁷⁵ como:

“Un nivel avanzado de la práctica que maximiza el uso de las habilidades especializadas y conocimientos de enfermería con el fin de responder a las necesidades de las personas en el ámbito de la salud”^d.

Esta figura de la EPA está implementada desde hace varios años en varios países y con unos excelentes resultados para el paciente⁷⁶⁻⁷⁸. En España, todavía no existe una regulación formal de la EPA⁷⁹. A pesar de ello en varias comunidades autónomas la figura de la EPA está consolidada para poder dar respuesta a las nuevas necesidades de salud de la población. Estas figuras tienen

^d Traducción del original en inglés

un perfil profesional innovador y desarrollan una actividad más autónoma y compleja^{62,80-82}.

Por todo lo anteriormente expuesto y ante la manifiesta transformación del ámbito sanitario y, en consecuencia, del rol autónomo de la enfermera, las vivencias de cada una de ellas pueden ser sentidas diferentemente y poseer visiones y sentimientos en cuanto a la profesión que merecen la pena ser estudiados.

1.5. Justificación

La GED ha sido uno de los desarrollos más interesantes en los últimos años dentro de la enfermería de AP. Actualmente, debido a este desarrollo, el rol de la enfermera es más confluyente con el del médico, ya que ha pasado de tener un rol básicamente técnico a pasar a tener un rol más autónomo y resolutivo. El remanente histórico de la función más técnica ha podido dejar huella tanto en médicos como enfermeras y, el posible solapamiento de los dos roles, ha podido facilitar una resistencia a la evolución hacia roles enfermeros más avanzados⁸². La ampliación de responsabilidad, la falta de cobertura legal, las cuestiones conceptuales o las cuestiones deontológicas han podido frenar el desarrollo de la GED. En cambio, otros profesionales han podido percibir la GED como una oportunidad para expandir sus competencias, ampliar su ámbito de práctica asistencial, y ejercer incluso, una enfermería de práctica avanzada.

Todos los estudios consultados sobre la GED se han realizado en términos cuantitativos, sin considerar la opinión de las protagonistas. Por tanto, tener en cuenta las opiniones de las protagonistas puede ayudar a conocer su percepción sobre las fortalezas, dificultades y aspectos de mejora del programa. De esta

forma, se podrían reforzar los puntos fuertes y definir las dificultades para la implantación de futuras intervenciones de mejora. En conjunto, el conocimiento de la percepción de las enfermeras puede dar como resultado un aumento de la calidad asistencial y una mayor aceptación general del programa. Un incremento de la aplicación de la GED podría conseguir resultados positivos en la organización del equipo, en la educación del paciente, en el avance de la profesión enfermera y en la sociedad.

1.5.1. Problema - pregunta

Aunque de todos es conocido la heterogeneidad en la aplicación de la GED, hasta ahora no se ha averiguado el motivo. Por tanto, esta tesis pretende realizar una investigación para conocer la percepción de las enfermeras sobre la aplicación GED.

Pregunta: ¿Qué experiencia tienen las enfermeras de AP de Cataluña en referencia a la aplicación de la Gestión Enfermera de la Demanda?

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos generales y específicos

- Describir la experiencia de las enfermeras de AP del SAP Vallés Oriental sobre la aplicación de la GED.

- Analizar el concepto de la GED.

- Describir el sentido otorgado a la GED por las enfermeras del SAP Vallés Oriental.

- Identificar las fortalezas y limitaciones percibidas por las enfermeras del SAP Vallés Oriental en referencia a la aplicación de la GED.

- Describir las acciones de mejora en referencia a la GED propuestas por las enfermeras del SAP Vallés Oriental.

- Analizar la experiencia de las enfermeras de AP de Cataluña sobre la aplicación de la GED.

- Identificar las fortalezas y limitaciones percibidas por las enfermeras de Cataluña en referencia a la aplicación de la GED.

- Describir las acciones de mejora en referencia a la GED propuestas por las enfermeras de AP de Cataluña.

- Describir la aplicación y resolución de la GED en el territorio catalán.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

La metodología de esta tesis es mixta secuencial y consta de dos partes: una primera parte cualitativa y una segunda cuantitativa. De esta manera se abarca el fenómeno de estudio en profundidad y en amplitud⁸³. Dentro de esta parte cuantitativa se realizó el estudio principal de esta tesis y un sub-estudio con el que se contrastó parte de la información de los resultados del estudio mixto. Previamente, se realizó un análisis de concepto para sentar la base del conocimiento del fenómeno al que se refiere esta tesis.

3.1. Análisis de concepto

Éste análisis permite clarificar los conceptos, analizar modelos y generar teorías⁸⁴. El análisis de concepto en la disciplina enfermera surge como respuesta a unas estrategias que han dado origen a modelos y teorías propios de la profesión⁸⁵. Este tipo de análisis se basa en la idea de que cada disciplina es la responsable de generar una base de investigación científica desarrollando sus conceptos clave. Wilson, en 1987, fue el pionero en desarrollar éste método⁸⁶; primero se valora el sentido más amplio del concepto y después se aclara el significado en su contexto particular. El método del análisis de concepto contempla varios pasos que surgen para englobar todos sus elementos. Estos pasos son:

- Paso 1: aislar preguntas relativas al concepto.
- Paso 2: encontrar respuestas adecuadas.
- Pasos 3 al 7: desarrollar casos reales o inventados.
- Paso 8: determinar el contexto social.
- Paso 9: identificar las emociones subyacentes.
- Paso 10: establecer los resultados prácticos.

- Paso 11: exponer los resultados en el lenguaje.

Los casos prácticos definidos en los pasos 3-7 son útiles para identificar los elementos esenciales y para diferenciar el concepto estudiado de otros similares. En la definición de los casos se muestran un caso ejemplar, un caso contrario, un caso relacionado y un caso fronterizo. El caso ejemplar contiene los elementos esenciales del concepto, en un símil, sería equiparable al *gold standard*. El caso contrario implica una situación opuesta al caso ejemplar. El caso relacionado identifica los elementos diferenciales del concepto y el caso fronterizo identifica solo alguno de los elementos esenciales para orientar el diagnóstico diferencial. Wilson recomienda desarrollar un caso inventado cuando los demás casos no son suficientemente aclaratorios.

3.2. Estudio mixto

3.2.1. Perspectiva paradigmática de la investigación.

La perspectiva paradigmática donde se ha encuadrado el **enfoque cualitativo** es el constructivismo, según Guba i Lincoln⁸⁷. Se entiende que la realidad solo existe en forma de múltiples construcciones mentales y sociales. Según estos autores, toda investigación posee seis dimensiones, todas ellas explicadas en esta tesis:

1. La dimensión ontológica es relativista, ya que las participantes poseen diversas realidades en cuanto a la aplicación de la GED. Por tanto, cada profesional tiene una realidad diferente, aunque con elementos compartidos.
2. La dimensión epistemológica es transaccional porque busca el cambio en los sentimientos y comportamientos. Además, es subjetivista porque la

investigadora y las participantes están vinculadas interactivamente de forma que los hallazgos finales han sido creados mientras avanza la investigación.

3. La dimensión metodológica explica cómo a través de la dialéctica y de un círculo hermenéutico de discusiones e interpretaciones, las participantes han sido capaces de reconstruir por su propio conocimiento y percepción de la GED.

4. La dimensión teleológica muestra los intereses y responsabilidades durante la investigación. La investigadora ha realizado el papel de facilitadora para recabar información, ayudando a las participantes a construir el conocimiento.

5. La dimensión axiológica incide en los valores. Éstos se han considerado ineludibles y se ha concedido la misma importancia a los valores de la investigadora y a los de las participantes.

6. La dimensión retórica utiliza la voz personal y además se refiere a que se han utilizado palabras para expresar los resultados⁸⁷.

3.2.2. Diseño y tipo de estudio

Diseño mixto secuencial exploratorio⁸⁸, que consistió en realizar primero un estudio de enfoque cualitativo y posteriormente un estudio principal más un sub-estudio de enfoque cuantitativo. Este diseño secuencial exploratorio dio prioridad a la fase cualitativa para abordar las preguntas de investigación del estudio cuantitativo. La segunda fase, la cuantitativa, se diseñó sobre los hallazgos de la primera fase con el objetivo de probar los hallazgos iniciales⁸⁹.

El **estudio cualitativo** es de enfoque fenomenológico según la hermenéutica de Heidegger⁹⁰. Éste defiende que la existencia es una dimensión humana con vivencias interpretativas y busca el sentido y la interpretación de la experiencia. La razón por la cual la fenomenología permite una aproximación al fenómeno

y aporta conocimiento disciplinar es porque comprende la vivencia de aplicación del fenómeno, en este caso la GED, como una situación subjetiva con múltiples percepciones⁹¹. Con este método se ha buscado la comprensión de la experiencia de la aplicación del programa de la GED, teniendo en cuenta que la enfermera forma un todo con su contexto y posee una realidad propia. Por eso, su experiencia, sólo ha sido comprendida dentro de su propio entorno.

Posteriormente, al estudio cualitativo se realizó el enfoque **cuantitativo**, que consistió en un estudio principal más un sub-estudio cuantitativo. Ambos tuvieron un diseño observacional descriptivo transversal. El estudio principal aportó amplitud en la investigación de la experiencia de aplicación de la GED por parte de las enfermeras en Cataluña y el sub-estudio permitió describir la aplicación y resolución real de la GED. De esta manera se pudieron contrastar los hallazgos de las fases previas.

3.2.3. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio del apartado **cualitativo** de esta investigación fue en el Servei d'Atenció Primària (SAP) Vallés Oriental, perteneciente a Gerencia Territorial (GT) Metropolitana Nord del ICS. Este SAP atiende a 400.325 personas en 26 CAP donde trabajan 237 enfermeras de plantilla estructural, de las cuales 62 son enfermeras pediátricas y 11 son enfermeras gestoras de casos.

La investigación **cuantitativa** se realizó en todo el territorio de AP ICS de Cataluña. Según los datos del ICS⁹², en el año 2019 trabajaron 5027 enfermeras en los 288 EAP.

3.2.4. Periodo de estudio

El estudio mixto tuvo dos periodos de estudio: el estudio **cualitativo** se realizó entre enero de 2020 y junio de 2021. Una vez realizada esta fase se desarrolló la parte **cuantitativa** que comprendió el periodo de julio de 2021 a abril de 2022.

Para describir la implantación de la GED en Cataluña (sub-estudio cuantitativo) se analizaron los datos de los años 2018 al 2022.

3.2.5. Participantes del estudio: muestreo, perfiles y reclutamiento

3.2.5.1. Estudio fenomenológico

Para el **estudio fenomenológico**, la población de estudio fueron las enfermeras del SAP Vallés Oriental. El muestreo fue no probabilístico de tipo teórico de casos típicos, interesando una heterogeneidad entre las participantes a la vez que se mantenían ciertos elementos comunes.

Las características de la muestra fueron: enfermeras, que hubieran trabajado en AP un mínimo de dos años, que desearan participar en el estudio y se comprometieran a realizar los grupos de discusión y las entrevistas pactadas. Se establecieron como variables de segmentación: edad, situación contractual y formación en GED, ya que se consideró que podrían ser factores clave en la experiencia de aplicación de la GED.

A priori, se definieron ocho perfiles típicos, resultado de la combinación de todas las variables posibles: edad igual o superior a 40 años/inferior a 40 años, situación contractual fija/interina-eventual y formación previa sobre GED/sin formación sobre GED. Por tanto, se distribuyeron las participantes en 8 grupos (ver Tabla 3).

Tabla 3. Perfiles definidos según variables de segmentación.

Perfiles	Edad	Situación contractual	Formación previa
P1	<40	Fija	Sí
P2	<40	Fija	No
P3	>40	Fija	Sí
P4	>40	Fija	No
P5	<40	Interina-Eventual	Sí
P6	>40	Interina-Eventual	No
P7	>40	Interina-Eventual	Sí
P8	<40	Interina-Eventual	No

En un principio, se estimó una muestra de 24 participantes para esta investigación cualitativa. En caso de no llegar a la saturación de datos, se realizaría un muestreo tipo bola de nieve donde las participantes que intervinieran en los grupos de discusión serían las que proporcionarían nuevas informantes. Al clasificar las participantes en los grupos, se constató la dificultad de encontrar suficientes voluntarias de algunos de los perfiles como el 1, 2 y 6. En cambio, el perfil 8 tuvo 8 participantes. Así pues, se hizo un nuevo muestreo de tipo bola de nieve, para completar los grupos 1,2 y 6, pero no se logró obtener ninguna participante que encajara en esos perfiles. Por tanto, se decidió iniciar el estudio con la muestra obtenida. Finalmente, la muestra fue de 20 participantes. El rol de la investigadora durante el estudio fue el de facilitar al máximo la obtención de información a las participantes sin ser influencia sobre ellas y exponer de manera imparcial todos los resultados y conclusiones.

El primer contacto para el reclutamiento se realizó a través de una reunión de comité de dirección del SAP, donde estaban presentes todos los directores de los CAP del Vallés Oriental. En esta reunión la investigadora explicó el propósito del estudio y su desarrollo. Una vez dado su beneplácito, se acordó con ellos que la investigadora les enviaría un correo electrónico informando del

estudio y ellos lo presentarían en reunión de coordinación a las enfermeras de sus CAP. En estas reuniones de coordinación se pidieron enfermeras voluntarias para formar parte de la investigación y se les proporcionó el contacto de la investigadora, con la que se pusieron en contacto vía telefónica. Una vez hecho el contacto telefónico, la investigadora les hizo llegar por correo electrónico la hoja de información al participante (ver Anexo 1), el consentimiento informado (ver Anexo 2) y la hoja de recogida de datos (ver Anexo 3). Este formulario de recogida de datos contenía las variables de segmentación del estudio (edad, formación en GED y situación contractual) necesario para la preparación y organización de los grupos de discusión y las entrevistas, por lo que se les pidió a las participantes que una vez cumplimentado, lo devolvieran a la investigadora principal.

3.2.5.2. Estudio cuantitativo

Para seleccionar la muestra del **estudio cuantitativo**, se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo incluyendo como participantes a todas las enfermeras que trabajaban en AP. Los criterios de inclusión fueron que tuvieran un correo electrónico corporativo o un correo electrónico informado y aceptado por la dirección. Para la difusión, se pidieron los permisos institucionales pertinentes. Una vez concedidos, se preparó un correo electrónico explicando el estudio y además se incluyó el enlace al cuestionario. Este correo se envió a la dirección institucional para que se enviara hacia las direcciones de los diferentes SAP de Cataluña, y desde los SAP se reenviara hacia las direcciones de los CAP. Los CAP reenviaron ese mismo correo electrónico a las enfermeras asistenciales de sus equipos.

El tamaño de la muestra se calculó partiendo del tamaño poblacional de 5027 enfermeras que trabajan en AP, con una variabilidad máxima del 50% ($p=50$) y

un nivel de confianza del 95% (error $\alpha = 5\%$) y una precisión del 5%. El tamaño muestral estimado fue de 358 individuos. Asumiendo un 10% de posibles pérdidas, se incrementó a 394 participantes.

3.2.6. Técnicas y métodos de obtención de información

Para la obtención de información del **estudio fenomenológico** se utilizaron grupos de discusión⁹³ y entrevistas en profundidad⁹⁴. Paralelamente se utilizó el diario de campo para recopilar toda la información objetiva y subjetiva por parte de la investigadora y observadora, en el caso de los grupos de discusión.

Para la obtención de información del **estudio descriptivo** se elaboró un cuestionario *ad hoc* (descrito en la página 38) a falta de un cuestionario validado para la recogida de información relativa a la GED. Además, para analizar la implantación de la GED en Cataluña, (sub-estudio cuantitativo) se utilizaron fuentes de datos secundarios. En este caso, se hizo una extracción de datos de la plataforma informática *Longview*⁹⁵ utilizada para el seguimiento de resultados por la dirección institucional y de los propios equipos.

3.2.6.1. Técnicas de recogida de información utilizadas en el estudio cualitativo

Grupos Focales

Se realizaron de tres grupos focales de discusión compuestos por una participante de cada perfil típico definido (total 8), una moderadora y una observadora. A priori se establecieron los grupos para que en cada uno hubiera representación de todos los perfiles definidos, con la finalidad de obtener las características de homogeneidad (enfermeras que trabajaban en el SAP Vallés Oriental) y heterogeneidad (edad, situación contractual y formación en GED). Debido a las dificultades provocadas por la falta de participantes en algunos

grupos, se añadieron enfermeras del grupo más numeroso (perfil 8) en otros grupos para poderlos completar.

La moderadora de los grupos fue la investigadora principal y la persona observadora fue una persona experimentada en conducción de grupos focales. El desarrollo de los grupos focales se llevó a cabo en 3 etapas:

La etapa preparatoria, la investigadora, se encargó de las cuestiones logísticas como recordar la cita dos días antes mediante el correo electrónico. Si la reunión coincidía con el horario laboral de las participantes la investigadora pactó dos horas de libranza con la dirección del CAP de trabajo para facilitar la participación en el grupo.

En la segunda etapa, la de implementación, se realizaron las presentaciones de la moderadora y la observadora. Se explicó brevemente el propósito del estudio y se comentó el uso previsto de los datos, garantizando la confidencialidad y el anonimato en todas las fases del estudio, incluido en la difusión de datos. La moderadora señaló las normas generales de la reunión: respeto a las contribuciones de los compañeros, la importancia de expresar sus verdaderas opiniones y el respeto por el turno de palabra. Se informó, además, de la duración aproximada del grupo de discusión: entre 90 y 120 minutos.

Los grupos focales se llevaron a cabo en poblaciones diferentes. El primero, se llevó a cabo en el aula de reuniones del CAP de la Florida (Santa Perpétua de Mogoda). El segundo, fue en el aula de reuniones del Cap Vallés (Granollers). El último grupo focal se realizó en el aula de reuniones del CAP Sant Celoni.

Para el desarrollo del corpus de los grupos focales se elaboró un guion con preguntas abiertas que sirvieron para asegurar que se recogía toda la

información necesaria. El guion de las preguntas empleadas en el desarrollo de los grupos focales se puede consultar en el Anexo 4.

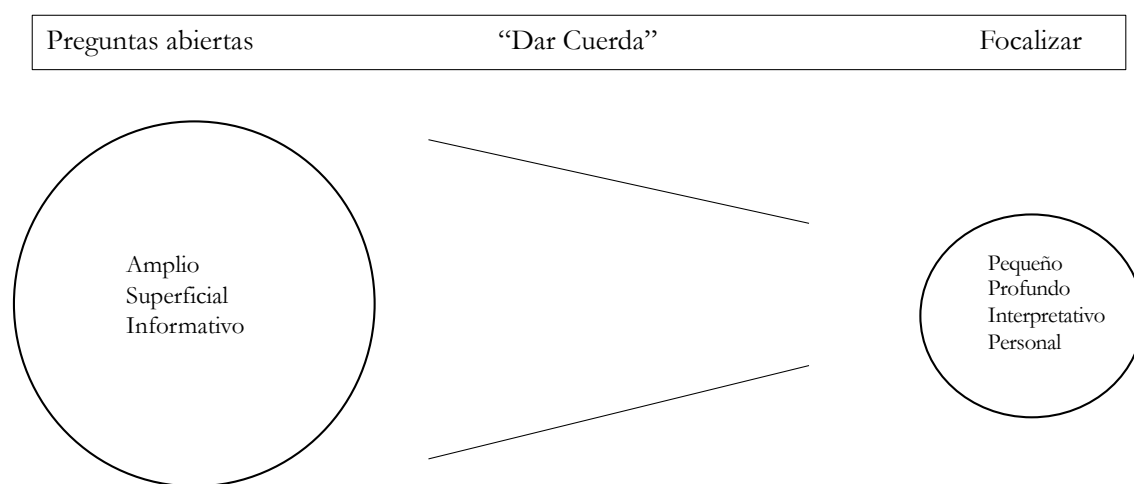
En la tercera etapa, una vez conseguida la saturación de datos, la moderadora resumió los principales temas y subtemas identificados y agradeció a los asistentes su participación. A continuación, la moderadora y la observadora comentaron el desarrollo de la reunión y analizaron cada grupo (1 y 2) por si era necesario reorganizar los temas de la guía de preguntas. Finalmente, la observadora envió el informe escrito de las observaciones de los grupos focales a la investigadora. La observadora tomó las notas referidas al lenguaje no verbal de las asistentes, así como la interacción producida entre las participantes. La moderadora, por su parte, hizo sus anotaciones en el diario de campo. Las sesiones fueron grabadas en audio (previo consentimiento) y transcritas posteriormente. Una vez transcritas, se validaron primero por la investigadora y después se devolvieron a cada una de las participantes, también para ser validadas por su parte.

Entrevistas

Se realizó una entrevista en profundidad a una enfermera de cada perfil (8), excepto de los perfiles donde no se encontraron participantes. En este caso se seleccionaron profesionales de otro perfil, respondiendo a criterios de informantes clave. En los perfiles que solo había una enfermera, fue ella la escogida. Inicialmente se excluyeron las profesionales con menos de 2 años de experiencia para la participación de los grupos focales y entrevistas, pero una vez realizados los grupos focales se consideró que era interesante incluir este perfil para realizar una entrevista. Una vez escogidas a las personas para hacer las entrevistas, se envió un recordatorio vía correo electrónico y se acordó un lugar para la realización de las entrevistas. Las 3 primeras se realizaron

presencialmente y las siguientes se realizaron telemáticamente debido a las restricciones por Covid-19. Todas las participantes eran conocedoras del estudio ya que fueron participantes de los grupos focales y ya habían firmado el consentimiento informado. Aun así, se volvió a recordar el tratamiento de los datos. La última entrevistada que no fue participante de los grupos focales, se le entregó la hoja de información y el consentimiento informado que devolvió vía e-mail a la investigadora. Las entrevistas se iniciaron con una explicación breve del propósito y la duración aproximada. Asimismo, se agradeció la participación en el estudio y se recordó que las entrevistas serían grabadas en audio. Para la obtención de datos se utilizó la estrategia del embudo⁹⁶ que consistió en iniciar la entrevista con preguntas más generales y a medida que se avanzaba en ésta, se iban haciendo preguntas más concretas y profundas (ver Anexo 5). En la Figura 2 puede observar gráficamente la estrategia del embudo.

Figura 2. Estrategia del Embudo para la obtención de información.



* Extraído de *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. 2013, Icart, Pulpón, Garrido y Delgado. Pág. 182.

Las reflexiones resultantes de la realización de las entrevistas además de las decisiones tomadas durante su transcurso fueron anotadas en el diario de campo.

Las entrevistas fueron transcritas y leídas por la investigadora verificando que la transcripción se correspondía con la entrevista realizada. Una vez fue verificada la transcripción por parte de la investigadora fue entregada una copia a las participantes, solicitando su conformidad, correcciones o aspectos a añadir para realizar la validación del contenido. Una vez verificadas las entrevistas se dio paso al análisis de datos.

3.2.6.2. Técnicas de recogida de información utilizadas en el estudio cuantitativo

Cuestionario *ad hoc*

El instrumento de recogida de datos utilizado para el estudio cuantitativo fue un cuestionario auto administrado realizado *ad hoc* (ver Anexo 6). Para la realización de este cuestionario se realizó una revisión de la literatura en busca de cuestionarios validados que midieran este fenómeno no encontrando ninguno que diera respuesta a los objetivos planteados. Además, se consultó con expertos para identificar los temas y subtemas relacionados con la experiencia de aplicación de la GED. A priori, se realizó un cuestionario que fue modificado según la información resultante del análisis de los grupos focales y las entrevistas siguiendo la metodología mixta secuencial. Finalmente, el cuestionario definitivo constó de dos partes, la primera con 8 preguntas sociodemográficas y una segunda parte con 36 preguntas relacionadas con la experiencia de aplicación de la GED. Las variables a estudio estaban relacionadas con la definición y manejo del programa, prescripción, marco legal, marco histórico-social, formación, organización, competencias, opiniones percibidas de usuarios y otros profesionales, puntos fuertes, limitaciones y propuestas de mejora del programa. Las preguntas del cuestionario fueron preguntas con respuestas dicotómicas y algunas de ellas cerradas de múltiple respuesta con campo abierto. Con la finalidad de obtener un cuestionario fiable

que respondiese al objetivo del estudio se realizó una prueba piloto con 25 profesionales. Se realizaron las correcciones pertinentes y se preparó el cuestionario final.

El cuestionario se difundió vía correo electrónico a las enfermeras que trabajaban en AP del territorio catalán, junto con una explicación del proyecto. Además, incluía un enlace al cuestionario cargado en una aplicación de cuestionarios online (*Typeform*). En todo momento, se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los datos. También, todas las participantes debieron aceptar el consentimiento informado antes de proceder a la realización del cuestionario. Además, se envió un email a modo de recordatorio a los 15 días del primer envío.

3.2.7. Variables de estudio

Las variables del **estudio cuantitativo** fueron:

- Sociodemográficas: Fecha de nacimiento, género, año de finalización de estudios de enfermería, años trabajados en AP, estudios académicos, Gerencia Territorial de trabajo, lugar y ámbito de trabajo.
- Variables relacionadas con la definición y manejo del programa: aplicación diaria de la GED (dicotómica), consideración de la GED como un triaje (dicotómica), utilización del programa ARES (dicotómica), seguridad del programa ARES (politómica), motivos de consulta con más dificultad en valorar y resolver; preguntas diferenciadas para enfermeras que trabajan en adultos y para las que trabajan en pediatría (politómica).
- Variable relacionada con la prescripción: aplicación de la prescripción en la GED (dicotómica).

- Variables relacionadas con el marco legal: conocimiento (dicotómica), inseguridad (dicotómica), no aplicación de la GED por miedo a repercusiones legales (dicotómica).
- Variable relacionada con la visibilidad social: la GED proporciona visibilidad social (dicotómica).
- Variables relacionadas con la formación: formación recibida (dicotómica), duración de la formación (politómica), utilidad de la formación (dicotómica), tipo de contenido (politómica), impartición de la formación (politómica).
- Variables relacionadas con la organización: influencia de la organización (politómica y campo abierto), forma de organización (politómica), motivos favorecedores de la implantación de la GED (politómica), presión organizativa para resolver (dicotómica).
- Variables relacionadas con las competencias: competencia enfermera para desarrollar GED (escala de medida ordinal de 0 a 10 siendo 0: muy deficiente y 10: excelente). Causas de la competencia (politómica + campo abierto). Causas de la no competencia (politómica + campo abierto). Inclusión de la GED como competencia avanzada (dicotómica).
- Variables relacionadas con las opiniones percibidas por usuarios y otros profesionales: percepción de aceptación de los usuarios (politómica); percepción de aceptación de los médicos (politómica); identificación con la GED (politómica + campo abierto).
- Variables relacionadas con los puntos fuertes, limitaciones y propuestas de mejora de la GED: puntos fuertes (politómica + campo abierto), limitaciones (politómica + campo abierto), mejora de la aplicación de la GED (politómica + campo abierto).

En el **sub-estudio cuantitativo**, la variable principal de estudio fue la resolución. Además, se analizó la actividad global de enfermería mediante el recuento de número de visitas y las visitas realizadas por la enfermera mediante la GED. Los motivos de consulta tanto de adultos como de pediatría también fueron incorporados, así como las tasas de visitas de GED por cada 1000 habitantes.

3.2.8. Análisis de los datos: tipo de análisis y programas informáticos

En cuanto al **estudio fenomenológico** se realizó un análisis de contenido⁹⁷, en línea con el paradigma constructivista del estudio. Este tipo de análisis valora el contenido manifiesto y latente del mensaje, reelabora datos, permite manipulaciones, transformaciones y reflexiones, obteniendo una mayor profundidad y riqueza analítica. Para realizar el análisis de contenido, primero se organizaron los datos mediante la preparación y lectura de los textos transcritos. Una vez depurados, se pasó a realizar la reducción de datos (codificación). La codificación se refiere a desmembrar los datos (transcripciones) a unidades mínimas de significación (códigos). Estos códigos, podían ser diferentes palabras que hicieran referencia a un mismo tema o concepto, pero expresados de diferentes maneras. Por ejemplo, un mismo código podía ser: demanda aguda, gestión enfermera de la demanda, demanda espontánea. Una vez realizada esta codificación, se realizó la categorización. La categorización consistió en la agrupación e incorporación de códigos de temática similar en cada categoría. Para hacer la contextualización, se agruparon categorías en temáticas similares, dando así lugar los grandes temas⁹⁸. Como medio para la gestión de los datos se utilizó el programa informático ATLAS.ti⁹⁹.

Para el análisis del **estudio cuantitativo**, se realizó un primer abordaje mediante estadística descriptiva. Las variables cualitativas se resumieron

utilizando un recuento de valores válidos y el porcentaje asociado. Las variables cuantitativas se resumieron mediante medias y desviación estándar (DE). En una posterior aproximación, se utilizó la estadística inferencial. Para analizar la asociación entre variables cualitativas (categóricas) se utilizó la prueba de chi-cuadrado (χ^2) y la prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes (U).

El cuestionario incluía preguntas de respuesta múltiple. Para estas preguntas, las enfermeras podían escoger una o múltiples opciones. Se definió el número total de respuestas como la suma de todas las opciones escogidas por cada participante, pudiendo dar lugar a un número de respuestas mayor al número total de participantes. Se calculó el porcentaje de participantes (% part.) calculando el número de participantes que habían escogido una opción, dividido por el total de participantes; de esta manera se pudo visualizar el porcentaje de participantes que escogió una opción concreta. Para visualizar la distribución de las respuestas, se calculó el porcentaje de respuestas (% resp.) dividiendo el número total de respuestas de una determinada opción por el número total de respuestas. Por tanto, en este caso, la suma total de cada porcentaje sería 100%.

En cuanto al análisis del **sub-estudio cuantitativo**, se realizó mediante estadística descriptiva. Algunos de los datos se presentaron en forma de proporción de casos válidos para las variables discretas y en forma de media para las variables continuas. Además, para medir la correlación entre dos variables como el número de protocolos implementados en los EAP y la tasa de visitas de GED por cada 1000 habitantes se realizó el coeficiente de correlación de Pearson. La significación estadística se estableció si $p \leq 0,05$ y se determinó el intervalo de confianza del 95% (IC=95%). Para el análisis de todo el estudio cuantitativo se volcaron los datos en un archivo Excel¹⁰⁰.

Posteriormente, para el análisis estadístico se utilizó el programa informático R¹⁰¹.

3.2.9. Criterios de rigor y calidad

Los criterios de rigor¹⁰² utilizados en el **estudio cualitativo** de esta tesis fueron la confiabilidad, la autenticidad y la triangulación. Los criterios de confiabilidad comprendieron la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad. La credibilidad de este estudio fue otorgada por la validación de los datos por medio de la devolución de los textos transcritos a cada participante para su revisión. Para que el estudio fuera transferible se describió exhaustivamente a los sujetos y el contexto y se detalló cómo se realizaría el estudio. Para asegurar la dependencia y replicabilidad, se delimitó el contexto, se realizaron descripciones minuciosas de las participantes y se describieron las técnicas de recogida y análisis de los datos. Por último, se aseguró la confirmabilidad mediante la recogida de registros concretos, transcripciones textuales y citas directas. La información fue recogida mecánicamente a través de una grabadora y se corroboraron las transcripciones con los participantes. Para asegurar la autenticidad, los resultados fueron reconocidos como reales, por tanto, existe una relación entre los datos obtenidos y la realidad de las enfermeras.

Este estudio presentó una triangulación de metodologías, ya que se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico y una metodología cuantitativa mediante un estudio descriptivo. También se realizó una triangulación de técnicas mediante la recogida de datos de los grupos de discusión, de las entrevistas en profundidad y un cuestionario. Además, se realizó una triangulación de datos, ya que éstos fueron recogidos de diferentes participantes. Los criterios de calidad que se utilizaron fueron: la adecuación epistemológica,

la relevancia, la de validez y la reflexividad. Para asegurar la adecuación epistemológica, se estableció una pregunta dirigida a describir y comprender la experiencia de la GED por las enfermeras, acorde a un estudio fenomenológico. Para que este estudio fuera relevante, se analizaron los hallazgos y se han propuesto nuevas líneas de trabajo futuro. La validez de este estudio estuvo asegurada por la manera correcta de recoger los datos y por la interpretación adecuada de los resultados. Por último, la reflexividad estuvo asegurada por las aportaciones realizadas por la investigadora y observadora, incluidas en las anotaciones del diario de campo.

Cabe comentar que, la investigadora es conocedora del fenómeno y posee conocimientos previos, experiencia y opiniones sobre la experiencia de la utilización de la GED. La investigadora considera que, la GED abre las puertas del sistema, además de crear vínculos más fuertes y confianza con los usuarios; que potencia la visibilidad de la enfermera situándola en el centro del sistema de AP. Además, considera que las enfermeras tienen competencias suficientes para abordar de forma autónoma ciertos motivos de consulta, pero cree que se deberían revisar los motivos para que se pudieran ofrecer tasas de resolución de un 70%.

3.2.10. Consideraciones éticas

Para la realización del presente estudio, inicialmente, se pidió permiso a la institución (gerencia) y a los directores de SAP. Una vez obtenidos estos permisos, el estudio fue aprobado por el Comitè d'Ètica en Investigació Clínica (CEIC) del Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol con el código P18/096. Ver Anexo 7.

Los criterios éticos se tuvieron en cuenta en todas las fases de la investigación. El valor social y científico de este estudio radicó en realizar un estudio no efectuado anteriormente que contribuyese en una mejora en la atención de los usuarios. Se plantearon objetivos exploratorios y se realizó un diseño de un estudio fenomenológico y descriptivo para asegurar la validez científica. En cuanto a la relación riesgo-beneficio favorable, no se previeron riesgos derivados de esta investigación ya que el posible riesgo sobre la información aportada se vio minimizado anonimizando los discursos de las participantes y los resultados del cuestionario y, además, preservando la confidencialidad.

En el **apartado cualitativo** se garantizó la confidencialidad, la intimidad y el anonimato de los participantes, nombrándolos con un nombre ficticio al realizar la transcripción, además de tener en cuenta la ley L.O. 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales¹⁰³, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de Protección de Datos (RGPD)¹⁰⁴ y la Ley 41/2002 de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁰⁵. Por último, se protegieron bajo llave los datos recogidos en el formato papel en el despacho de la investigadora. El acceso al ordenador en el que están contenidos los datos informatizados está protegidos por una contraseña. Los resultados han sido expuestos tal como lo expresaron las participantes, incluyendo el *verbatim* pertinente.

En el **apartado cuantitativo**, el cuestionario fue contestado de forma totalmente anónima. No constaron datos que pudieran identificar a la persona, tales como nombres, apellidos o DNI. Cada respuesta del cuestionario fue identificada por un número. El cuestionario fue enviado vía e-mail y fue contestado en formato online. Al iniciarlo se activó una nota previa donde se

informó que las respuestas serían totalmente anónimas y el uso de los datos serían únicamente informativos para esta investigación.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de esta tesis doctoral en base a los objetivos planteados.

4.1. Resultados del análisis de concepto

Para dar respuesta al objetivo **analizar el concepto de la GED**, se realizó un análisis según el método de Wilson. Este método se utiliza para desarrollar la clarificación del concepto. Los resultados se presentan en base a los pasos realizados:

Paso 1. Aislar las preguntas relativas al concepto

Según Wilson, es importante disgregar las cuestiones en 3 categorías: de concepto (c), de hecho (h) y de valores (v). Las preguntas de concepto se refieren a la descripción de los vocablos, las de hecho son referidas al conocimiento existente y las preguntas de valores apelan a la cualidad, importancia o significación sobre algo. Para el análisis de concepto de la GED se plantearon las siguientes preguntas y se categorizaron en preguntas de concepto (c), de hecho (h) y de valores (v):

1. ¿Qué es lo que define el concepto de GED? (c)
2. ¿Es lo mismo la GED que el triaje avanzado? (c, h)
3. ¿El concepto GED está bien formulado? (v)
4. ¿Las enfermeras que aplican la GED están socialmente aceptadas? (v)
5. ¿Dentro de las competencias enfermeras está el poder asumir la GED? (v, h)

Paso 2. Encontrar las respuestas adecuadas

Las respuestas sobre el concepto en su totalidad se buscaron en la bibliografía científica, así como la de sus vocablos por separado en diferentes fuentes. Por ejemplo, en el diccionario de la Real Academia de la Lengua¹⁰⁶ se buscó la palabra “gestión” y “demanda”. Posteriormente, se consultó la definición de la palabra “enfermera” según el International Council of Nurses¹⁰⁷. Por último, debido a las múltiples denominaciones referidas a este programa, se consultó el documento de consenso elaborado por el Col·legi Oficial de Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB)¹⁰⁸.

Pasos 3 - 7. Casos

La descripción de casos sirve para identificar los elementos esenciales y diferenciarlo de otros. La selección de los casos se efectuó a partir de casos inventados por conveniencia o de casos reales observados directamente por la investigadora, al tener las características necesarias.

Paso 3. Caso ejemplar. Atención a un usuario con enfermedad aguda leve.

En el caso ejemplar se describen las características esenciales de la GED, donde la enfermera inicia la atención, realiza la valoración del paciente y proporciona las recomendaciones oportunas, así como el tratamiento para el problema de salud consultado. También explica al paciente los posibles signos de alarma para volver a consultar. Por último, registra en la historia del paciente la actividad enfermera que ha realizado. La enfermera ha realizado la consulta íntegramente y ha resuelto un problema de salud, que hasta, ahora solo atendían los médicos. Esta actuación se considera normal por parte de la enfermera de AP.

Paso 4. Caso contrario. La atención en unidades especializadas

En el caso contrario, la enfermera es capaz de descubrir alteraciones del paciente gracias a su juicio clínico. La actuación de la enfermera, una vez hecha la valoración y su diagnóstico es la de avisar al médico para que él diagnostique e instaure el tratamiento, a pesar de que la enfermera ya haya hecho el diagnóstico inicial. Al contrario que en el caso ejemplar, no se espera de la enfermera en base al diagnóstico, instaure ella misma el tratamiento o lo revise.

Paso 5. Caso relacionado. La atención del paciente crónico

La enfermera valora el estado actual, la evolución, las posibles complicaciones y realiza también las intervenciones educativas pertinentes y el refuerzo de hábitos saludables al paciente. En este caso la enfermera realiza la consulta de seguimiento íntegramente, sin que intervenga ningún miembro más del equipo. Sin embargo, ha actuado en el seguimiento de una enfermedad crónica y no aguda. Al tratarse de una enfermedad crónica, históricamente está mucho más aceptado e integrado que la enfermera se encargue del control y evolución de ésta.

Paso 6. Caso fronterizo. El triaje avanzado en el hospital.

La enfermera se ocupa de realizar la clasificación de los pacientes en más o menos gravedad para priorizar su atención. Además, la enfermera ha ejecutado un procedimiento y ha establecido el tratamiento farmacológico y no farmacológico en base a unas directrices especificadas en los protocolos. Conceptualmente las actuaciones propias de la enfermera son aquellas resueltas de forma autónoma. Las acciones que son resueltas a través de un protocolo son consideradas como actuaciones delegadas.

Caso 7. Caso inventado.

Puesto que el proceso de descripción de los casos anteriores para describir la GED, sus relaciones, similitudes y diferencias con otros conceptos en su misma red conceptual permite identificar los elementos esenciales del constructo de interés, no fue necesario añadir un caso inventado.

Paso 8. Contexto social

Algunas revisiones indican que entre el 25 y 50% del trabajo realizado por los médicos podría ser transferido a las enfermeras⁵⁷. La sustitución de médicos por enfermeras es una práctica que no está exenta de controversia¹⁰⁹. Según Matheson, las enfermeras han sido un colectivo socialmente oprimido durante muchos años¹¹⁰. Aun así, ha mejorado en muchos aspectos, pero existe contrariedad de los que no comparten el liderazgo de las enfermeras en servicios de salud, aunque es evidente que cada vez más existen áreas transfronterizas entre las competencias de los médicos y las enfermeras¹¹¹.

Paso 9. Emociones subyacentes

El concepto GED puede provocar reacciones en los diferentes actores implicados. Al ser la GED un concepto emergente, las emociones que suscita no han sido ampliamente estudiadas. Las limitaciones legales han provocado indignación y cautela por parte de las enfermeras al realizar el diagnóstico y prescripción pertinente. Al mismo tiempo, existe una sensación de enfrentamiento con el colectivo médico, por el poco apoyo dispensado cuando se ha cuestionado la capacidad enfermera para diagnosticar y prescribir. La percepción de las enfermeras, en cuanto a la ampliación del ámbito competencial, implica cambios que no todos los profesionales pueden estar

dispuestos a asumir ya sea por cuestiones legales, conceptuales, deontológicas o solapamiento de roles con otros profesionales que históricamente han gozado de mayor reconocimiento social⁸².

Paso 10-11. Resultados prácticos y de lenguaje

Los resultados principales de este análisis de concepto los encontramos en los siguientes elementos esenciales:

- El usuario que acude al centro de AP por una enfermedad aguda leve incluida en los protocolos establecidos es visitado por la enfermera, facilitando el continuum asistencial y la inmediata accesibilidad al usuario.
- La enfermera cuenta con juicio clínico suficiente como para valorar, diagnosticar y establecer el tratamiento previamente consensuado en los protocolos. Las derivaciones al médico se realizarán cuando el paciente cumpla algún criterio de exclusión del protocolo o los que según criterio enfermera, necesiten una valoración médica.
- En AP, se espera que la enfermera actúe de manera autónoma y que explote todas sus posibilidades competenciales. Levantar barreras y utilizar el potencial actual de la enfermera debería de ser prioritario en la política sanitaria.

En la Tabla 4 se muestran los resultados* con las características principales del concepto estudiado en base a las preguntas planteadas.

Tabla 4. Características principales de la GED en base a las preguntas planteadas.

Pregunta	Respuesta
¿Qué es lo que define el concepto de GED?	La respuesta que da la enfermera a una demanda realizada por parte del usuario. Garantiza el continuum asistencial en todo el proceso salud-enfermedad y toda actuación está bajo el ámbito competencial de la enfermera.
¿Es lo mismo la GED que el triaje avanzado?	No. La GED tiene un sentido más amplio que el aplicar un algoritmo informático en base a una patología, administrar el tratamiento o pedir una prueba complementaria como se hace en el triaje avanzado. La GED ofrece una continuidad asistencial al usuario durante su vida no solo en momentos de salud, sino también en la enfermedad, siempre que el ámbito competencial de la enfermera lo permita.
¿Las enfermeras que aplican la GED están socialmente aceptadas?	La GED estaba asociada al rol del médico, actualmente el perfil competencial de la enfermera de AP confluye con una parte del rol médico. Aun así, todavía queda mucho por recorrer en cuanto a aceptación social.
¿Dentro de las competencias enfermeras está el poder asumir la GED?	Sí, gracias a que la enfermera actualmente desarrolla estudios universitarios completos. Aun así, se debería revisar la legislación vigente en cuanto a prescripción de productos farmacéuticos ya que con esta ley dificulta la aplicación de la GED.
¿El concepto GED está bien formulado?	No, existen muchas acepciones para un mismo concepto. A pesar del intento de unificación, su denominación no cumple con la amplitud del concepto.

*Para consultar los resultados en detalle ver Anexo 9.

Esta clarificación conceptual permite esclarecer el tanto el término como la concepción de la GED. De esta manera se establecen unas bases de conocimiento necesario para una comprensión homogénea del concepto.

4.2. Resultados del estudio mixto

4.2.1. Resultados del estudio fenomenológico

Una vez realizado el análisis conceptual se procede a presentar los resultados que darán respuesta al primero de los objetivos principales de esta tesis: **describir la experiencia de las enfermeras de AP del SAP Vallés Oriental sobre la aplicación de la GED**. Además, a lo largo de la presentación de los resultados se irá **describiendo el sentido otorgado de la GED por parte de las enfermeras** y por último se dará respuesta a los objetivos de **identificar fortalezas y limitaciones percibidas por las enfermeras y acciones de mejora propuestas**.

Características de las participantes

Un total de 20 enfermeras participaron en los grupos de discusión y en las entrevistas en profundidad. Las participantes de los grupos focales fueron 8, 5 y 6 respectivamente. Algunas de las participantes convocadas, no asistieron a las sesiones alegando problemas laborales. La duración de los grupos focales fue de 88, 89 y 80 minutos. Además, se realizaron un total de 9 entrevistas. La duración de las entrevistas fue de entre 30 y 70 minutos. Se consiguió la saturación de datos tanto en los grupos focales como en las entrevistas.

En cuanto a las características de las participantes, un 95,5% fueron mujeres, con una media de edad de 39,9 años. Un 72,7% tenía la titulación de diplomatura. En referencia al empleo, un 36,4% de las participantes eran fijas, un 27,3% eran interinas y un 36,4% eventuales. Menos de la mitad de las participantes (45,5%) había recibido formación en GED, con una media de 7,7 horas de duración, tal como refleja la Tabla 5.

Tabla 5. Perfiles de las participantes.

Participante	Nombre ficticio	Edad	Género	Año de finalización de estudios	Año de incorporación en AP	Titulación	Tipo de contratación	Formada en GED	Horas de formación en GED
1	Amanda	49	F	1990	1994	Diplomada	Fija	No	
2	Berta	47	F	1992	1998	Diplomada	Fija	No	
3	Carlos	58	M	1984	2009	Diplomado	Fijo	No	
4	Diana	52	F	1989	1996	Diplomada	Fija	Sí	6
5	Esther	43	F	1999	2004	Diplomada	Interina	Sí	6
6	Francisca	47	F	2000	2002	Diplomada	Interina	Sí	6
7	Georgina	25	F	2016	2016	Graduada	Interina	No	
8	Helena	48	F	1995	2007	Diplomada	Interina	Sí	8
9	Iris	39	F	2000	2002	Diplomada	Interina	Sí	6
10	Joana	24	F	2016	2017	Graduada	Interina	No	
11	Katia	28	F	2011	2017	Diplomada	Interina	No	
12	Laura	27	F	2015	2017	Graduada	Interina	No	
13	Marga	42	F	1998	1998	Diplomada	Interina	Sí	8
14	Natalia	43	F	2001	2006	Diplomada	Fija	Sí	4
15	Olga	40	F	2001	2003	Diplomada	Interina	Sí	24
16	Paula	27	F	2013	2017	Graduada	Interina	No	
17	Queralt	46	F	1996	2000	Diplomada	Fija	Sí	3
18	Rosa	58	F	1984	1985	Diplomada	Fija	Sí	6
19	Sara	26	F	2014	2016	Graduada	Eventual	No	
20	Tamara	34	F	2010	2018	Diplomada	Eventual	No	

* Las columnas sombreadas indican las variables de segmentación

Categorización y frecuencia

Tal como se ha comentado en el apartado de la metodología, se realizó un análisis del contenido tanto de los grupos focales como de las entrevistas. Primero, se revisaron las transcripciones y se devolvieron a las participantes para que las validaran. Una vez hecho el retorno de las participantes a la investigadora, se preestablecieron 32 categorías. A medida que se realizaba el análisis y se avanzaba en la codificación y categorización, se fueron creando nuevas categorías. Finalmente surgieron 40 categorías definitivas, que, una vez agrupadas, dieron lugar a 8 temas principales. En la Tabla 6 se muestran las categorías surgidas definitivamente y el número de códigos que se incluyeron en cada categoría (frecuencias).

Tabla 6. Categorías resultantes del análisis de datos cualitativo.

Categoría	Frecuencia
Demanda aguda	537
Competencia	330
Formación	323
Empresa	291
Dirección	263
Médicos	261
Enfermeras	239
Protocolos	209
Mejoras	197
Resolución	195
Legalidad	186
Pacientes - Usuarios	176
Inseguridad	164
Contra	148
Actitud	132
Prescripción	131
Otras carteras de servicios	125
Experiencia	121
Seguridad	119
Universidad	116
Pro	102
Economía	100
Corrientes políticas	96
Historia	92
Novedad	92
GIS - Administrativo	84
Confianza	80
Especialidad	79
Sociedad	77
Exploración	69
Negativa	62
Ministerio	57
Autonomía	39
Ares	37
Decisión	36
Educación Sanitaria	34
Hospital	34
Colegio de enfermería	30
Pediatría	26
EPA	23

A partir de la combinación de las categorías, surgieron 8 temas principales que explicaban la experiencia de las enfermeras en base a:

- El conocimiento sobre qué entienden, como aplican la GED y qué vivencia tienen al respecto.
- El conocimiento acerca de si sus compañeros y usuarios les respaldan o están satisfechos cuando aplican la GED.
- La historia del programa y el contexto social que rodea la GED.
- La influencia de la organización en la aplicación de la GED.
- La percepción de las competencias necesarias para aplicar la GED.
- La formación necesaria para aplicar la GED.
- El conocimiento del marco legal de la profesión.
- La identificación de puntos fuertes, limitaciones y propuestas de mejora del programa.

Para una mejor comprensión del proceso del análisis de datos se puede consultar el Anexo 8 donde se muestra el esquema de análisis, la agrupación de categorías y los temas surgidos.

Temas que explican la experiencia de las enfermeras.

Los resultados de los temas surgidos dan respuesta a qué experiencia de aplicación tienen sobre la aplicación de la GED. En este apartado, se explican tema por tema:

- a) Percepción de la GED y sentimientos suscitados.
- b) Percepción de los distintos actores implicados en la GED.
- c) Praxis.
- d) Historia y contexto social.
- e) Organización.

- f) Competencias.
- g) Formación.
- h) Aspectos legales.
- i) Puntos fuertes, limitaciones y propuestas de mejora del programa.

a) Percepción de la GED y sentimientos suscitados

Des del punto de vista empírico, las enfermeras poseen visiones diferenciadas de lo que es la GED, según las experiencias vividas. Por un lado, hay enfermeras que perciben la GED como una respuesta ofrecida desde el liderazgo de la enfermera a una demanda aguda del usuario.

“La manera que tienes de gestionar y solucionar la demanda espontánea de los pacientes en un momento determinado en una situación aguda, con los recursos competenciales que tienes”. (Berta)

Por otro lado, algunas enfermeras entienden la GED como un triaje, es decir, lo viven como una priorización de la entrada de pacientes en la consulta del médico, aplicando una evaluación de riesgo clínico.

“Es el primer paso cuando viene un usuario al centro. Es como el triaje”.
(Paula)

El hecho de tener una concepción diferente de la definición de GED hace que el sentimiento en el momento de aplicarla sea bastante diferente entre ellas. Algunas consideran que, el hecho de tener más autonomía a la hora de gestionar la demanda del paciente es un reconocimiento a la profesión.

“... se nos da un reconocimiento que antes no teníamos”. (Iris)

“Me siento con más responsabilidad, por tanto, con más competencias”. (Sara)

En contrapartida, alguna enfermera tiene una vivencia opuesta a la anterior. En este caso, considera que la GED responde a una falta de médicos. Por tanto, la institución les ha impuesto esta responsabilidad, por lo que no es reconocida como propia.

“... la empresa ha aumentado mis competencias en respuesta a la falta de profesionales médicos sin estar yo preparada para afrontar la GED”. (Natalia)

En general, la respuesta de las participantes a la pregunta de cómo se sienten al aplicar la GED, ofrecen respuestas relacionadas con la seguridad con la que afrontan las visitas.

“... depende del paciente y del motivo de consulta por el que venga. Hay motivos que me siento muy segura y otros que me siento muy insegura”. (Olga)

La prescripción enfermera, es considerada un punto clave para la aplicación de la GED. Algunas enfermeras creen que es un adelanto para la profesión.

“Yo puedo entender la buena intención y disposición que han mostrado las enfermeras con la prescripción. Además, entiendo que ha de estar muy condicionada por el Colegio de Farmacéuticos y el Colegio de Médicos que están en contra de la prescripción enfermera. Con esto quiero decir que yo entiendo la prescripción enfermera como un primer paso, que ya es mucho”. (Iris)

En cambio, otras enfermeras viven el vaivén de la legislación relacionada con la prescripción como una influencia negativa en la aplicación de la GED.

“... hemos tenido un antes, un después y un intermedio en cuanto llegó el Real Decreto de prescripción. Entonces hubo muchas preguntas, dudas y reticencias, por parte de las compañeras. Fueron tantas las reticencias que nos vinieron del SAP a llamar la atención”. (Natalia)

“... ya tenemos los listados de medicamentos que se pueden prescribir, pero legalmente todavía sigue habiendo un vacío legal que es muy importante”. (Diana)

“... esperamos mil años para que saliera la prescripción. Las cuatro cosas que hacemos cada día deberíamos tenerlas más que mascadas. Esto tendría que estar resuelto, resueltísimo”. (Berta)

A pesar de la legislación actual, las enfermeras no están satisfechas con el tipo de productos que existe en el catálogo:

“...esta prescripción es todo lo que puede dar una farmacia sin receta. Entonces no sirve de nada. Yo creo que es una tomadura de pelo”. (Carlos)

“A mí me ha decepcionado mucho. Yo esperaba esto como un paso importante para nuestra profesión y una vez he visto el catálogo, lo siento, me siento muy enfadada. No me parece coherente. A mí no me parece que los productos que están en la lista estén a la altura de lo que deberían de estar. Lo siento, me gustaría que volvieran a mirar el listado el “Col·legi”^e, o l’AIFICC^f, o el ICS, a quién le corresponda y que hicieran lo que correspondiera”. (Esther)

“... hubiese preferido media hoja^g con lo que de verdad tiene una evidencia científica, aunque hubiesen sido solo 4 prescripciones, que no, 20 hojas con esa prescripción...que tenga evidencia científica es muy importante y lo que no la tiene ... ya que incluso es contraproducente, sería bueno quitarlo”. (Rosa)

Además, manifiestan que les gustaría tener un poco más de formación en cuanto a farmacología y seguridad del paciente:

“... nos falta un poco de formación en farmacología de base muy importante en cuanto a dosis y seguridad del paciente. Yo lo que no quiero es prescribir un ibuprofeno de 600 mgr. que es lo que pone en el protocolo, cuando lo que está recomendado científicamente es el de 400 mgr. (...) Y entonces me crea, no inseguridad, sino malestar a la hora de trabajar”. (Diana)

^e Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona

^f Associació d’Infermeria Familiar i Comunitària

^g Del listado de productos a prescribir por las enfermeras

Un dato interesante ha sido la predisposición de las enfermeras a solicitar un control de sus propias prescripciones, al igual que se hace con el colectivo médico.

“Prefiero que los ibuprofenos que yo dé o los naproxenos que yo recomiende salgan a mi nombre, que no a nombre de algún compañero. Sinceramente, como si yo recomiendo 3 amoxicilinas o 2 monuroles^h. Esos 2 monuroles que yo estoy dando por una ITUⁱ en demanda aguda quiero que consten a mi nombre, porque soy yo la prescriptora. Y será la única manera de que yo sea consciente si doy mucho o poco, si lo hago bien o lo hago mal... ahora este dato no lo tenemos para valorar...”. (Esther)

Otro tema que surge es la relación que tienen con el médico a la hora de validar las prescripciones desde el rol colaborativo:

“... tú haces la valoración de todo. Tú ves clarísimamente que esto lo único que debes prescribir es ese antibiótico, el paciente no es alérgico... prescribes, y el médico te lo tiene que validar. En el momento que valida el médico puede hacer dos cosas: o decir “sí, sí, tienes toda la razón” o “no, voy a valorar yo al paciente” ¿no? ... por desconfianza. Entonces, ¿aquí que es una cuestión de confianza o competencia? Porque yo puedo resolver todo hasta el final y al final el médico me tiene que dar un check de ok, todo ok”. (Paula)

b) Percepción de los distintos actores implicados en la GED

La experiencia de aplicación también implica la vivencia de los diferentes actores que intervienen en el proceso de la GED como el profesional administrativo, el médico o el propio usuario. Ante la pregunta de la percepción que tienen las enfermeras sobre si se sienten apoyadas por parte de sus compañeros, en general la respuesta es muy satisfactoria.

^h Fosfomicina

ⁱ Infección del tracto urinario

“... en mi equipo, nos sentimos muy apoyados los unos con los otros”. (Iris)

Las enfermeras ven a los administrativos como profesionales clave para que la GED tenga un funcionamiento óptimo. Refieren que el triaje debe empezar en la puerta por parte del administrativo; de esta manera se garantiza el circuito adecuado para la atención correcta del paciente.

“Yo digo que el cribaje empieza en la puerta, en la zona administrativa. Para mí el mejor cribaje empieza en el mostrador. Si en el mostrador tienes una pieza funcionando de forma coherente, el resto de las entradas son coherentes”. (Esther)

La aplicación final de la GED en las consultas puede llegar a ser profesional-dependiente, especialmente del administrativo. Es decir, depende de qué profesional haya en admisiones y dónde programe al paciente, la enfermera puede o no aplicar la GED.

“... los motivos de consulta que me entran en la consulta a veces están protocolizados, a veces no. Dependiendo del administrativo que haya, me lo programa a mí o al médico. A veces, le programa al médico motivos que puedo valorar y resolver yo y, a veces, me programa motivos que no están protocolizados... sintiendo, en ocasiones, que mi agenda es un cajón de sastre”. (Tamara)

Las enfermeras creen que para el tipo de trabajo que llevaban a cabo, es importante reconocer la categoría profesional de los administrativos sanitarios. De esta manera, estarían más formados y podrían tener más competencias y responsabilidades. Aseguran que, de esta manera, podrían desempeñar su trabajo de una manera más excelente y, en el caso de la GED, sería más eficiente, ya que se dirigirían los pacientes al profesional más adecuado para su atención. En muchos casos, se refieren a una cuestión de actitud, porque, en algunas ocasiones, los propios administrativos no quieren tener la responsabilidad de ser administrativos sanitarios:

“... la primera respuesta que tuvimos por parte de los propios administrativos fue que no eran sanitarios. Nosotros les hemos dicho “bueno, trabajáis en un centro sanitario, por tanto, sois personal administrativo sanitario. Quitáoslo de la cabeza esto de que no sois sanitarios” Pero tienen muy claro que son administrativos y que muchas preguntas para hacer el triaje no tienen por qué hacerlas y no las van a hacer”.
(Amanda)

Por todos estos motivos, algunas enfermeras coinciden en afirmar que los administrativos necesitan una formación más exhaustiva sobre patologías.

“Los administrativos muchas veces se quejan de que no saben cómo interpretar al usuario y qué hacer con su demanda, ya que no saben distinguir el grado de urgencia. Por ejemplo, no saben si programarlo solo con la enfermera o quizá lo debieran programar con un médico. No se les puede culpar de una mala programación porque quizá no tienen la formación”. (Paula)

En general, las enfermeras se sienten apoyadas por el colectivo médico.

“... me siento apoyada, sí. Los médicos van desbordados con la presión asistencial que tienen y sienten que estoy capacitada para hacer ese trabajo”.
(Paula)

En muchas ocasiones, este apoyo se traduce en ayuda en cuanto a formación, compartiendo casos y ofreciendo formación a modo de casos prácticos a la enfermera:

“...tener alguien al lado, un médico que te diga: “oye, mira, ven a mi consulta porque tengo un paciente con esto y esto. Y mira, esto es una sibilancia, esto es un roncus”. Pues yo tuve la suerte de tener una profesional a mi lado que era muy docente y aprendí muchísimo”. (Marga)

Por el contrario, algunas se sienten cuestionadas cuando no acababan de ser finalistas del proceso y acababan derivando al médico para revaloración.

“Nosotras hemos tenido muchos problemas a la hora de resolver las dudas que teníamos, (...) al principio tienes más dudas, luego vas cogiendo rodaje. Nos hemos encontrado con que, a veces, no podías resolver algo y tenías problemas para derivarlo a un médico. Eso te creaba un malestar muy grande porque te clasificaban como que no eras resolutiva. (...) Luego si tienes una duda auscultando o con una exploración abdominal tienes que avisar al médico (...). ¡Es normal que te quieras asegurar! No solo por tu bien, sino por el del paciente, que es el más importante; y que no acabe derivando en un problema. A veces han habido compañeros médicos que no te facilitaban esa interconsulta o esa valoración. Y eso crea mucho mal estar. Se trabaja muy mal así”. (Paula)

En referencia a la opinión del usuario, las enfermeras coinciden en que la aceptación es buena o muy buena, ya que éste aprecia la reducción del tiempo de espera a ser visitado y todo el tiempo dedicado a la anamnesis, a la exploración y a la educación sanitaria realizada por la enfermera.

“En la visita de enfermería estás mucho más rato explicando, haciendo educación sanitaria y una anamnesis muy completa. Supongo que es costumbre de cómo desarrollamos la consulta ya que tiene mucha parte de educación sanitaria y de hablar con el paciente”. (Esther)

“El paciente está muy satisfecho por el tiempo que le dedico. Porque yo le explico qué es la enfermedad, qué es lo que tiene, cómo tiene que tomar la medicación, de qué manera, que tiene que beber, no sé, más agua... lo que sea. O que esta medicación es mejor que se la tome de esta manera, o se la tome de esta otra”. (Marga)

En algún caso puntual, el usuario no quiere visitarse con la enfermera. Normalmente son pacientes jóvenes que frecuentan poco el CAP y que desconocen el funcionamiento del sistema.

“... se asombran porque ellos no tienen la costumbre de visitarse con la enfermera, sobre todo los pacientes jóvenes sanos. No entienden por qué tiene que pasar con la enfermera. Entonces, le haces toda la valoración, le resuelves la visita, le miras

todo, y el paciente te acaba diciendo “ostras, me has hecho tú una visita mejor que la que cualquier otro médico””. (Marga)

En caso de adultos jóvenes que han tenido relación con el sistema, éstos prefieren la atención por parte de la enfermera pediátrica habitual en ausencia del pediatra para la resolución de demandas de salud agudas leves. Prefieren ser atendidos por ella que por otro profesional médico general.

“Yo, por ejemplo, hay días que no estoy con el pediatra, estoy sola. Entonces hay mamás que ya lo saben y vienen directamente a mí a que les resuelva el problema de salud de su hijo. Incluso, a veces, me dicen que se quedan más tranquilas si lo visito yo que algún médico generalista””. (Sara)

En el caso de las propias enfermeras, hay opiniones bastante dispares. Hay algunas que no acaban de reconocer el programa como propio.

“La GED no es función de la enfermera””. (Georgina)

Algunas alegan también, que la implantación de la GED ha sido secundaria a la crisis económica del 2008 y a los recortes en sanidad.

“...me siento como mano de obra barata con el tema de la GED””. (Queralt)

“...como no hay recursos (...) ahora que la enfermera sea la que intente tapan agujeros (...) somos más baratas que los médicos. Estamos haciendo cosas que hasta ahora hacían ellos””. (Amanda)

“¿Realmente es porque hay una falta de recursos y ahora la enfermera es la que puede gestionar la demanda urgente?””. (Amanda)

Además, sumadas a las causas anteriores, consideran que responde a una falta de médicos.

“...la GED nace para ser prácticos, porque hay más enfermeras que médicos”.
(Iris)

“¿Por qué se potencia ahora y no cuando se reformó el sistema sanitario? ¿Por qué justo ahora que salimos de una huelga importante de médicos o hay una falta manifiesta de ellos?”. (Iris)

“... esto es la presión del sistema (...) yo creo que sale del ámbito de las competencias, incluso de enfermería. De hecho, a nivel de atención continuada, en el ACUT, en urgencias, siempre hay un médico y se necesita un médico de refuerzo. El día que no encuentran médico de refuerzo, que es continuamente, ponen a una enfermera para hacer exclusivamente, gestión de la demanda. Por tanto, la GED es obligada por esa falta de facultativos. Si no, a buenas horas ... permitirme el cinismo, seríamos tan estupendas, competentes, valemos muchísimo (...) tenemos que desarrollarnos”. (Diana)

En cambio, muchas de ellas perciben la GED como una potenciación del rol y una expansión del ámbito competencial. Algunas, también viven la implantación de la GED como una oportunidad de mejora en la profesión independientemente de cuál sea la causa de la implantación:

“... un aumento de competencias”. (Amanda)

“... una oportunidad de mejora y de reconocimiento”. (Natalia)

“... tengo conocimientos y habilidades como para solucionar muchas cosas sin salirme de mis competencias”. (Berta)

“... tengo más capacidad de resolución”. (Helena)

c) Praxis

Las enfermeras, en ocasiones, viven la aplicación de la GED como un aumento de presión asistencial.

“Yo creo que enfermería en primaria tiene mucho trabajo, precisamente no nos falta faena. Nos faltan horas para hacer cosas, hacemos muchos domicilios, hay mucha gente a la que le gusta la comunitaria; los crónicos prácticamente los podemos llevar las enfermeras. Entonces, tienes que dejar de hacer actividades para atender visitas de demanda aguda”. (Natalia)

Además, relatan un cambio en el paradigma de la concepción de la AP por parte de la organización.

“... a mí me da miedo de aquí a unos años. Nos hemos pasado unos años diciendo que vinieran los pacientes, que vinieran y se programaran... y ahora es “Dígame que le pasa ¿a ver si lo puedo ayudar? Le doy hora para el médico para la semana que viene, pero espere, que tengo aquí a la enfermera”. A mí esto, me da mucho miedo”. (Rosa)

Algunas enfermeras perciben un cambio en los usuarios, no solo en la relación con el sistema sanitario, sino también con la inmediatez de la cotidianidad integrada como un cambio en el estilo de vida:

“Tal como yo lo veo, las nuevas generaciones que van subiendo, lo quieren todo ya. Además, tienen la visión y el sentimiento que todo es urgente y quieren soluciones inmediatas”. (Rosa)

Una posible solución a esta problemática planteada es la educación para la salud por parte de los sanitarios a la población.

“... el profesional tiene que dar un mensaje para reeducar al paciente. A veces he tenido que coger una lupa para ver la herida por la que ha consultado. Pero al paciente se le ha de educar. Y tú, como educadora le has de enseñar y explicar: “mire, disculpe, esto no es una urgencia, esto lo puede curar desde casa”. Durante unos años, la corriente ha sido el: “venga al CAP” y ahora mismo se les ha de decir: “vengan, pero no para todo”. (Iris)

La experiencia en cuanto a la práctica de la GED viene muy condicionada a la práctica del médico. Las enfermeras tienen la vivencia que, en algunas ocasiones, los médicos cuestionan el tratamiento propuesto por ellas al aplicar un protocolo. Existen discrepancias en los tratamientos dependiendo de quién inicie la prescripción, si el médico o la enfermera, guiada por los protocolos establecidos.

“No siempre se siguen los protocolos por parte de medicina. A igualdad de patología, el tratamiento no es el mismo si el paciente ha sido atendido por una enfermera o por un médico”. (Iris)

“Cada médico tiene su propio criterio que, a veces, no coincide con el de las pautas que nos marca el protocolo”. (Paula)

“... si es un médico que está muy implicado con el tema de la polimedicación, de las interacciones y que está al caso de las últimas novedades, te dice “no no, el que pone en el protocolo no lo quiero, quiero este otro medicamento”. Y yo automáticamente sé que no puedo prescribir lo que pone en el protocolo”. (Diana)

Por otra parte, algunas enfermeras justifican la reticencia del médico a validar la medicación propuesta por la enfermera, ya que, en ocasiones, debe validar la medicación sin visitar al paciente.

“... al final el médico está validando una medicación sin haber explorado al paciente y es normal que no quiera validar tu prescripción o que prefiera revalorar al paciente. Al final es su responsabilidad”. (Natalia)

d) Historia y contexto social

La mayoría de las participantes coinciden que la GED es una práctica novedosa.

“A mí la GED me sugiere algo nuevo, aunque haga algunos años que ya lo estamos practicando (...) es algo bastante novedoso, con lo cual más responsabilidad, más competencia y también oportunidad”. (Amanda)

Aun así, hubo una participante más veterana, que explicó que la GED era algo novedoso porque se le había dado un nombre y se había reconocido como tal, pero:

“... antiguamente se hacían muchas visitas urgentes y muchos de los motivos que entraban en consulta son motivos que están en la demanda espontánea hoy. Lo que pasa es que no tenía nombre ni teníamos un protocolo, pero teníamos un profesional médico al lado. Así que, cuando tú no podías resolver, te resolvía él”. (Rosa)

Incluso, comenta que en alguna ocasión llegó a ser finalista, haciéndole la prescripción de los consejos de salud o del tratamiento farmacológico al paciente sin intervención del médico:

“... incluso tú hacías las recetas cuando teníamos talonarios”. (Rosa)

Desde la perspectiva social, la totalidad de participantes entrevistadas consideran que la GED es una oportunidad para dar visibilidad al trabajo enfermero y su potencialidad:

“... las enfermeras desde un inicio han estado luchando muchísimo por la repercusión social que tiene nuestra profesión, para darnos a conocer, para dar a conocer nuestro trabajo, y la GED nos ayuda”. (Francisca)

“La GED es ideal para dar a conocer nuestras capacidades, nuestras competencias, nuestras responsabilidades, nuestros conocimientos, nuestro todo”. (Paula)

Según las participantes, algunos usuarios desconocen el sistema y no saben que la enfermera forma parte del equipo que vela por su salud:

“... hay usuarios que no nos conocen (...) porque no conocen como funciona el sistema, no conocen la función de la enfermera, y no conocen las competencias que tiene la enfermera (...). Ellos aún tienen la visión antigua de la enfermera que va detrás del médico pinchando y haciendo curas”. (Paula)

Las participantes opinan que la población necesita hacer un cambio cultural y éste es cuestión de tiempo, ya que están observando un cambio desde que se inició el programa:

“... en un principio pensaba que la gente estaba más habituada a ir con el médico por lo que rechazarían ser atendidos por la enfermera. La verdad es que me ha sorprendido, por lo contrario. Los usuarios normalmente si ven que haces bien la visita se quedan bastante satisfechos”. (Olga)

“los usuarios aceptan mejor la visita enfermera cuando tienen confianza con ella”. (Sara)

A pesar de ser conscientes de esta visión por parte del usuario, las enfermeras confían en que el cambio cultural se realizará definitivamente.

“... algún día llegará que el paciente será visitado por la enfermera y lo tendrá asumido y yo creo que eso será algo positivo para nosotros con el tiempo”. (Helena)

En general, el modelo de atención sanitaria hacia los usuarios, consideran que, ya está cambiando:

“...antes era un modelo más paternalista, más dependiente del médico y de la enfermera y ahora se trabaja para intentar que la persona sea auto conocedora de sus problemas de salud”. (Olga)

“... hemos de cambiar el concepto del trabajo y definir en qué tenemos que dedicar el tiempo asistencial”. (Rosa)

“... no podemos explicarle siempre lo mismo al paciente”. (Amanda)

Por tanto, las enfermeras abogan por un cambio en la manera de actuar dentro de las consultas para evolucionar acorde a las nuevas tendencias.

“... al principio era dedicarnos al paciente crónico. Ahora hemos visto que esta manera de visitar no está funcionando y tenemos que dar una vuelta más, pero nos tenemos que adaptar a este cambio. Todos los cambios requieren de un esfuerzo; pero claro, hay que ir hacia delante. Todo evoluciona y con ello, nuestra manera de visitar también”. (Rosa)

Por otro lado, hay vivencias controvertidas que relacionan el poco desarrollo de la profesión con ciertas influencias políticas o económicas.

“... aparte del nivel político, hay otras fuerzas influyentes como el Colegio de Médicos y Farmacéuticos, laboratorios, ... Recuerdo haber leído un estudio que reconocía que enfermería recetaba menos y curaba más sin tanto medicamento. Entonces, quizá no interesa que se gaste menos o que se potencien otros roles”. (Iris)

“... ciertas fuerzas políticas apoyan a enfermería, pero, por ejemplo, con la prescripción enfermera teníamos el Colegio de Farmacólogos y el Colegio de Médicos, a los sindicatos y a algunos partidos políticos totalmente en contra. Los más conservadores. Entonces, ¿Por qué un podólogo, que proviene de una escuela como la de enfermería, puede prescribir? ¿O un odontólogo cuando también es un grado, en cambio una enfermera no?”. (Iris)

Incluso también relaciona el poco avance en el rol de las enfermeras con aspectos de género:

“Una de las causas del poco avance de la profesión creo que sería que es una profesión de mujeres principalmente y, en general, ha sido muy devaluada o muy poco valorada”. (Iris)

e) Organización

El sistema organizativo es un factor interesante para valorar, ya que los EAP se benefician de la autogestión. Esto significa que, dentro de unas líneas de actuación marcadas por la institución, los EAP se gestionan autónomamente, pudiéndose organizar internamente de la manera que se considere oportuno. Es por ello, por lo que se preguntó acerca de la posible influencia de la organización en la aplicación de la GED.

“... ahora que los equipos tienen autogestión, dependes mucho de la dirección que tienes. Entonces, en función de la dirección, se hacen ciertas cosas en unos equipos y ciertas otras no. Entonces en la demanda aguda también pasa eso, que depende del tipo de dirección que tienes, la aplicación es más rígida. Y, en cambio, hay direcciones que quizá son más dialogantes. Desde la autogestión, tengo la sensación de que hay cosas que sí que vienen marcadas desde la institución, pero el modo de cómo hacerlo ya no lo veo tan rígido como era antes”. (Marga)

Además, las enfermeras participantes creen que la GED es aplicada de una manera o de otra dependiendo en gran parte de la dinámica interna de cada dirección del centro.

“... según la organización de cada centro o la idiosincrasia del centro, se hace gestión enfermera de la demanda o se hace un triaje como el del hospital”. (Tamara)

Incluso, ya no solo a nivel de organización interna de cada centro, sino que la concepción de la GED responde a la heterogeneidad de las personas que trabajaban en aquel turno: médicos, enfermeras o incluso administrativos.

“... según los administrativos que trabajen ese día se aplica la GED o no, incluso depende del médico que tengas en el turno. No solo depende de las enfermeras”. (Tamara)

Otro de los factores a valorar fue la manera cómo se aplica la GED y la organización a nivel de agendas. Las participantes ven una dificultad añadida a cuando la GED está incluida dentro de la agenda de cada profesional.

“... nosotros en nuestra agenda, antes teníamos espacios que se tenían que ocupar con la demanda aguda, pero claro, eran de 5 minutos. Y en 5 minutos no resuelves una patología aguda”. (Joana)

Además, el hecho de programar las visitas en la agenda de la enfermera hace que, si se tiene que consultar con el médico o el paciente cumple con criterios de exclusión, se tenga que buscar un médico y programarlo de nuevo en la agenda de este profesional.

“... si necesito apoyo del médico, tengo que ir pidiendo favores”. (Sara)

En algunos centros se organizan con un equipo de urgencias compuesto por un médico y una enfermera que solo atienden esta demanda aguda.

“... hay equipos en los que tienen contratada a una persona que solo hace esto y de esta manera sabes que tienes un apoyo del médico en el momento que lo necesites”. (Paula)

En cambio, el hecho de tener un equipo dedicado solo a las urgencias no garantiza la correcta derivación ya que el usuario debería dirigirse al médico o a la enfermera según la patología por la que consulte. En algunos centros se programan todos usuarios a la enfermera para que haga el triaje, tome constantes y lo pase al médico para que le haga la resolución de la visita.

“... se ha confundido mucho con lo que era la enfermera de triaje hospitalario”.
(Berta)

Cuando la GED se concentra en un día o dos a la semana, la asistencia profesional se debe reorganizar y esto puede generar problemas en los cuidados a los usuarios.

“... me encanta hacer urgencias, pero es una imposición lo que nos han hecho. “Ahora tú, a urgencias”. Y ahora estamos haciendo dos días. Pero ¿y todo lo demás que hemos de hacer? O ¿todo lo demás que antes hacíamos en 5? Ahora lo tenemos que hacer en 3. (...) Claro, así es imposible ofrecer un buen servicio”.
(Carlos)

Al intentar llegar a un consenso sobre cuál es la mejor organización para aplicar la GED, no se llega a ningún consenso, aunque en general, confían en el criterio de las direcciones de los equipos:

“En el modelo de atención a las personas que tienes asignadas, tú conoces al paciente, con lo cual es más fácil resolver el motivo de demanda. Por el contrario, en el escenario de atender a toda la GED del equipo, tienes mucha más experiencia en patologías agudas leves, pero en cambio no conoces al paciente y pierdes en confianza porque él tampoco te conoce a ti”. (Tamara)

“... corresponden a las realidades de cada centro. Las propias direcciones saben las particularidades de cada uno y hacen lo mejor para ellos”. (Iris)

Siguiendo en el ámbito organizativo, a nivel más amplio de empresa, comentan que cuando se implantó el programa desde la institución no se hizo de la manera más adecuada:

“Se inició el programa sin haber hecho ningún reciclaje e incluso se puso como DPO la resolución de la GED”. (Olga)

“... es importante que la gente tenga unos cimientos algo sólidos y que no sea “ahora me interesa que hagas esto, te lo implanto”. Sino que se hagan las cosas bien hechas. Que todo el mundo lo haga de la misma manera”. (Natalia)

La gran mayoría de las entrevistadas defiende que se han encontrado con direcciones que no presionan para garantizar la resolución, es más, confían en que la enfermera sepa hasta dónde realizar la visita, dejando la resolución a criterio de cada profesional.

“... cada enfermera acaba la visita donde se siente cómoda según su nivel competencial”. (Berta)

Como puntos de mejora relacionado con las direcciones de los EAP, consideran que cada centro debía de tener:

“Más poder de autogestión”. (Marga)

“... la opción de contratar a una persona si el equipo así lo precisa o incluso tener el poder de reorganizarse”. (Iris)

“... la libertad de decidir cómo lo va a hacer o no, ya que se conoce sus características propias”. (Amanda)

Otro punto que se abordó fue el conocimiento que tienen sobre la aplicación de la GED en otros proveedores de salud privados. En general, cada proveedor ha adaptado la GED y trabaja con sus propios protocolos y esto genera desconocimiento en las enfermeras.

“... en la privada, enfermería no hace GED y en las mutuas tampoco”. (Carlos)

“... CATALUT paga por un servicio. La primaria ha optado por definir unos protocolos y empoderar a las enfermeras y ¿en la privada? La privada no hace esto...”. (Marga)

Dentro de la misma institución, depende en el ámbito en el que las enfermeras trabajen, tampoco se aplica.

“...yo en el ACUT, estoy para inyectables, medicaciones y curas. No hago la gestión de la demanda. Entonces me planteo: ¿cómo es que de lunes a viernes tengo unas funciones diferentes de las del fin de semana?”. (Paula)

Este hecho, plantea dudas ya que, la GED no se pone en práctica a nivel de urgencias hospitalarias.

“... una enfermera de urgencias del hospital no hace una resolución, hace un triaje sin valoración. Y una enfermera de un CAP, puede ver a ese mismo paciente haciendo una valoración y una resolución”. (Francisca)

f) Competencias

En cuanto a las competencias, las enfermeras inician su discurso entrando en el debate de la relación entre las competencias y el impulso que le ha dado la institución. Es decir, cuestionando el origen de la evolución del rol autónomo de la enfermera para la atención a enfermedades agudas leves.

“... la cuestión sería saber si la ampliación competencial tiene relación con que realmente la enfermera tenga más competencias, o simplemente son maniobras que vienen desde más arriba dependiendo de las necesidades que hay”. (Amanda)

También hay quién considera que, esta evolución competencial está relacionada con el aumento del nivel de estudios.

“... hemos pasado de ser ATS a ser doctoradas”. (Rosa)

En cuanto a la pregunta sobre si están competencialmente preparadas para aplicar la GED, las respuestas han sido bastante antagónicas. Por un lado, hay participantes que creen que sí tienen esta competencia:

“... primero y principal tenemos una carrera que nos da esa competencia”.
(Paula)

“... sí, estoy totalmente preparada”. (Berta)

En cambio, otras creen no tener la competencia para hacer la GED porque les falta formación:

“... falta formación para llevar a cabo la GED”. (Queralt)

“... para que la enfermera pueda tener la competencia para realizar la GED se requiere que tenga formación”. (Rosa).

Por otra parte, hay quien relaciona el motivo de demanda con la competencia; es decir, según el motivo de la demanda, puede ser competencia enfermera o no.

“Hay motivos que sí son competencia enfermera y hay otros motivos que no lo son. Las curas, las heridas, ... son competencia enfermera, la fiebre, no”. (Natalia)

Las competencias enfermeras deberían ser para todas las enfermeras por igual, trabajen en ámbito público o privado. Es más, ponen énfasis en que, en la misma empresa, sea cual sea el lugar o horario de trabajo, todas las enfermeras deberían tener las mismas competencias.

“... a veces tengo la sensación de que en función de dónde trabajas, tienes unas competencias, unas responsabilidades u otras. Porque resulta que yo trabajo en la pública y puedo suturar, puedo hacer mil cosas, y me voy a la privada, y realmente tengo aun esa visión de la enfermera de inyectables y administración de la medicación. O sea, me gustaría que la enfermera fuera igual en todas partes y con las mismas competencias, no según la necesidad de cada empresa. Esto también ligado a la misma empresa dónde trabajo, que los fines de semana y festivos yo tengo otras competencias de las que tengo entre semana, ya que, en las guardias, no se aplica la GED”. (Paula)

Las enfermeras, al hablar de legalidad, comentan que no existe un marco legal para aplicar la GED y consideran no tener competencia para llevarla a cabo:

“... sin legalidad no hay competencia”. (Natalia)

“Nosotros en las reuniones de enfermería muchas veces acabamos discutiendo en qué es competencia según la legalidad y qué no es competencia según la legalidad”.
(Marga)

Por otro lado, relacionan la competencia enfermera a la experiencia, no solo en AP, sino también la experiencia aplicando la GED, asegurando que, a más años de experiencia, más competencia adquieren.

“... experiencia es competencia”. (Berta).

“Primero y principal tenemos una carrera, y segundo, hay a quienes sí nos han formado, pero, independientemente, yo pienso que lo que necesitamos es la experiencia”. (Helena)

Ante la pregunta sobre qué competencias creen que son necesarias para llevar a cabo la GED coinciden bastante:

“... habilidades, conocimientos y, por supuesto, sentido común”. (Berta)

“... mucha más formación”. (Queralt)

“Actitud proactiva”. (Helena)

”Ambición”. (Iris)

Aun así, la visión del marco competencial ha sido muy controvertida ya que hay varias participantes que desconocen la existencia de este perfil e incluso dudan que la GED esté dentro de sus funciones.

“...yo desconozco el perfil competencial de la enfermera”. (Sara)

Para finalizar, se preguntó si consideraban que la GED requería de una práctica avanzada de enfermería. En este punto hubo controversia, ya que, algunas consideraban que sí y algunas creían que con el perfil de experta era suficiente. Algunas también consideraban que el perfil avanzado debería exigirse a todas las enfermeras. Aunque, en general, estaban de acuerdo con que tenía que ser una enfermera experimentada.

“...quizá debería de existir un perfil de “demanda aguda”, igual que el que tiene la gestora”. (Iris)

“Yo es que el tema este de la enfermera de práctica avanzada siempre me ha sorprendido porque me he quedado pensando... “de práctica avanzada, por definición, tenemos que ser todas”. ¿En qué se está especializando esta enfermera de práctica avanzada? ¿En un mejor manejo del paciente crónico complejo? Una enfermera de primaria ha de estar capacitada totalmente para el manejo del paciente. Otra cosa es que surgiera la enfermera gestora de casos, eh, que se le apoyara con más formación, reformación, etc., pero, si la enfermera de AP tuviera suficientemente tiempo y un cupo suficientemente ajustado como para a las doce y media haber acabado y ver sus dos o tres PCC^j, no haría falta una gestora de casos. Es decir, depende un poco de la concepción que tengamos de la primaria y de la filosofía de la primaria. Y de porqué nació la primaria. La longitudinalidad en el trato y en la atención del paciente se está perdiendo, estamos empezando a trabajar por parcelas. Una solo irá a espontánea, (...) en mi equipo se instaura también la que solo hará atención domiciliaria”. (Diana)

“...hemos implantado todas estas figuras sin definir previamente qué perfil debía tener cada profesional de equipo. Yo pienso que no están capacitadas de la misma manera todas las enfermeras para hacer todo”. (Marga)

^j Paciente crónico complejo (PCC)

g) Formación

Muy relacionado con el punto anterior surge el tema de la formación, ya que, el debate sobre las competencias enfermeras converge con la formación. La demanda continua de formación ha sido común en todas las personas entrevistadas e integrantes de los grupos focales. Este es el punto donde hay un consenso absoluto: la falta de formación. Aun así, creen que ha habido una evolución en el marco formativo académico en comparación con unos años atrás.

“Estamos más y mejor formadas académicamente”. (Rosa)

Pese a eso, las enfermeras sienten que la formación ofrecida especialmente cuando se implantó la GED fue insuficiente o nula. Al tratarse de un programa nuevo, se debería haber fomentado la capacitación de las enfermeras previo a la implementación.

“... aquí hemos empezado al revés. Hemos empezado a hacer GED sin la formación”. (Natalia)

“...la verdad es que, la formación en su día, cuando empezamos con la espontánea, fue nula. Y solo fue, “mira, estos son los protocolos que hay que seguir, criterios de inclusión, criterios de exclusión, y esto es lo tenéis que valorar”; la adjunta buscó quien podía darnos esta formación que, evidentemente, tenía que ser un profesional médico. Nos dio la formación en taller de dos a tres. Y a partir de aquí, ya está. Esta es toda la formación que recibimos para hacer espontánea”. (Marga)

“Hay enfermeras que se sienten muy inseguras. O bien porque no están preparadas o porque les falta formación, o porque no se les ha dado esta formación como se pide. Hace muchos años, cuando empezó la demanda aguda, sí que se hizo una serie de formación de exploración, de auscultación... Ahora llevamos muchos años que no se ha hecho nada. También pasa mucha gente nueva, y esta gente nueva no ha hecho esta formación”. (Carlos)

“... hace poco que hemos acabado la carrera y estamos trabajando y realmente nosotras no hemos recibido formación de nada”. (Katia)

Aun así, no acaban de llegar al consenso sobre quién debería partir esta formación: la universidad o la empresa. Algunas enfermeras relacionan el hecho que sea una “nueva competencia” con que deba ser reconocida desde la universidad y, en consecuencia, incluir formación de la GED en el currículum formativo pregrado:

“Si se considera que es una competencia de enfermería, tiene que incluirse en la universidad. Y luego, a más a más, formación continuada. (Natalia)

“... en mi manera de verlo, no es la empresa la que ha de ofrecer la formación, sino que ha de ser desde las escuelas de enfermería”. (Paula)

“Para mí, la universidad tendría que ofrecer la formación. Lo que pasa es que un programa de grado universitario no se cambia de la noche a la mañana”. (Diana)

Otras afirman que, además de la base universitaria, también hay un componente personal, de actitud y lo viven como una oportunidad.

“... debe existir una base universitaria, pero es la propia profesional la que tiene que seguir formándose”. (Iris)

“... oportunidad de mejora continua, para llegar a la excelencia”. (Francisca)

A pesar de ello, apuntan que la formación que necesitan para los diferentes motivos de GED es distinta. Algunas enfermeras creen que no tienen suficiente formación, especialmente para aquellos motivos que históricamente resolvía un médico: fiebre, tos, ojo rojo, etc.

“Hay motivos como la fiebre, la tos o la mucosidad que siempre hay más miedo, seguramente porque nosotras históricamente no los hemos hecho”. (Francisca)

En cambio, para los motivos más relacionados con la atención enfermera como las curas, verbalizan no necesitar tanta formación, ya que ha sido estudiada tanto en el currículum universitario como en la formación continuada.

“... tenemos formación impartida en la universidad y no todos los motivos de consulta requieren la misma formación”. (Sara)

En cambio, todas coinciden en la poca formación recibida en exploración física como la auscultación pulmonar, exploración neurológica o abdominal.

“... en la carrera, nadie me enseñó a palpar abdómenes ni a auscultar”. (Natalia)

“A mí si me preguntáis como fue el curso de palpación y auscultación... os digo que de poco me sirvió. A veces esperas aquel curso con ganas y es mejor que te pongas el CD de littmann^k en casa”. (Esther)

Así pues, todas las entrevistadas reconocen que la falta de formación es un área que les provoca inseguridad. Pero, a la vez, lo viven como una oportunidad de formación que les puede llevar a la excelencia.

“... la formación continua nos llevará a la excelencia”. (Francisca)

h) Aspectos legales

En relación con los aspectos legales que conciernen a la GED, existe un gran desconocimiento, hecho que les provoca miedo y resistencias.

^k Marca de material sanitario, especialmente de fonendoscopios que también ofrece material formativo. En aquel entonces, CD para formación.

“El miedo de incurrir en la legalidad es el más generalizado”. (Amanda)

Además, esta misma afirmación coincide con las de la gran mayoría de entrevistadas. Otra de las dudas que les surgen es si la cobertura legal es la misma para un médico que para ellas, es decir, si en caso de equivocación la empresa respondería de la misma manera que lo haría con un médico. Además, algunas encuentran ambiguo y poco claro el posicionamiento del colegio profesional emitido al inicio de la implantación de la GED.

“...se vive bastante mal por el tema de lo legal. No porque no queramos hacernos responsables, sino porque los mensajes son muy contradictorios depende de dónde te vengan, que, ya puede haber protocolos, pero si estos protocolos solamente los firma el ICS, y legalmente no los ampara... yo qué sé, el Colegio..., quién sea, porque el protocolo se lo puede haber inventado no sé quién. Si no está avalado, ¿será igual de válido que yo diga que ese abdomen estaba blando, depresible y no había nada más, que la valoración que haga un médico? ¿O se me cuestionará porque es competencia o no es competencia mía?”.(Paula)

De hecho, durante la realización de los grupos focales y entrevistas se ha observado un importante desconocimiento del alcance legal de la aplicación de la GED. Tanto es así que, la falta de conocimiento sobre la definición legislativa influye en las enfermeras en la aplicación y resolución de los motivos de consulta:

“No sabemos hasta donde nos cubre legalmente un protocolo específico de una empresa”. (Amanda)

“Todos nos dicen que lleguemos donde podamos, pero si hay algún problema de denuncia, ¿nos cubre legalmente ese protocolo?”. (Paula)

Tal es la repercusión del desconocimiento legal que, en algunos centros, las enfermeras se negaron durante un tiempo a aplicar el programa

“... nos sentamos y dijimos que, si no teníamos una legalidad, nos negábamos a hacerlo y nos negamos durante mucho tiempo”. (Carlos)

Una observación que hacen las enfermeras en referencia a la aplicación de la GED y en relación con la legalidad es que consideran que se les ha ampliado el ámbito competencial, pero no perciben que la evolución del marco legal se haya expandido de la misma manera.

“... o intentan suplir una carencia de médicos o bien es porque realmente interesa que tengamos más competencias y podamos asumir más responsabilidades, pero no entendemos por qué esto no va acompañado por las leyes”. (Natalia)

Cabe comentar que además consideran que tienen las competencias necesarias para resolver el problema, pero la legalidad no acompaña para ser totalmente finalistas de un proceso asistencial a causa de esta falta de definición legal.

“... no puedo ser finalista del protocolo cuando hay que hacer una baja o una prescripción”. (Natalia)

“... han aumentado las competencias de las enfermeras, pero no han nivelado a nivel legal todo el tema de diagnóstico, tratamiento y prescripción. Vamos haciendo, pero sin legalidad”. (Queralt)

Como dato interesante a destacar es que, en ninguna de las entrevistas, las enfermeras hablaron del seguro de responsabilidad civil.

i) Puntos fuertes, limitaciones y propuestas de mejora del programa

Al finalizar todas las sesiones, se preguntó a las participantes acerca de los puntos fuertes, las limitaciones percibidas y los aspectos a mejorar del programa. A continuación, se describen de manera agrupada:

Puntos fuertes

Las enfermeras perciben como una fortaleza la accesibilidad que le proporciona al usuario:

“... para el paciente veo que la GED es importante porque de estarse esperando a ser valorado o ser visitado casi de inmediato, es un punto favorable”. (Carlos)

“...lo que ha ganado es que no todos se han de esperar. No es como ir al hospital que allí se esperan entre 3 y 4 horas. Yo veo que cuando vienen al centro a las consultas agudas, esperan 10 minutos o un cuarto de hora”. (Carlos)

“Nuestra relación con el paciente también es más próxima”. (Natalia)

“La GED ayuda al flujo de las visitas, a que se pueda gestionar mejor si realmente tiene que ir al médico, ... porque hay centros en los que tenemos problemas de accesibilidad”. (Amanda)

“Implantando la GED, la enfermera es más protagonista, por tanto, se hace más educación sanitaria, y yo creo que la oportunidad es, por ejemplo, reducir la hiperfrecuentación”. (Amanda)

“... hay gente que está agradecida porque si pasan conmigo no tienen que esperar tanto”. (Tamara)

Las enfermeras perciben que la GED aumenta la visibilidad social de la enfermera.

“La población tiene unos estereotipos de lo que es la enfermera de primaria y ésta es una oportunidad para cambiarlos”. (Iris)

“... he de decir que los pacientes, si no está la pediatra piden por la enfermera de pediatría, no piden por el médico general. La GED nos da la oportunidad de aumentar la visibilidad social”. (Rosa)

“Yo creo que hemos de ir a la visualización de una franja de edad de entre los 15 hasta los 40 años. Que antes toda esta población no la conocíamos para nada. Los de 40 o 50 años si no tenían patología no los veíamos y ahora sí que visualiza que existimos”. (Rosa)

“... los usuarios a veces preguntan por qué han de visitarse con la enfermera. (...) Quizá nunca habían tenido contacto con la enfermera y ahora lo tienen. Y al principio se quedan descolocados, pero luego quieren volver contigo otra vez. Entonces pienso que es un punto positivo para nosotras”. (Marga)

“Yo encuentro positivo el contacto con las familias por el vínculo que se genera”. (Sara)

“... nosotros yo creo que hacemos el trabajo porque lo debemos hacer así y creemos que se tiene que hacer así. La verdad es que la enfermería desde un inicio ha estado luchando muchísimo por la repercusión social que tiene nuestra profesión, para darnos a conocer, para dar a conocer nuestro trabajo y la GED es una oportunidad”. (Paula)

Las personas entrevistadas consideran que la GED ha aumentado el desarrollo profesional y las competencias:

“Una oportunidad de mejora y de reconocimiento”. (Francisca)

“Una oportunidad de reconocimiento a medio-largo plazo”. (Diana)

“Desde nuestro centro se está fomentando el reconocimiento a enfermería, que sea más independiente. Y eso se nota”. (Georgina)

“... se está empoderando más a enfermería y eso lo notan hasta los pacientes”. (Marga)

“La GED es evolución profesional”. (Georgina)

“... siempre y cuando esté organizado de manera que no suponga una carga de estrés, veo que es una oportunidad de aumentar la satisfacción con tu trabajo”. (Diana)

“... más capacidad resolutive”. (Helena)

“... nos da más autonomía para realizar los cuidados”. (Tamara)

Además, ven en el programa ARES una importante oportunidad ya que los protocolos están muy actualizados y es una guía de actuación consensuada por expertos e induce a minimizar la variabilidad:

“Referente al tema de los protocolos, ahora empieza una nueva realidad que es el tema del ARES. Nosotros ya lo tenemos implantado y realmente el tema de protocolos ha mejorado muchísimo. La verdad es que los han revisado mucho. Y la guía está muy bien. A la hora de consultar, está muy bien y completa. Entonces, creo que ahora con el tema de la implantación del ARES el tema de protocolos ha mejorado. Y la verdad es que es mucho, es más amplio. Tienes una versión corta, una versión larga, y realmente están mucho mejor”. (Francisca)

“... al ARES le veo el plus que te ayuda a tener una guía y así te evita olvidar preguntar cierta información en la anamnesis u ofrecer ciertos consejos de salud. Los protocolos del ARES están bastante bien y lo contemplan todo”. (Diana)

También consideran como un punto fuerte la educación sanitaria que se ofrece al paciente, cosa que, aumenta su satisfacción.

“... nosotras somos más propensas a explicarle al paciente el tratamiento, los consejos de salud, porque toda la vida hemos hecho esto”. (Marga)

“Yo creo que se mejora la educación sanitaria”. (Amanda)

“... sé que hay estudios que indican más satisfacción por parte del usuario debido a que la enfermera ofrece más educación sanitaria”. (Diana)

Además, consideran la GED como una oportunidad para las enfermeras para formarse.

“Aprendizaje. A mí me parece, soltura, aprendizaje. Yo pienso que vas aprendiendo cosas nuevas”. (Helena)

“Oportunidad de aprender algo nuevo”. (Marga)

Otro de los puntos positivos percibidos ha sido la desmedicalización que aporta la enfermera.

“...se medicaliza menos a la población cuando es atendida por enfermería”. (Diana)

A nivel de la organización, ven como un punto positivo el hecho de tener direcciones que tengan autogestión o sean dialogantes.

“... entonces en la GED pasa que, depende del tipo de dirección que tienes, pues es más rígida y te tienes que ceñir a lo que dictaminan. En cambio, hay direcciones que quizá son más dialogantes y eso es positivo”. (Marga)

“... depende del equipo directivo que tengas, y aquí tenemos mucha suerte con el equipo que tenemos, que es muy próximo”. (Paula)

Por último, consideran que puede llegar a ser un nuevo perfil profesional dentro de la profesión de enfermería:

“Y que no dejará de ser otro ámbito de trabajo, o sea, otra opción más de... “Quiero ser enfermera” “Vale, ¿cuál de todas estas enfermeras quieres ser?”. No deja de ser otra oportunidad más de trabajo”. (Sara)

Limitaciones

La limitación principal que las enfermeras han detectado ha sido la falta de formación. Esta falta de formación es a nivel de la formación universitaria de pregrado, de la formación en el momento de la implantación del programa y de la formación continuada en GED.

“... en la gestión enfermera de la demanda no tenemos formación”. (Sara)

“... en el protocolo de vómitos-diarrea, por ejemplo, no nos han dado ninguna formación. No nos han formado en palpación abdominal o en auscultación pulmonar. A mí, por ejemplo, en la carrera no me lo enseñaron y acabé la carrera en 2016. Y yo he tenido que hacer un curso que me propuso el ICS de palpación abdominal y auscultación pulmonar que eran unas 4 horas. Pero en la carrera no te lo enseñan. Después llegas aquí y si no te enteras tú de este curso, nadie te informa que existe esto”. (Laura)

“... falta de formación”. (Tamara)

“Nos falta formación y ambición para hacerla”. (Iris)

Por otra parte, comentan que no solo precisan ellas la formación, sino que también es necesaria en otras categorías profesionales como los administrativos para ofrecer un servicio eficiente y una derivación adecuada al profesional que mejor respuesta le pueda ofrecer.

“... por el mostrador van pasando administrativos, en ocasiones nuevos, que no tienen un perfil sanitario y bastante hacen porque no se les ha formado (...) y te programan cosas que no deberían”. (Diana)

“A nosotros también nos ha surgido hace poco eso de decir que ellos no son sanitarios. “No, sois administrativos pero sanitarios”. O sea, que han de asumir cada uno su parte”. (Natalia)

“Depende de quién hay en el mostrador, se nota (...) les falta formación”.
(Natalia)

Además, otras de las principales limitaciones observadas es la percepción de desprotección legal:

“Para mí uno de los grandes contras del programa es la falta de marco legal”.
(Sara)

“La seguridad legal, sentirte legitimado, sentirte que vas a hacer algo y que en ningún momento esto te va a suponer un problema”. (Natalia)

“... el tema legal (...) es una cosa grave. No estamos hablando de una tontería. Es que es tu trabajo, es tu manera de ganarte la vida. Este es un asunto que da mucha intranquilidad”. (Amanda)

“... no tenemos cobertura legal para acabar el proceso, como por ejemplo hacer una baja o hacer una prescripción”. (Iris)

Ligado a la legalidad, también ven una limitación en cuanto a la prescripción enfermera. No pueden prescribir todos los productos igual que un médico y en los casos en que no pueden hacer una prescripción de manera autónoma, dependen de un médico para que les valide esa prescripción. De esta manera las enfermeras no pueden ser totalmente finalistas.

“Alguna vez no he acabado haciendo una resolución por miedo. Ha sido más un miedo a nivel legal, que un miedo a nivel de mis conocimientos. Yo sé que el conocimiento lo tengo, pero no me queda claro hasta donde el legal, hasta qué punto estoy legalmente cubierta o no”. (Paula)

“Años atrás, cuando pasábamos consulta cada día, la verdad es que teníamos más autonomía, en el sentido de que hacíamos las bajas nosotras, o ciertas prescripciones cuando teníamos los talonarios. Ahora no podemos si no tenemos al médico que nos lo valide”. (Rosa)

“... antes hacíamos las bajas y no teníamos que pasarlas al médico”. (Carlos)

Las entrevistadas comentan que, en ocasiones, los límites competenciales no están definidos:

“... hay veces que el médico me dice: “y por qué no haces esto y por qué no haces lo otro? o ¿y por qué le has hecho esto y no le has hecho lo otro?”. Yo ya no se si me meto mucho o poco o donde está mi límite o donde está el suyo”. (Tamara)

Además, consideran que ciertas patologías incluidas en la GED no son competencia de la enfermera o bien que los protocolos existentes previos al ARES estaban desfasados.

“Se deberían excluir ciertas patologías que son, quizás más del médico. Y, aun así, las demás se deberían completar con formación”. (Natalia)

“... los protocolos no se han actualizado desde hacía mucho tiempo. Ahora con el ARES sí que lo están, pero hemos pasado muchos años con los protocolos obsoletos”. (Diana)

En cuanto a la organización del centro, comentan que es una limitación el hecho de hacer GED sin un médico de referencia ya que consideran que si se ha de hacer alguna consulta a otro médico médico éste les está haciendo un favor.

“Cuando tienes que hacer gestión de la demanda y no tienes un médico referente has de ir pidiendo favores a los compañeros”. (Sara)

“Yo creo que las demandas estarían mejor, funcionarían mejor si fueran siempre equipos médico - enfermera”. (Paula)

Además, a nivel organizativo, no todos los centros aplican los mismos protocolos y eso es un hándicap y no es equitativo de cara al paciente.

“...que sea algo que esté un poquito unificado en todos los centros. O sea, que no sea aquí las enfermeras hacen solamente lo que está protocolizado y lo que no, no. Aquí se hace todo, aquí se hace un mix, aquí se hace si el médico no llega, aquí... Yo creo que esto tendría que venir, no de las direcciones de los centros, sino de más arriba. Porque desde más arriba, yo creo que no tienen clara la línea, no hay unas directrices”. (Amanda)

Las enfermeras encuentran que la GED es una actividad añadida a la que tenían anteriormente. Por eso, han de dejar de hacer cosas que hacían años atrás, ya que, hacer lo mismo con el mismo personal es incompatible.

“... vas gestionando las consultas y dejas de hacer unas cosas para hacer otras. Pero hay curas que no las puedes gestionar y las tienes que hacer. Y si encima te falta un compañero, también lo cubres tú”. (Queralt)

"Nosotros, por ejemplo, hace poco hemos empezado a eso de tener un día de espontánea, pero, a veces, si quieres hacer cosas de comunitaria o grupal te tienen que cerrar la agenda (...) Entonces yo me encuentro que el día que visito crónicos, es que no me caben los pacientes, y voy muy saturada de trabajo. Además, hay cosas de comunitaria, unas cosas que a lo mejor te gustaría hacer y no las puedes hacer porque si te cierran más tramos de la agenda es (...). Entonces yo me encuentro que, en la agenda normal, mis curas y mis crónicos no sé dónde ponerlos. Entonces, el día que tengo agenda normal es una batalla campal". (Paula)

“Es un aumento de la carga de trabajo y del estrés”. (Diana)

“... se ha metido toda la demanda, pero se está muriendo una parte, que no se está haciendo, y es una parte de enfermería también. Yo creo que la comunitaria está muerta”. (Queralt)

En cuanto a la organización de las agendas, en general las enfermeras prefieren una enfermera que se dedique solo a hacer GED más que tener las visitas intercaladas en la agenda.

“... cuando teníamos agenda normal te iban poniendo en el medio todas las patologías agudas y eso también era horrible. Porque estabas viendo los crónicos y entre medio, pues, tenías un resfriado, o una diarrea”. (Paula)

“He estado en centros que han metido la GED en el horario normal, en la agenda del día a día. Eso sí que es un problema”. (Helena)

En cuanto a la expansión competencial se percibe como una limitación ya que se han aumentado las competencias y la responsabilidad, pero no se ha equiparado económicamente.

“... tenemos más faena, más competencias y más tareas... reconocimiento el mismo y el mismo sueldo”. (Marga)

“... cada vez nos quieren empoderar más. Yo creo mucho en el reconocimiento profesional, pero después, ¿qué reconocimiento tenemos a nivel de empresa? Seguimos cobrando lo mismo, las responsabilidades cada vez son más grandes y el personal cada vez es menor. (Iris)

“En otros países tienen una cosa que nosotros no tenemos. las case management¹. Primero, ellas tienen una formación añadida, una legislación que las respalda y una remuneración acorde a sus responsabilidades”. (Marga)

Por otra parte, sienten la GED como duplicado ya que el médico, en ocasiones, vuelve a valorar al paciente después de haberlo hecho la enfermera.

“... muchas veces, después que yo haya valorado al paciente, si se lo derivo, a pesar de dejarlo todo escrito, el médico le vuelve a hacer la valoración. De esta manera duplicamos el trabajo y el paciente te mira con cara de “¡otra vez!”. Es decir, que por favor tengan también la misma confianza. Esto es imprescindible. (Helena).

“... a veces haces cualquier valoración y, como no se fían, entonces vuelven a hacer la valoración otra vez. Con lo cual, te sientes como un imbécil, y dices “¿para que

¹ Gestoras de caso del Reino Unido

estoy aquí un cuarto de hora explicando, para luego decir que me tiene que firmar un ibuprofeno?”. Y entonces, antes de firmarlo, vuelven a explorarlo y quedas...”. (Berta)

Por último, hay quién considera que con la GED se pierde longitudinalidad en el proceso.

“... me da un poco de miedo que luego se pierda la parte enfermera. Esa parte de acompañamiento al paciente que con la GED no se da”. (Sara)

Propuestas de mejora

Las mejoras propuestas por las enfermeras han ido en línea con las limitaciones.

Los principales puntos de mejora percibidos por las enfermeras han sido en relación con la legalidad:

“Lo que me falta es un soporte legal”. (Natalia)

“... necesito sentir que lo que hago es legal”. (Katia)

“El miedo más grande que hay en mi centro, en todas las reuniones que hemos hecho, es si estamos amparadas por ley. Entonces vamos viendo que vienen mensajes del Colegio, vienen mensajes de los sindicatos, vienen mensajes de... y al final esta inseguridad repercute en el ambiente, ya no solamente en el cómo hacer. (...) Hemos llegado a una crisis de compañerismo y de trabajar en equipo”. (Amanda)

“... tiene que haber una normativa por escrito que le llegue a los equipos, que a lo mejor existe y no lo sabemos, (...) que haya una normativa por escrito, aparte de los protocolos, donde diga que esto es parte de nuestro trabajo diario y que ante cualquier problema vamos a estar avaladas. Que esto creo que es lo que más nos asusta. El hecho de que tú tengas un problema, y luego la empresa no responda por ti”. (Marga)

“Solo con que dijeran “si tienes un problema legal, aquí están nuestros servicios jurídicos” y nos ofrecieran formación cuando empiezas... yo solo con eso me daría por contenta. Porque son los principales impedimentos”. (Marga)

Además, la mejora en la formación la ven como primordial juntamente con el punto anterior de la legalidad. Y no solo una formación teórica, sino también una formación práctica especialmente en exploración física como la auscultación respiratoria o la palpación abdominal.

“Se necesita más formación. Se podría hacer igual como se hace el RCP básico, pues hacer actualizaciones prácticas periódicas”. (Francisca)

“Y me plantaron allí (a hacer GED) “bueno, empieza”, y yo, eh, digo “unas diarreas”, digo. “no sé”, digo yo “palpar...”. O una auscultación. (...) algo me suena... pero yo esto no lo he estudiado. Además, he hecho el máster de urgencias hospitalarias, y llegas al CAP y no tiene nada que ver”. (Georgina)

“... es una oportunidad, tenemos que pedir formación continuada de la GED. Y esto lo tendríamos que estar siempre pidiendo”. (Diana)

“... la auscultación o la palpación del abdomen... a mí en la carrera nadie me enseñó a palpar un abdomen ni a auscultar. Me pusieron un ruido de “estos son los crepitantes, estos son los sibilantes, y esta es la auscultación normal”. Pero yo en las prácticas, ni del hospital ni del CAP, nunca aprendí a auscultar”. (Paula)

“... estar en un servicio de urgencias y hartarte de practicar, igual podría ser parte de la formación”. (Natalia)

“... pediría también más formación, pero hecha antes de empezar a aplicar. Sería como hacer unos cursos que tengan que hacer todas las enfermeras de los CAP para aprender las cuatro cosas básicas que realmente se ven mucho en la GED”. (Paula)

“Pues insistir mucho en la formación”. (Berta)

Reclamar una mayor contratación de personal y una mayor dotación presupuestaria para la AP es una constante en todos los grupos.

“Más personal”. (Laura)

“... necesitamos más enfermeras para llevar a cabo todo lo que se nos pide”. (Olga)

“... en objetivos te están poniendo que el crónico esté controlado. Te están pidiendo una serie de objetivos con los crónicos, más la demanda aguda, más lumbalgia y gonalgia, ... Más todo lo que entra por la puerta. Y ¿han aumentado el número de enfermeras? No. En mi centro ninguna. (Queralt)

“Aumentar los profesionales y más estabilidad a nivel laboral. Porque, claro, estamos hablando de falta de facultativos y ahora también faltan enfermeras”. (Queralt)

“Reforzar más la primaria. Quiero decir, dotar de más recursos al sistema sanitario, porque si no se dota de más presupuesto, es imposible dar respuesta a todo”. (Olga)

En cuanto al ámbito organizativo piden tener un médico dedicado a las urgencias o un médico de soporte identificado para evitar la sensación de ir pidiendo ayuda.

“... necesito tener el apoyo del médico cerca”. (Andrea)

“... yo he trabajado con los dos sistemas, es decir, tener el profesional médico al lado y andar buscando al profesional médico. Perdemos muchísimo tiempo, en la demanda aguda, muchísimo tiempo buscando a qué profesional le paso el marrón, que es el sentimiento que a veces tienes “porque a este ya le he pasado uno, a este otro, y a este otro”. Cuando tienes el profesional al lado, puerta a puerta, es otra historia. En nuestro caso, por ejemplo, tenemos al mismo profesional médico, que dobla turno, de lunes a viernes. Siempre está el mismo de demanda espontánea. Las que cambiamos somos las enfermeras. Claro, en ese aspecto hemos ganado”. (Marga)

“... si tú estás haciendo GED y tienes a un médico de referencia que es el que hace como el apoyo a esa gestión de la demanda... no es lo mismo llamarlo y

comentarle el caso que ir a mostrador y preguntar “¿a qué médico le toca?” Y que el médico cuestione si le toca a él, si no le toca a él, si eso lo tiene que ver él o lo tienes que resolver tú”. (Sara)

Relacionado con el ámbito organizativo, creen que una propuesta de mejora es la de fomentar más autogestión a los equipos:

“Que cada centro tenga la libertad de decidir cómo lo va a hacer o no ya que se conoce sus características propias”. (Paula)

“... tiene que ser desde arriba que den las opciones a la gente de abajo (...) para poder contratar a personas. A esas personas darles la formación necesaria y tener a un médico que sepa que es su apoyo, es decir, que su trabajo va ser el apoyar a esa enfermera”. (Sara)

“Necesitamos más autogestión... nos obligan a organizar de manera rápida y urgente una cosa impuesta desde arriba. Decidir no montar una unidad de cronicidad cuando lo que necesito urgentemente es una enfermera para hacer la aguda. Entonces, cada necesidad de cada equipo la sabe el director y la adjunta”. (Iris)

Otra propuesta de mejora es la actualización de los protocolos de demanda aguda.

“Yo estuve aquí cuando empezó la espontánea. He estado 7 años haciendo otra cosa, y ahora he vuelto. Lo que me ha sorprendido ha sido que en estos 7 años no hayan cambiado prácticamente nada”. (Marga)

“... respecto a los protocolos, sí que deberían actualizarse. Es una cosa que debería de ser de parte de la empresa ya que crea una cierta discrepancia o falta de aceptación por diferentes profesionales”. (Francisca)

“... los protocolos tampoco están bien definidos”. (Amanda)

Otra de las cosas que las enfermeras reclaman es que los diferentes profesionales que intervienen en el proceso sean conocedores de los protocolos para evitar conflictos innecesarios.

“Llamas al médico para que te valide una prescripción. Pues te dice: “esto no te lo voy a pautar. ¿Qué tal si hacemos esto, esto y esto?”. Entonces pone una cosa en el protocolo y el médico dice otra”. (Georgina)

“Ahora ha pasado que todo lo que viene de gestión de la demanda pasa por enfermería y la enfermera tiene que estar empezando a distribuir. Como un triaje. Bueno, si quieren que hagamos eso lo haremos, pero yo percibo que he dejado de hacer cosas de enfermera para empezar a gestionar una demanda que, a veces, no tengo que estar gestionando. Y eso depende de la formación de los administrativos”. (Marga)

“... si hubiera un filtraje más inicial a lo mejor no tendríamos que estar así... quizá se arreglaría con formación a los administrativos”. (Diana)

“Es una oportunidad para el administrativo para especializarse en atención sanitaria”. (Marga)

En los grupos se generó el debate si es mejor tener a una enfermera más especializada o de práctica avanzada de enfermería para que aplique la GED. En ocasiones, se comenta que podría equipararse a un perfil similar al de la gestora de casos.

“Yo creo que la GED, está bien, y que es una buena idea, pero que podrían dejar elegir, porque hay profesionales que a lo mejor les motiva más este campo, y hay otros profesionales que a lo mejor no les motiva tanto. Y hay otros campos de enfermería que se pueden trabajar y explotar más”. (Queralt)

“... definir el perfil competencial de la enfermera que ha de hacer la GED”. (Marga)

“necesitaría que estuvieran un poco más definidas las competencias de enfermería”.
(Paula)

“... podría llegar a ser como el perfil que había de gestora de casos, que ahora acabará siendo como una enfermera de práctica avanzada”. (Sara)

Al hablar de la enfermera especializada, está la petición de reconocimiento económico ligado a la responsabilidad de implica la GED.

“... que se revisara el sueldo en base a la responsabilidad que tenemos”. (Diana)

“... un aumento de sueldo. Es decir, a más responsabilidad más subida de sueldo. Los perfiles competenciales se tienen que pagar. Tú no puedes aprovecharte de unos profesionales vocacionales para hacer todo lo que estás haciendo. O sea, tú tienes que bonificar o agradecer a esas personas que están siendo muy resolutivas y que te están quitando faena”. (Iris)

4.2.2. Resultados estudios cuantitativos

En este apartado se presentan, en primer lugar, los resultados del enfoque cuantitativo del estudio mixto secuencial (estudio principal) y en segundo lugar se presentarán los resultados del sub-estudio cuantitativo.

4.2.2.1. Estudio principal: la experiencia de las enfermeras de AP de Cataluña sobre la aplicación de la GED

Este primer estudio descriptivo da respuesta al objetivo principal de **analizar la experiencia de las enfermeras de AP de Cataluña sobre la aplicación de la GED**. Para ello se realizó un estudio descriptivo observacional transversal. Este estudio pretende dar respuesta a los **objetivos específicos de identificar fortalezas, dificultades y acciones de mejora de las enfermeras** desde un punto de vista más amplio, obteniendo las opiniones de las enfermeras de Cataluña.

Los resultados se presentan siguiendo los temas surgidos en el estudio fenomenológico.

- a) Características de la muestra
- b) Concepto y aplicación de la GED
- c) Opiniones percibidas de usuarios y otros profesionales
- d) Organización
- e) Competencias
- f) Formación
- g) Aspectos legales
- h) Puntos fuertes y limitaciones del programa.

a) Características de la muestra

Se visualizaron 994 cuestionarios, de los cuales, se comenzaron 627 y finalmente se obtuvieron 405, 11 más que la muestra estimada. El tiempo medio de respuesta fue de 15 minutos y 39 segundos.

De las 405 participantes, 91,1% fueron mujeres, con una media de edad de 45 años (DE=11 años) y rango 23-65. El 21% de las enfermeras terminaron sus estudios hace menos de 10 años y casi un 45% de las enfermeras tenían menos de 10 años de experiencia en AP. Un poco más de la mitad (52,2%) eran diplomadas, el ámbito de trabajo mayoritario fue el centro de atención primaria (92,6%) y un 79% de enfermeras trabajaba con adultos. La Tabla 7 muestra las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra.

Edad	n	%	IC 95%
20 - 35	97	24	20,1 – 28,3
36 - 45	107	26,5	22,4 – 30,9
46 - 55	127	31,1	27,0 – 36,0
56- 65	75	18,5	15,0 – 22,6
Género	n	%	IC 95%
Femenino	369	91,1	88,0 – 93,6
Masculino	35	8,6	6,3 – 11,8
No binario	1	0,2	0,0 – 1,4
Año finalización de estudios	n	%	IC 95%
< 5 años	32	7,9	5,7 – 11,0
5 - 10 años	53	13,1	10,1 – 16,8
10 - 20 años	95	23,5	19,6 – 27,8
> 20 años	225	55,6	50,7 – 60,3

Años trabajando en AP	n	%	IC 95%
< 5 años	122	30,1	25,9 – 34,8
5 - 10 años	60	14,8	11,7 – 18,6
10 - 20 años	114	28,1	24,0 – 32,7
> 20 años	109	26,9	22,9 – 31,4
Estudios cursados	n	%	IC 95%
ATS	7	1,7	0,8 – 3,6
Diplomatura	213	52,6	47,7 – 57,4
Grado	52	12,8	9,9 – 16,5
Posgrado/Máster	101	24,9	21,0 – 29,4
Especialidad enfermería	26	6,4	4,4 – 9,2
Doctorado	6	1,5	0,7 – 3,2
Lugar de trabajo	n	%	IC 95%
Centro de AP	375	92,6	89,6 – 94,8
Centro de Urgencias de AP (CUAP)	26	6,4	4,4 – 9,2
Otros	4	1	0,4 – 2,5
Ámbito de trabajo	n	%	IC 95%
Adultos	320	79	74,8 – 82,7
Pediatría	51	12,6	9,7 – 16,2
Gestión de casos	9	2,2	1,2 – 4,2
Gestión	22	5,4	3,6 – 8,1
Otros	3	0,7	0,3 – 2,2

b) Concepto y aplicación de la GED

Para averiguar la experiencia de aplicación de la GED se realizaron preguntas relacionadas con el concepto o definición del programa, su aplicación y cuestiones relativas a la prescripción enfermera. La amplia mayoría aplicaba la

GED a diario (91,1%), y más de la mitad (67,7%), consideraba la GED como un triaje. Ver Tabla 8.

Tabla 8. Aplicación de la GED por parte de las enfermeras.

¿Aplicas la GED en tu día a día?	n	%	IC 95%
Sí	369	91,1	87,9 – 93,5
No	36	8,9	6,5 – 12,1
¿Consideras la GED como un triaje?	n	%	IC 95%
Sí	274	67,7	63,0 – 72,0
No	131	32,3	28,0 – 37,0

Para analizar el perfil de las participantes que consideraron la GED como un triaje, se analizó su dependencia con los años de experiencia en AP. Se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes, resultando que la percepción de la GED como un tipo de triaje se daba en mayor proporción cuando las participantes tenían menor experiencia laboral en AP. (p-valor = 0,01). Ver Tabla 9.

Tabla 9. Dependencia del porcentaje de enfermeras que perciben la GED como un triaje en función de los años trabajados en AP.

Años trabajando en AP	Percepción de triaje		
	n	%	IC 95%
Menos de 5 años	122	74,6	66,2 - 81,5
Entre 5 y 10 años	60	63,3	50,7- 74,4
Entre 10 y 20 años	114	71,9	63,1- 79,4
Más de 20 años	109	57,8	48,4 - 66,6
p-valor = 0,01			

Además, al valorar si la formación realizada clarificaba el concepto de GED se observó que las enfermeras sin formación consideraban la GED como un triaje en mayor proporción (75,1%) que las que tenían formación (61,6%). Se aplicó

la prueba de X^2 para analizar si la diferencia entre los dos grupos era significativa. La proporción de enfermeras que consideraban que la GED era una forma de triaje fue significativamente menor entre las enfermeras que habían recibido formación. (p-valor = 0,002). Ver Tabla 10.

Tabla 10. Diferencia entre el porcentaje de enfermeras que perciben la GED como un triaje según la formación recibida.

Formación	Percepción de triaje		
	n	%	IC 95%
No	181	75,1	68,4-80,9
Sí	224	61,6	55,1-67,7
p-valor = 0,002			

Un dato importante fue el referente a la prescripción enfermera. Según un 43,5% de las participantes, la implantación de la prescripción enfermera mejoró la aplicación de la GED. Ver Tabla 11.

Tabla 11. Percepción de las enfermeras en referencia a si la implementación de la prescripción enfermera mejorará la aplicación de la GED.

La implementación de la prescripción mejorará la aplicación de la GED	n	%	IC 95%
No	229	56,5	51,7 – 61,3
Sí	176	43,5	38,7 – 48,3

Además, el cuestionario presentaba unas afirmaciones relacionadas con la prescripción y las participantes indicaron con cuál estaban más de acuerdo. La mayoría consideró que cuando el usuario se visitaba en AP siempre esperaba una prescripción farmacológica (55,1%). Además, alrededor la mitad de las enfermeras encuestadas creyeron que prescribían menos que el médico (49,9%). Un 30,9% de las participantes opinó que la enfermera explicaba mejor el tratamiento de lo que lo haría un médico y, por último, un 22,7% de las

enfermeras creían que difería la prescripción ofrecida por un médico o por una enfermera, cuando el usuario consultaba por un mismo motivo. Ver Tabla 12.

Tabla 12. Opiniones de las enfermeras en referencia a la prescripción enfermera.

	n	% part	% resp.	IC 95%
El usuario espera siempre una prescripción farmacológica cuando se visita	223	55,1	34,7	50,2 – 59,8
La enfermera prescribe menos que el médico	202	49,9	31,5	45,0 – 54,7
La enfermera explica mejor el tratamiento prescrito	125	30,9	19,5	26,6 – 35,5
La prescripción enfermera no coincide con la prescripción que habría hecho un médico para el mismo problema de salud	92	22,7	14,3	18,9 – 27,0

En referencia al uso y seguridad del programa ARES, un 76,4% de las enfermeras utilizaba el programa ARES para hacer la valoración del paciente cuando aplicaba la GED; Además, a un 39,3% de ellas, este programa les proporcionaba más seguridad para atender a los pacientes que el programa anterior. Ver Tabla 13.

Tabla 13. Uso y seguridad proporcionada por el programa ARES.

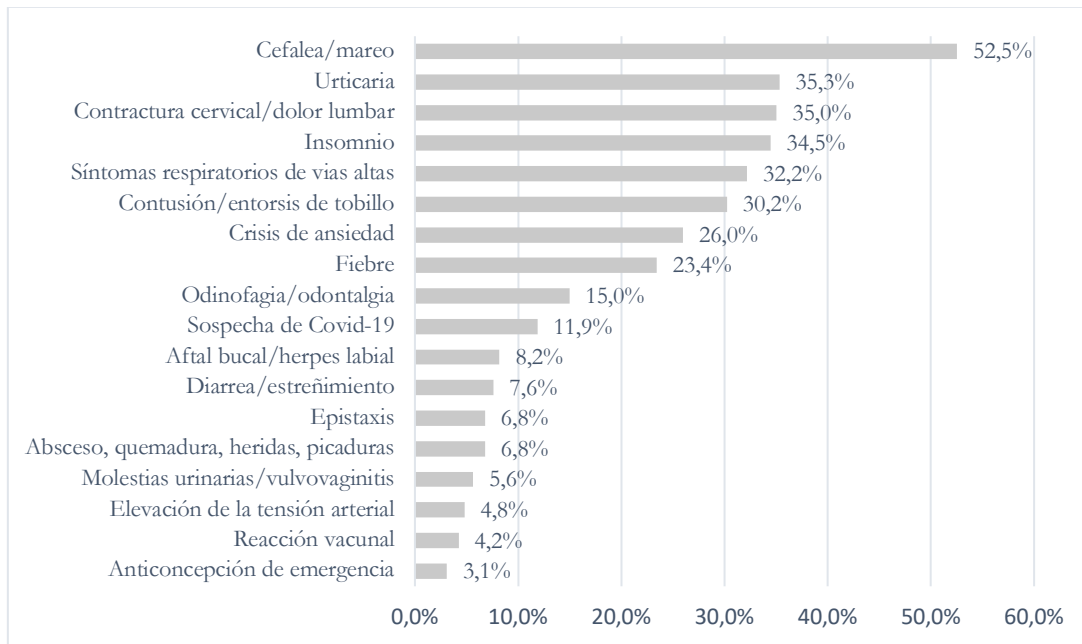
Utilizas ARES para hacer la valoración de la GED			
	n	%	IC 95%
Sí	311	76,4	72,4 – 80,6
No	94	23,2	19,4 – 27,6

ARES proporciona más seguridad que el programa de valoración anterior			
	n	%	IC 95%
Sí	159	39,3	34,6 – 44,1
Igual	130	32,1	27,7 – 36,8
No	69	17	13,7 – 21
No aplica	47	11,6	8,8 – 15,1

Por último, se preguntó sobre qué motivos de consulta de la GED presentaban más problema en realizar una valoración clínica y cuáles de ellos presentaban más problema en resolver. Las respuestas fueron acordes al ámbito de trabajo de las participantes; es decir, si trabajaban en adultos, respondieron en base a los motivos de adultos y si trabajaban en pediatría, las respuestas fueron los motivos de pediatría.

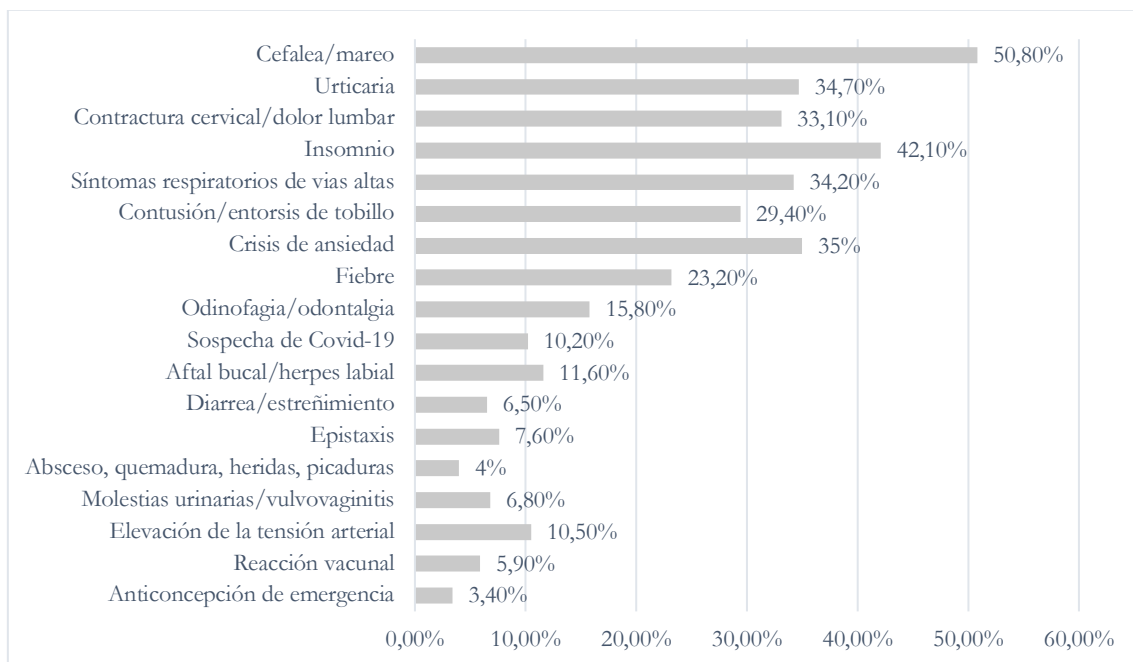
Los motivos percibidos como más difíciles para hacer una valoración clínica en adultos (n=354) fueron: cefalea/mareo, urticaria, contractura lumbar o cervical, insomnio o síntomas respiratorios de vías altas. Los motivos que percibieron como menos difíciles para valorar en adultos fueron: la anticoncepción de emergencia, la reacción vacunal, la elevación de la tensión arterial, las molestias urinarias o vulvovaginitis y los abscesos, quemaduras, heridas, picaduras. Ver Figura 3.

Figura 3. Motivos de consulta de adultos que las enfermeras percibieron con más dificultad para valorar.



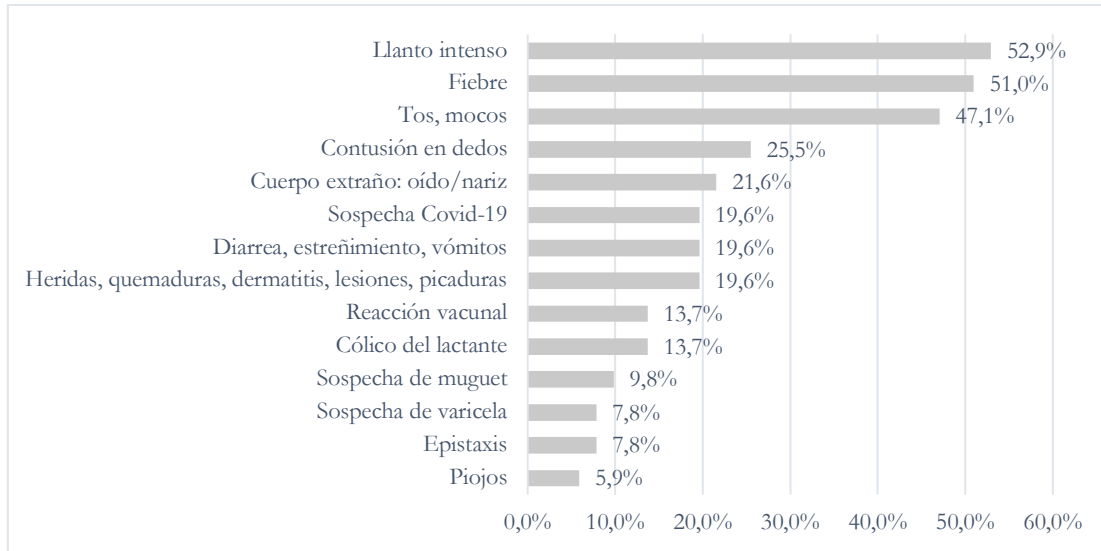
Estos mismos motivos fueron los que percibieron que tenían más dificultad en hacer la resolución. En cambio, los motivos que menos dificultad presentaban para la resolución fueron los mismos que percibieron con menos dificultosos para valorar. Ver Figura 4.

Figura 4. Motivos de consulta de adultos que las enfermeras percibieron con más dificultad para resolver.



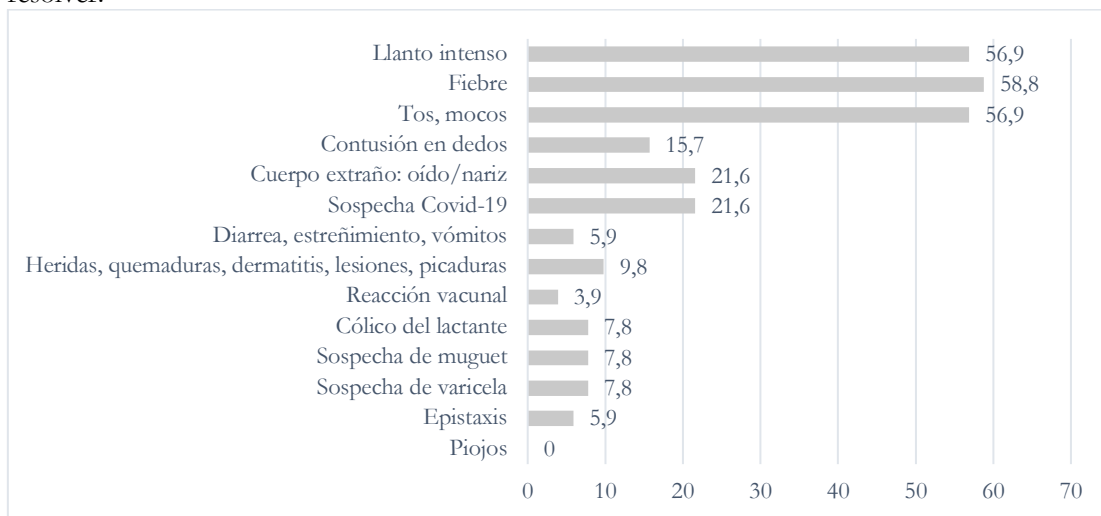
En el caso de las enfermeras que trabajaban en pediatría (n=51) los problemas de salud que les presentaban más dificultad para valorar fueron el llanto intenso, la fiebre, la tos y los mocos. Los que presentaban menos dificultad en valorar fueron los piojos, la epistaxis, la sospecha de varicela o la sospecha de muguet. Ver Figura 5.

Figura 5. Motivos de consulta pediátricos que las enfermeras percibieron con más dificultad para valorar.



Al igual que en los adultos, los motivos que las enfermeras pediátricas percibieron más dificultosos para resolver fueron los mismos que tenían dificultad para valorar. Los percibidos como menor dificultad en resolver, también coincidieron con los menos difíciles de valorar. Ver Figura 6.

Figura 6. Motivos de consulta pediátricos que las enfermeras percibieron con más dificultad para resolver.



c) Opiniones percibidas de usuarios y otros profesionales

La percepción de las enfermeras sobre la creencia de que los médicos y los usuarios estaban de acuerdo con que la enfermera aplicara la GED de forma finalista, más de la mitad de las enfermeras (57,8%) consideró que los médicos estaban de acuerdo, mientras que en el caso de los usuarios estimaban solo un 34,6%. Ver Tabla 14 y Tabla 15.

Tabla 14. Percepción de las enfermeras sobre la creencia de que los médicos están de acuerdo con que ellas apliquen la GED de forma finalista.

	n	%	IC 95%
Sí	234	57,8	52,9 – 62,5
No lo sé	100	24,7	20,7 – 29,1
No	71	17,5	14,1 – 21,5

Tabla 15. Percepción de las enfermeras sobre la creencia de que los usuarios están de acuerdo con que ellas apliquen la GED de forma finalista.

	n	%	IC 95%
Sí	140	34,6	30,1 – 39,3
No lo sé	105	25,9	21,9 – 30,4
No	160	39,5	34,9 – 44,3

Al preguntar a las enfermeras acerca de la percepción que tenía el usuario sobre la atención de la GED por parte de enfermería: un 60,7% opinó que los usuarios querían ser atendidos por un médico en vez de una enfermera. En cambio, un 59,8% de las enfermeras consideró que los usuarios valoraban positivamente la educación sanitaria que les ofrecía la enfermera. Un 14,6% creyó que los usuarios estaban más satisfechos cuando les visitaba una enfermera porque esperaban menos a ser atendidos. Ver Tabla 16.

Tabla 16. Opiniones de las enfermeras en referencia al usuario.

	n	% part.	% resp.	IC
Los usuarios generalmente quieren ser atendidos por un médico	246	60,7	30,3	55,9 – 65,4
Los usuarios valoran positivamente la educación sanitaria que les proporciona la enfermera	242	59,8	29,8	54,9 – 64,4
Los usuarios no quieren ser valorados por la enfermera y luego pasar con el médico para que finalice la visita	136	33,6	16,7	29,2 – 38,3
Los usuarios valoran positivamente la anamnesis que realiza la enfermera	130	32,1	16,0	27,7 – 36,8
Los usuarios están más satisfechos cuando los visita una enfermera porque están menos tiempo en la sala de espera.	59	14,6	7,3	11,5 – 18,3

Al preguntar por las cualidades que definen la GED, las enfermeras relacionaron la GED con: responsabilidad (66,7%), competencias (61,7%) y práctica avanzada (46,2%). Las cualidades con las que menos se identifican son el reconocimiento (25,4%), la inseguridad (26,4%) y el empoderamiento (36,8%). Ver Tabla 17.

Tabla 17. Cualidades con las que las enfermeras relacionan la GED.

	n	% part.	% res.	IC
Responsabilidad	270	66,7	19,4	61,9 – 71,1
Competencias	250	61,7	17,9	56,9 – 66,3
Práctica avanzada	187	46,2	13,4	41,4 – 51,0
Carga de trabajo	176	43,5	12,6	38,7 – 48,3
Sostenibilidad (la enfermera tiene un sueldo inferior al de un médico)	151	37,3	10,8	32,7 – 42,1
Empoderamiento	149	36,8	10,7	32,2 – 41,6
Inseguridad	107	26,4	7,7	22,4 – 30,9
Reconocimiento	103	25,4	7,4	21,4 – 29,9
Otros	2	0,5	0,1	0,0 - 0,0

Se preguntó a las participantes sobre la visibilidad social de las enfermeras derivada de la GED. Un 72,1% consideró que la GED generaba visibilidad. Ver Tabla 18.

Tabla 18. Percepción de las enfermeras sobre la visibilidad que genera la GED.

	n	%	IC 95%
Sí	292	72,1	67,6 – 76,2
No	113	27,9	23,6 – 32,5

d) **Organización**

Un 83,7% de las participantes consideró que la organización influía en la aplicación de la GED, mientras que un 10,1% no lo sabía y un 6,2% creía que la organización no ejercía ninguna influencia. Ver Tabla 19.

Tabla 19. Percepción de las enfermeras sobre la influencia de la organización interna del CAP respecto a la aplicación de la GED.

	n	%	IC 95%
Sí	339	83,7	79,8 – 87,0
No lo sé	41	10,1	7,6 – 13,4
No	25	6,2	4,2 – 9,0

Se preguntó sobre qué tipo de organización podría favorecer el uso de la GED. Los resultados demostraron que la atención realizada exclusivamente por una enfermera para atender la GED favorecía el programa (41,7%), en cambio, un 13,8% opinó que lo ideal era que cada enfermera atendiera a las personas asignadas a su cupo. Un 41,2% de las participantes consideró que las dos organizaciones eran adecuadas para la aplicación de la GED. Ver Tabla 20.

Tabla 20. Forma de organización interna que más favorece la aplicación de la GED.

	n	%	IC 95%
Enfermera de urgencias (solo hace GED)	169	41,7	37,0 – 46,6
En ambas	167	41,2	36,5 – 46,1
Enfermera que hace GED en su propia agenda (visitas del día)	56	13,8	10,8 – 17,5
En ninguna de las anteriores	13	3,2	1,9 – 5,4

Por último, más de la mitad de las participantes (51,1%) consideró que haber sentido presión por parte de la organización para ser más resolutiva. Ver Tabla 21.

Tabla 21. Percepción de las enfermeras en cuanto a presión organizativa para ser más resolutivas.

	n	%	IC 95%
Sí	207	51,1	46,3 – 55,9
No	198	48,9	44,1 – 53,7

e) Competencias

Para analizar la opinión de las enfermeras sobre el reconocimiento de la GED como una competencia enfermera, se preguntó mediante una escala ordinal (0-10) sobre la preparación percibida para aplicarla. La puntuación media de las encuestadas fue de 6,9. La variable ordinal “grado de preparación” se convirtió a una variable categórica (0-2: “deficientemente preparadas”; 3-4: “poco preparadas”; 5-6: “moderadamente preparadas”; 7-8: “preparadas”; 9-10: “excelentemente preparadas”). Se analizó la diferencia de medias entre la puntuación otorgada a la preparación competencial y la formación académica como criterio de segmentación. Para cada criterio de segmentación se analizó la diferencia entre el porcentaje de enfermeras que se sentían “muy bien preparadas”. En el grupo formado por las enfermeras que se habían formado como ATS, diplomadas y graduadas, la puntuación media fue de un 6,7. En cambio, las enfermeras que tenían el título de máster o eran especialistas o doctoras, la puntuación media fue de un 7,4. Se verificó su significación estadística con una prueba de chi cuadrado con un nivel de significación de 0,05 (p -valor = 0,003), mostrando asociación entre la sensación de estar competencialmente preparadas y el nivel de formación académica. Ver Tabla 22.

Tabla 22. Diferencia entre la percepción de preparación competencial para aplicar la GED según el nivel de formación académica.

Nivel de formación	Preparación competencial		
	n	%	Media
ATS/Diploma/Grado	54	19,9	6,7
Especialista/Máster/Doctorado	44	33,1	7,4
p-valor = 0,003			

Al preguntar a las enfermeras que habían opinado que estaban competencialmente preparadas (considerando preparadas a las que contestaron a la puntuación de 7 o más, (n=243) cuál era la causa: un 74,5% consideró que era porque eran más autónomas y un 72,8% porque estaban mejor formadas. Ver Tabla 23.

Tabla 23. Causas de estar competencialmente preparadas para abordar la GED.

Las enfermeras tienen...	n	% Part.	% Resp.	IC 95%
Más autonomía que históricamente	181	74,5	29,4	68,7 - 79,6
Más formación que históricamente	177	72,8	28,8	66,9 - 78,0
Más años de experiencia en GED	103	42,4	16,7	36,3 - 48,7
Más empoderamiento	96	39,5	15,6	33,6 - 45,8
Más motivación	33	13,6	5,4	9,8 - 18,5
Otros	25	6,2	4,1	7,1 - 14,7

En cambio, las que no consideraron que estuvieran competencialmente preparadas (puntuación <7; n=166) mencionaron la falta de formación (80,7%) y la falta de reconocimiento económico para asumir la responsabilidad de la GED (72,3%) como motivos principales. Ver Tabla 24.

Tabla 24. Causas de no estar competencialmente preparadas para abordar la GED.

Las enfermeras no tienen...	n	% Part.	% Res.	IC 95%
Suficiente formación	134	80,7	33,4	74,1 - 86
Reconocimiento económico	120	72,3	29,9	65,0 – 78,5
Cobertura legal	114	68,7	28,4	61,3 – 75,2
No es cartera de servicios de enfermería	30	18,1	7,5	13,0 – 24,6
Otros	3	1,8	0,7	0,6 – 5,2

Al preguntar a las participantes acerca de la consideración de la GED como una práctica avanzada de enfermería, un 76,3% opinó que sí. Ver Tabla 25.

Tabla 25. Percepción de las enfermeras sobre la consideración de la GED como una práctica avanzada de enfermería.

La aplicación de la GED requiere prácticas avanzadas de enfermería	n	%	IC 95%
Sí	309	76,3	71,9 – 80,2
No	96	23,7	19,8 – 28,1

La variable edad y años trabajados en AP modificaba la percepción de manera estadísticamente significativa (p -valor=0,041) entre las dos variables, demostrando que las enfermeras con menos edad consideraban que para aplicar la GED se precisaban prácticas avanzadas de enfermería. Ver Tabla 26.

Tabla 26. Diferencia entre el porcentaje de enfermeras que perciben que la GED requiere prácticas avanzadas de enfermería en función de la edad.

La aplicación de la GED responde a práctica EPA			
Edad	n	%	IC 95%
<40 a	127	82,7	75,2- 88,3
≥40 a	278	73,4	67,9-78,2
p -valor=0,041			

En cuanto a los años trabajados, al aplicar la prueba de suma de rangos de U de Mann-Whitney, se evidenció la relación entre las dos variables con resultados estadísticamente significativos. Por tanto, se puede afirmar que, las enfermeras con menos tiempo trabajado consideran que la GED requiere de una práctica avanzada de enfermería en mayor proporción (p-valor = 0,033). Ver Tabla 27.

Tabla 27. Diferencia entre la percepción de que la GED requiere competencias avanzadas de enfermería y los años trabajados en AP.

La GED requiere de competencias avanzadas			
Años trabajando en AP	n	%	IC 95%
Menos de 5 años	122	84,4	77,0-89,8
Entre 5 y 10 años	60	71,7	59,2-81,5
Entre 10 y 20 años	114	71,9	63,1-79,4
Más de 20 años	109	74,3	65,4- 81,6
p-valor = 0,033			

f) **Formación**

Más de la mitad de las participantes había hecho formación en GED (55,3%). De las que se habían formado (n=224) al 72% le resultó de utilidad esta formación. La duración de la formación en GED en un 28,1% de los casos, fue de menos de 4 horas, un 32,9% de entre 4 y 8 horas y un 33,9% de más de 8 horas. Ver Tabla 28.

Tabla 28. Formación en GED recibida por las enfermeras.

Formación recibida en GED	n	%	IC 95%
Sí	224	55,3	50,4 – 60,1
No	181	44,7	39,9 – 49,6
Utilidad de la formación (n=224)	n	%	IC 95%
Sí	161	71,9	65,7 – 77,4
No	63	28,1	22,6 – 34,3
Duración de la formación (n=224)	n	%	IC 95%
Menos de 4 horas	63	28,1	22,6 – 34,3
Entre 4 y 8 horas	85	32,9	31,8 – 44,5
Más de 8 horas	76	33,9	28,0 – 40,4

Se analizó si la duración de la formación y la utilidad de la formación eran dependientes. Los resultados de la U de Mann-Whitney mostraron que, a mayor duración de la formación, más utilidad tenía. (p-valor < 0,001). Ver Tabla 29.

Tabla 29. Dependencia entre la utilidad de la formación en GED y la duración de ésta.

Duración de la formación	Utilidad de la formación		
	n	%	IC 95%
Menos de 4 horas	63	44,4	32,8-56,7
Entre 4 y 8 horas	85	78,8	69,0-86,2
Más de 8 horas	76	86,8	77,4-92,7
p-valor < 0,001			

Al investigar sobre la relación entre los años de profesión y la formación en GED se visibilizó que el porcentaje de enfermeras formadas crecía en función de los años de experiencia en AP de forma estadísticamente significativa (p-valor < 0,001). Ver Tabla 30.

Tabla 30. Dependencia entre la recepción de formación en GED y los años trabajados en AP.

Años trabajando en AP	Recepción de formación		
	n	%	IC 95%
Menos de 5 años	122	28,7	21,4-37,3
Entre 5 y 10 años	60	43,3	31,6-55,9
Entre 10 y 20 años	114	67,5	58,5-75,4
Más de 20 años	109	78,9	70,3-85,5

p-valor < 0,001

Al preguntar sobre el contenido ideal de una formación en GED, las enfermeras consideraron en un 91,4 % que debía incluir aspectos como la exploración física, un 78,5% de las enfermeras consideraron incluir los supuestos prácticos, un 77,8% de ellas, incluiría la farmacología, un 72,3% fisiopatología y un 66,9% incluiría los aspectos legales que enmarcan la GED. Ver Tabla 31.

Tabla 31. Percepción de las enfermeras sobre el contenido ideal de una formación en GED.

Contenido de la formación en GED	n	% part	% resp.	IC 95%
Exploración física	370	91,4	23,6	88,2 – 93,7
Supuestos prácticos	318	78,5	20,3	74,3 – 82,2
Farmacología	315	77,8	20,1	73,5 – 81,6
Fisiopatología	293	72,3	18,7	67,8 – 76,5
Aspectos legales	271	66,9	17,3	62,2 – 71,3
Otros	7	1,7	0,2	0,8 – 03,5

Por último, al preguntar a las enfermeras sobre qué organismo debería impartir la formación en GED, el resultado fue que, un 78,4% creían que debería ser impartida por la empresa, un 54,6% los colegios profesionales, un 48,6% la universidad y un 25,4% las sociedades científicas. Ver Tabla 32.

Tabla 32. Organismo que, según las enfermeras, debería impartir la formación en GED.

Organismo que, según las enfermeras, debería impartir la formación en GED	n	% part.	% resp.	IC 95%
Empresa	303	78,4	36,8	70,4 – 78,8
Colegios profesionales	221	54,6	26,8	49,7 – 59,4
Universidad	197	48,6	23,9	43,8 – 53,5
Sociedades científicas	103	25,4	12,5	21,4 – 29,9

g) Aspectos legales

Al observar el conocimiento de las enfermeras sobre el marco legal que amparaba la GED, se evidenció que solo el 28,6% lo conocía. Ver Tabla 33.

Tabla 33. Conocimiento del marco legal que ampara la GED por parte de las enfermeras.

Conoce	n	%	IC 95%
No	289	71,4	66,8 – 75,5
Sí	116	28,6	24,5 – 33,2

Al investigar sobre el perfil de las personas conocedoras, se demostró que la edad (p -valor $<0,001$) y los años trabajados en AP (p -valor $<0,001$), eran los factores que mostraban una asociación estadísticamente significativa con el conocimiento del marco legal. Ver Tabla 34 y Tabla 35.

Tabla 34. Diferencia entre el conocimiento del marco legal que ampara la GED y la edad de las enfermeras.

Edad	Conoce el marco legal que ampara la GED		
	n	%	IC 95%
<40 a	127	9	79,6 – 91,5
≥40 a	278	38	32,3 – 43,6

p -valor $<0,001$

Tabla 35. Diferencia entre el conocimiento del marco legal que ampara la GED y los años de experiencia laboral en AP.

Años trabajando en AP	Conoce el marco legal que ampara la GED		
	n	%	IC 95%
Menos de 5 años	122	5,7	2,8-11,4
Entre 5 y 10 años	60	25	15,8-37,2
Entre 10 y 20 años	114	36,0	27,7-45,1
Más de 20 años	109	48,6	39,4-57,9
p-valor<0,001			

Al 68,9% de las encuestadas, el desconocimiento del marco legal le provocaba inseguridad y a un 58,8% de las encuestadas dejó de resolver algún caso por miedo a las repercusiones legales. Ver Tabla 36 y Tabla 37.

Tabla 36. Percepción de inseguridad de las enfermeras provocado por el desconocimiento del marco legal.

El desconocimiento del marco legal provoca inseguridad	n	%	IC 95%
Sí	279	68,9	64,2 – 73,2
No	126	31,1	26,8 – 35,8

Tabla 37. No resolución por parte de las enfermeras por miedo a las repercusiones legales.

Ha dejado de resolver casos por miedo a las repercusiones legales	n	%	IC 95%
Sí	238	58,8	53,9 – 63,5
No	167	41,2	36,5 – 46,1

Al analizar el conocimiento del marco legal, al 76,12% de las enfermeras les provocaba inseguridad no conocerlo. Además, se evidenció que había asociación estadísticamente significativa entre el desconocimiento del marco legal y la inseguridad provocada (p-valor<0,001). Ver Tabla 38.

Tabla 38. Diferencia entre la inseguridad provocada por el marco legal en función de su conocimiento.

Conoce el marco legal	El marco legal le provoca inseguridad		
	n	%	IC 95%
No	289	76,1	70,9 – 80,7
Sí	116	59,9	41,9 – 59,8
p-valor<0,001			

De la misma manera se relacionó la inseguridad provocada por el marco legal con los años trabajados, demostrando que, a más años trabajados, menos inseguridad provocaba el marco legal, siendo esta relación estadísticamente significativa (p-valor<0,001). Ver Tabla 39

Tabla 39. Diferencia entre la inseguridad provocada por el marco legal en función de los años de experiencia laboral en AP.

Años trabajando en AP	El marco legal provoca inseguridad		
	n	%	IC 95%
Menos de 5 años	122	78,7	70,6 - 85,0
Entre 5 y 10 años	60	71,7	59,2 - 81,5
Entre 10 y 20 años	114	67,5	58,5 - 75,4
Más de 20 años	109	57,8	48,4 - 66,6
p-valor<0,001			

Por último, se relacionó la inseguridad que el marco legal producía en relación con la no resolución de los casos de GED por miedo a la repercusión legal, evidenciando que las enfermeras más inseguras, habían dejado de resolver por miedo en mayor proporción. Esta asociación fue estadísticamente significativa entre las variables (p-valor<0,001). Ver Tabla 40.

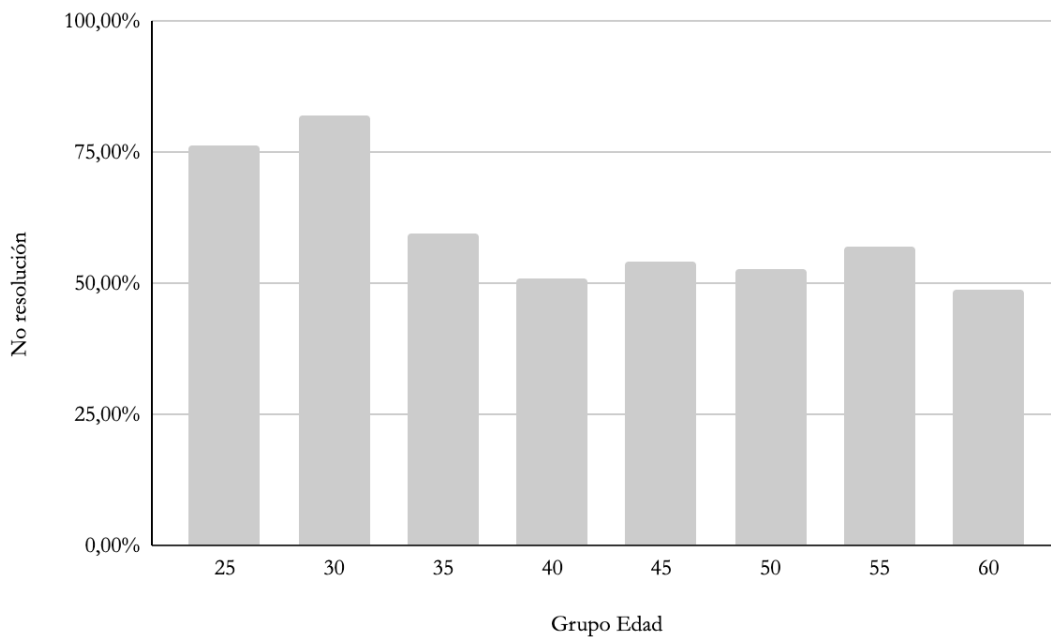
Tabla 40. Diferencia entre la resolución en función de la inseguridad.

El marco legal provoca inseguridad	Deja de resolver por miedo		
	n	%	IC 95%
No	126	32,5	25,0 – 41,1
Sí	279	70,6	65,0 – 75,6

p-valor<0,001

En referencia a la resolución y el miedo a las repercusiones legales, se demostró que las enfermeras más jóvenes son las que más dejaban de resolver por miedo a las consecuencias legales, siendo esta asociación estadísticamente significativa (p-valor<0,001). Además, en la Figura 7 se aprecia la diferencia en cuanto a la no resolución entre las enfermeras de < 40 años y las de ≥40 años siendo la diferencia de medias estadísticamente significativas (p-valor<0,001).

Figura 7. Relación entre el porcentaje de no resolución y la edad agrupada.



h) Puntos fuertes, limitaciones del programa y acciones de mejora

Los principales puntos fuertes de la GED observados por las enfermeras en relación a la GED fueron la percepción del aumento de autonomía (70,9%) y la expansión del ámbito competencial (61,7%) y en menor grado, el crecimiento personal (57,3%) y el reconocimiento y visibilidad social (44,7%). Ver Tabla 41.

Tabla 41. Fortalezas de la GED percibidas por las enfermeras.

	Fortalezas de la GED			
	n	% part.	% resp.	IC
Más autonomía	287	70,9	29,4	66,3 – 75,1
Aumento de competencias	250	61,7	25,6	56,9 – 66,3
Crecimiento profesional	232	57,3	23,8	52,4 – 62,0
Más reconocimiento y visibilidad social	181	44,7	18,6	39,9 – 49,6
Otros	25	6,2	2,6	4,2-9,0

Las enfermeras percibieron como principales limitaciones de la aplicación de la GED: la falta de formación (74,8%), el desconocimiento del marco legal (62,2%) y los conflictos competenciales con otras categorías profesionales (53,3%). En menor grado, la prescripción enfermera (33,6%), la falta de competencias (29,6%), el contexto histórico (28,1%), la falta de motivación (26,4%) y, por último, las cuestiones deontológicas (15,8%). Ver Tabla 42.

Tabla 42. Limitaciones de la GED percibidas por las enfermeras.

	Limitaciones			
	n	% Part	% Resp.	CI
Falta de formación	303	74,8	23,0	70,4 – 78,8
Indefinición de marco legal	252	62,2	19,1	57,4 – 66,8
Conflictos competenciales con otras categorías profesionales	216	53,3	16,4	48,5 – 58,1
Prescripción enfermera	136	33,6	10,3	29,2 – 38,3
Falta de competencias	120	29,6	9,1	25,4 – 34,3
Contexto histórico y social de la figura de la enfermera	114	28,1	8,7	24,0 – 32,7
Falta de motivación	107	26,4	8,1	22,4 – 30,9
Cuestiones deontológicas	64	15,8	4,9	12,6 – 19,7
Otros	5	1,2	0,4	0,5 – 2,9

Las enfermeras creen que para mejorar la aplicación de la GED se debería mejorar la formación (86,7%), clarificar el marco legal que ampara dicha práctica (70,9%), promocionar el perfil competencial (53,1%), ofrecer incentivos (46,7%) y, por último, implantar la prescripción enfermera (41,2%). Ver Tabla 43.

Tabla 43. Acciones de mejora de la GED percibidas por las enfermeras.

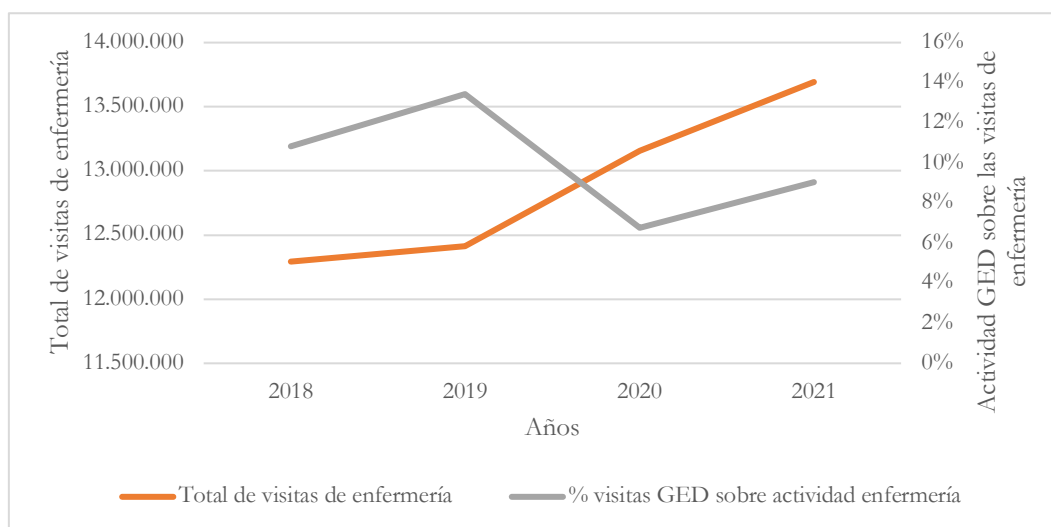
Acciones de mejora para aumentar la aplicación de la GED	n	% part.	% resp.	IC
Mejorando la formación	351	86,7	28,9	83 – 89,6
Clarificando el marco legal	287	70,9	23,6	66,3 – 75,1
Promocionando el perfil competencial	215	53,1	17,7	48,2 – 57,9
Ofreciendo incentivos	189	46,7	15,6	41,9 – 51,5
Implantando la prescripción enfermera	167	41,2	13,7	36,5 – 46,1
Otros	6	1,5	0,5	0,7 – 3,2

4.2.2.2. Sub-estudio: aplicación y resolución de la GED en Cataluña.

Este sub-estudio da respuesta al objetivo **describir la aplicación y resolución de la GED en Cataluña**. Con ello se pretende contrastar si la aplicación y resolución de la GED en Cataluña coinciden con los hallazgos de los estudios sobre la experiencia de las enfermeras de AP sobre la aplicación de la GED.

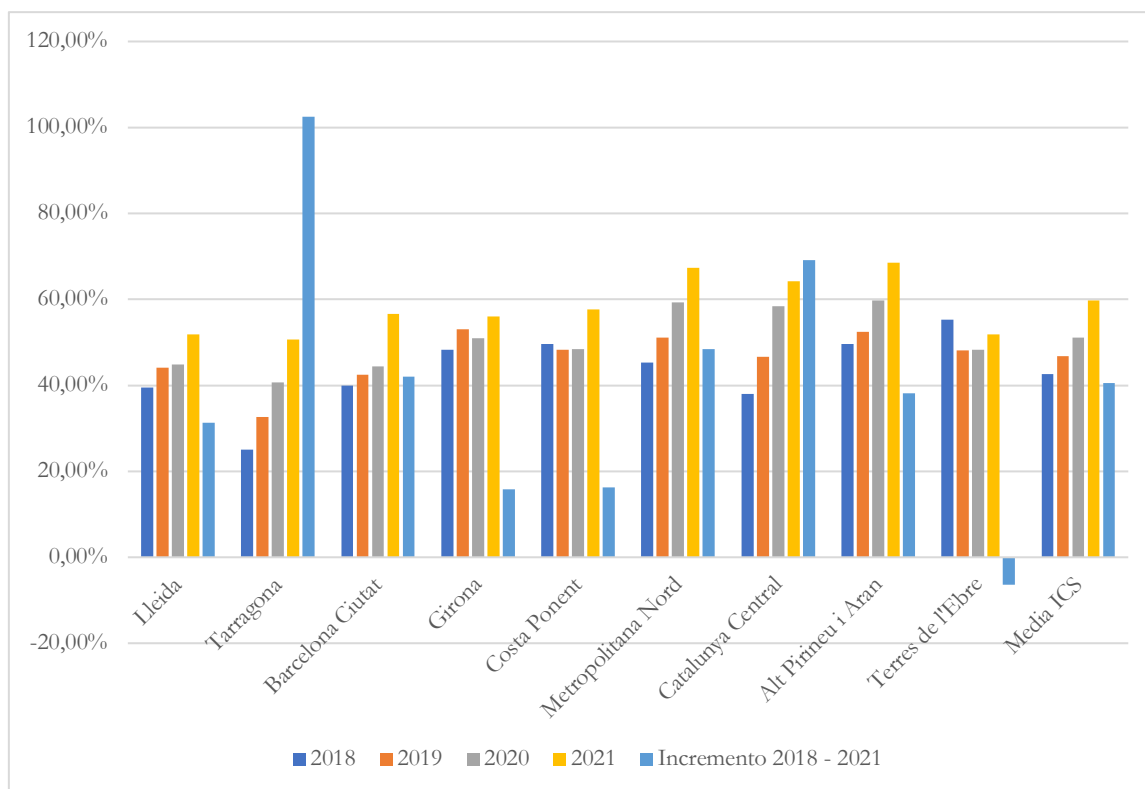
La actividad enfermera global entre los años 2018 y 2021 aumentó en casi 1,4 millones de visitas, pasando de 12.292.832 en el año 2018 a 13.692.808 visitas en el 2021. En el 2018, había un 11% de actividad GED sobre el total de las visitas, llegándose a incrementar en un 2% respecto al año 2019 (13%). En el 2020, se apreció un claro decremento a casi la mitad (7%) de la actividad GED sobre el total de visitas debido a la pandemia de Covid-19. Durante la pandemia, la atención se centró exclusivamente en la atención a esta patología. A medida que pasaba el tiempo y las olas de Covid-19 se recuperaban, la actividad relacionada con otros problemas de salud se estabilizó. Aun así, en el 2021, la actividad GED aumentó respecto el año anterior pasando del 7% a un 9%, pero no llegó a las cifras del 2018. Ver Figura 8.

Figura 8. Actividad de GED sobre actividad total.



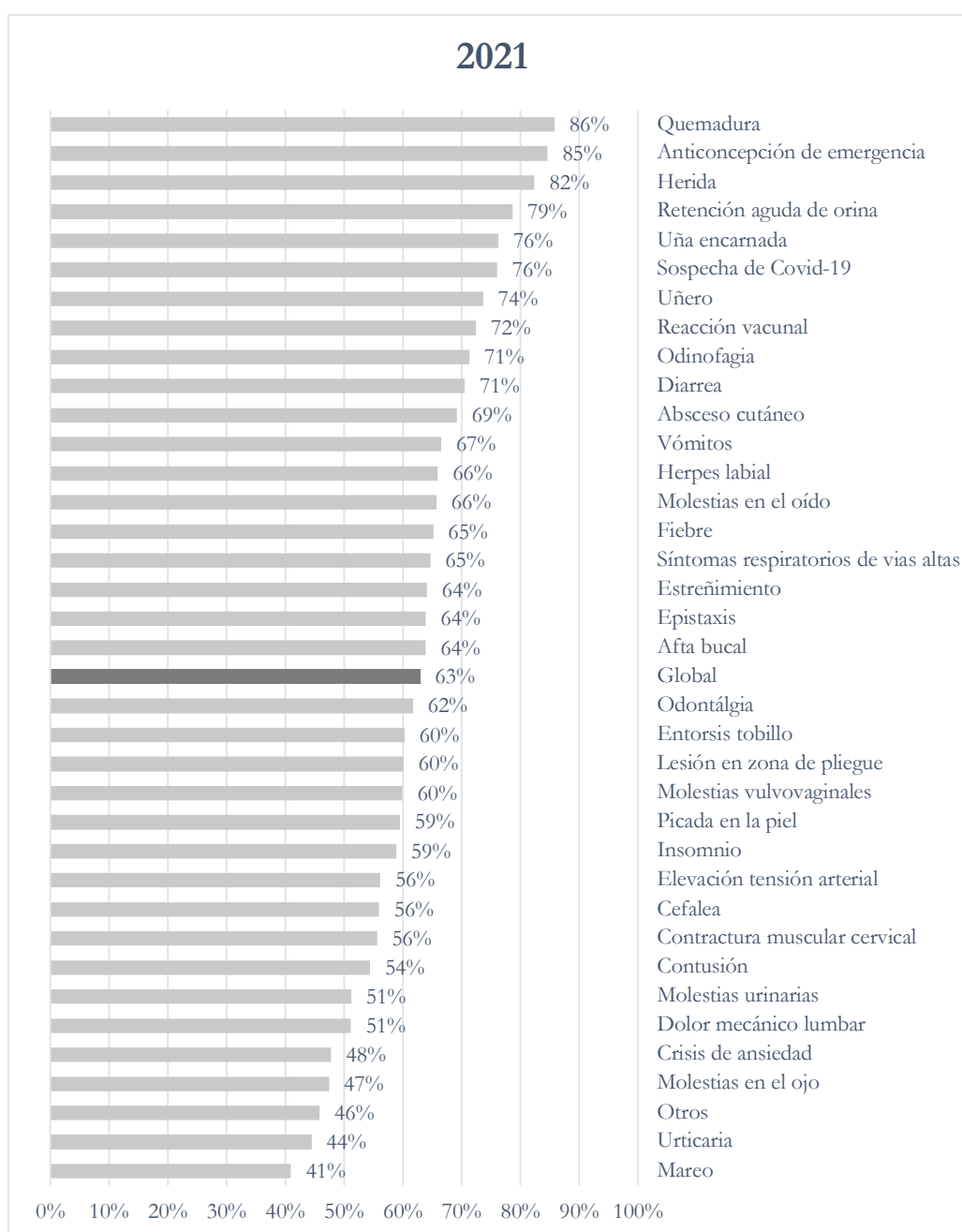
La resolución de las diferentes gerencias territoriales (GT) se analizó por separado. Las GT que tuvieron más incremento fueron las que inicialmente resolvían menos; por ejemplo, Tarragona que en 2018 resolvía un 25% de las consultas de GED, en el 2021 llegó a una resolución global del 50,7%, lo que significó un aumento de un 102,6%. En cambio, las GT que inicialmente tenían mejores resultados en la resolución de la GED, como Terres de l'Ebre, que pasó de un 55,3%, a un 51,8% disminuyendo en un 6,4%. La variabilidad de resolución en 2021 en las diferentes GT fue de un 50,7% de resolución mínima en la GT de Tarragona y de una resolución máxima de un 68,6% en la GT de Alt Pirineu-Arán. En términos de resolución global de Cataluña, hubo un incremento de resolución de un 40,5% entre 2018 y 2021. Si se analiza el incremento de la media del ICS cada año con el anterior, se observa que los resultados en resolución son crecientes año tras año. Ver Figura 9.

Figura 9. Evolución de la resolución global de la GED en Cataluña por Gerencia Territorial.



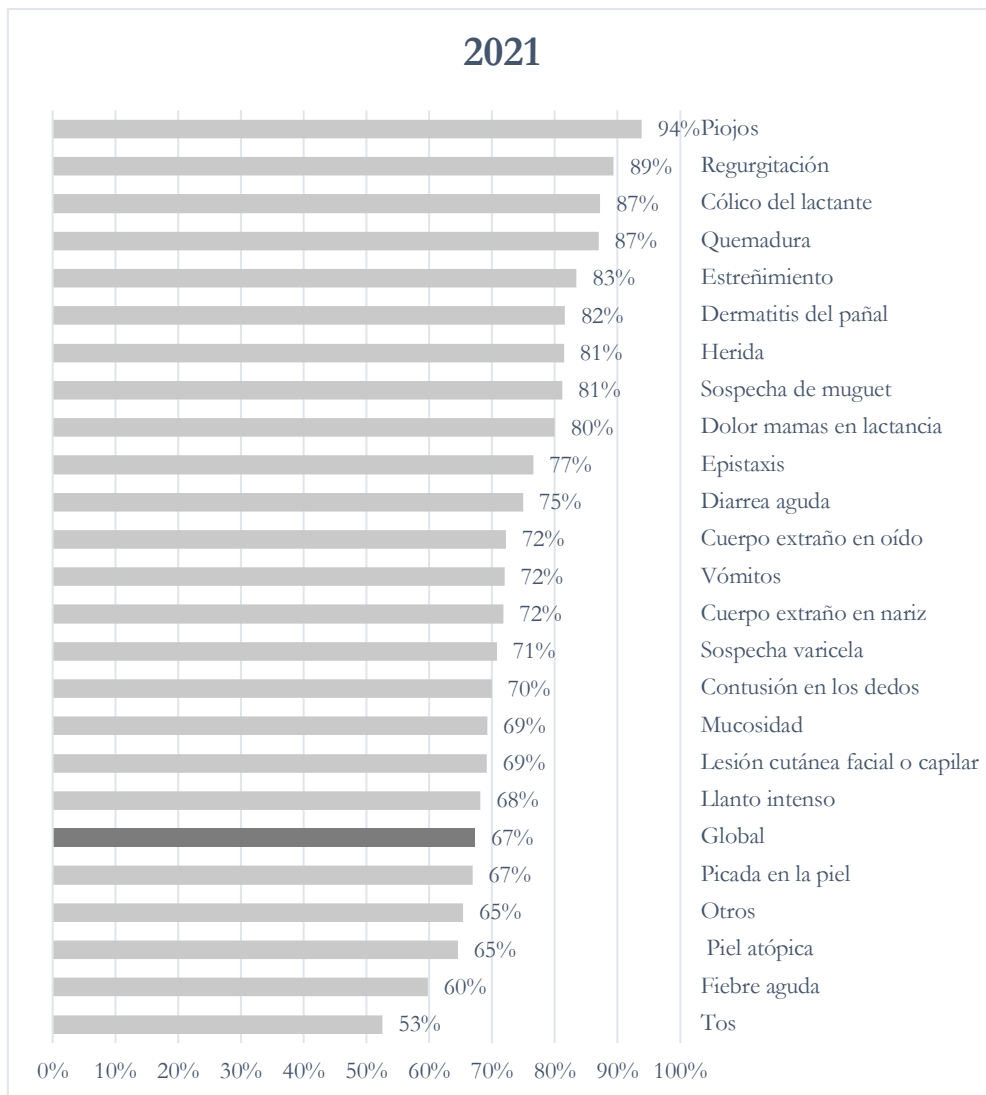
Los protocolos incluidos en el programa fueron: 36 protocolos para adultos y 24 para pediatría. En cuanto a los protocolos de adultos, la resolución de cada uno de ellos varió entre el 41 % y el 86%. Los protocolos con más resolución fueron las quemaduras (86%), anticoncepción (85%) y heridas (82%) y los que menos, los mareos (41%), urticarias (46%) y molestias en el ojo (47%). La resolución global media en adultos fue de un 63%. Ver Figura 10.

Figura 10. Resolución de los diferentes motivos de consulta de población adulta.



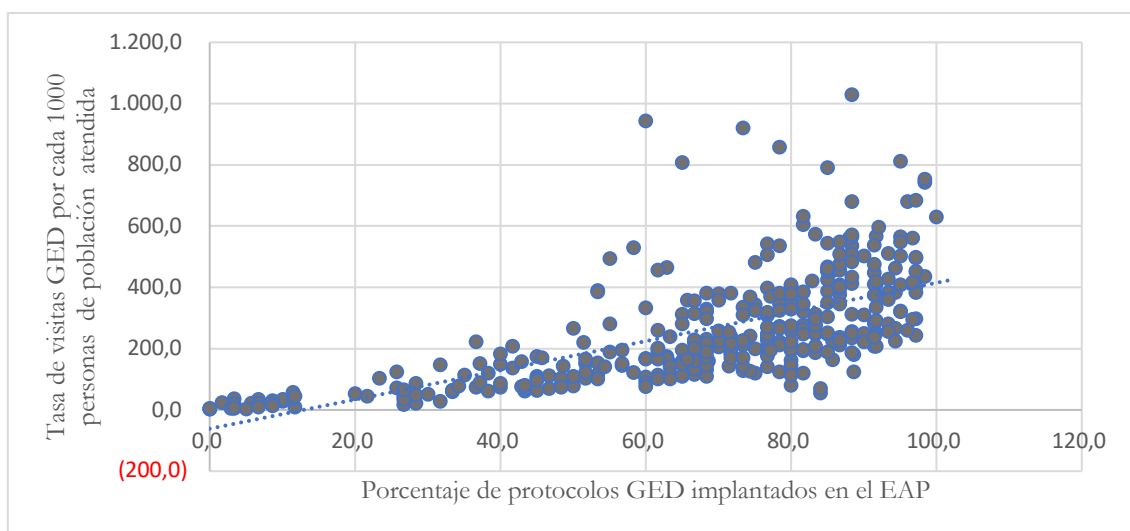
En relación con los protocolos de pediatría, la resolución varió entre el 53% y el 94%. Los motivos que más se resolvieron fueron los piojos (94%), la regurgitación (89%), el cólico del lactante (87%) y las quemaduras (87%). Los motivos que menos se resolvieron fueron la tos (53%), la fiebre (60%) y la piel atópica (65%). El porcentaje de resolución global para el total de las patologías fue de un 67%, es decir, los motivos de consulta de pediatría tuvieron mayor resolución que los de adultos. Ver Figura 11.

Figura 11. Resolución de los diferentes motivos de consulta de población pediátrica.



Otros datos para valorar fueron los relacionados con el número de protocolos implementados en los EAP. Se revisó el número de protocolos implantados en cada centro con la tasa de visitas realizadas mediante la GED, evidenciando que existe una correlación intermedia-fuerte de tipo directo entre los protocolos implementados y la tasa de visitas GED por cada 1000 personas ($r=0,65$ y $p\text{-valor}<0,05$). Por tanto, a más protocolos implementados, más personas atendidas por las enfermeras. Ver Figura 12.

Figura 12. Correlación entre el porcentaje de protocolos GED implantados en los EAP y la tasa de visitas GED realizadas por enfermería.



CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

El contexto socioeconómico del país en el momento de la implantación de la GED, sumado a la falta de médicos, a la falta de comunicación al implantarla o los mensajes contradictorios desde el colegio profesional, suscitaron bastantes dudas en las enfermeras en el momento de aplicar la GED¹¹². Este hecho, generó controversias dentro y fuera de la profesión y estas controversias se han manifestado a lo largo de los resultados de esta tesis.

Las características sociodemográficas de las participantes son importantes para explicar los resultados obtenidos. Un 91% de las participantes fueron mujeres. El 21% de las enfermeras acabaron sus estudios hace menos de 10 años, y casi un 45% de las enfermeras contaba con menos de 10 años de experiencia en AP. Además, sorprende que solo un 36,36% de las participantes de nuestro estudio, tenían un contrato fijo (estatutario). Esta inestabilidad laboral percibida por las participantes es corroborada con la bibliografía existente^{113,114}. Conejo et al.¹¹³, evidenció que la profesión sanitaria presentaba una elevada inestabilidad laboral. Esta inestabilidad no era un problema únicamente del personal más novel, sino de todos los profesionales sanitarios incluidos en su estudio. Mostró que, a los 49 años, casi la mitad de los profesionales, no habían conseguido aun un contrato fijo. Además, según el estudio llevado a cabo por Galbany et al.¹¹⁴, mostró que la profesión enfermera era una de las profesiones sanitarias con más inestabilidad laboral en Cataluña. La proporción de contratos indefinidos era solo de un 25% durante los primeros 4 años de trabajo. Además, constató que, en Cataluña, la ratio de contratos anuales por enfermera desempleada estaba entre cuatro y doce, mientras que, en el resto de España, estaba entre uno y cuatro. Esta elevada ratio de contratos por enfermera desempleada indica que, el sistema sanitario catalán requiere con mucha más frecuencia que las

enfermeras encadenen varios contratos eventuales cada año, evidenciando así esta inestabilidad laboral.

Una de las causas de esta precariedad laboral puede ser motivada por la crisis económica que sufrió el país el 2008. Según el estudio de Granero-Lázaro et al.¹¹⁵, las enfermeras, perciben aún las consecuencias de la crisis, reflejadas en: una disminución salarial, un aumento de horas de trabajo, un aumento de la presión asistencial y, en consecuencia, de un aumento de la precariedad laboral. Este hecho concuerda con las percepciones de las enfermeras participantes en esta tesis, que acusan un aumento de carga asistencial además de una falta de reconocimiento económico. En España, se perdieron más de 5200 enfermeras en activo y muchas de ellas emigraron a otros países movidas por la oportunidad de tener mejores salarios y calidad de vida¹¹⁴. Al analizar la relación entre la intención de emigrar por parte de las enfermeras españolas y la seguridad laboral se mostró una importante relación entre la emigración y los indicadores de seguridad laboral¹¹⁶. Entre el año 2010 y el 2015, hubo un aumento de las solicitudes de acreditación para trabajar en el extranjero, ya que la seguridad laboral empeoró en varios frentes: escaso acceso a la profesión para los recién graduados, aumento de la tasa de abandono profesional, aumento del número de demandantes de empleo de enfermería y disminución del número de contratos indefinidos. Esta emigración de enfermeras a otros países con mejores condiciones laborales puede provocar una escasez de personal importante como ya se empieza a evidenciar¹¹⁷. Un estudio aseguró que un 21,59% de las enfermeras españolas habían emigrado a otras regiones españolas o a otros países, mientras que, un 18,58% tenía intenciones de hacerlo¹¹⁸. Algunas enfermeras, durante la realización de las entrevistas y grupos focales, mostraron cierta ansiedad relacionada con la presión asistencial que sostienen. Comentaron que, la inclusión de la GED en la cartera de servicios manteniendo el mismo número de profesionales les era dificultoso, ya que debían mantener

la amplia cartera de prestaciones que realizan. Estas condiciones creen que, si no cambian, pueden desencadenar en situaciones de agotamiento laboral. Según la bibliografía, la precariedad laboral, la sobrecarga asistencial, entre otros, puede desencadenar en situaciones de *burnout* entre el personal sanitario^{119,120}. Estas investigaciones de Manzano-García et al.^{119,120}, relacionan la situación de crisis económica con un aumento del burnout de las enfermeras españolas. Este *burnout* podría provocar problemas psicológicos, como el estrés y la ansiedad. El estudio de Acea et al.¹¹⁸, concluye que las enfermeras contratadas temporalmente y con poca antigüedad muestran altos niveles de fatiga emocional, despersonalización y falta de realización personal. Por este motivo, las nuevas políticas van encaminadas a disminuir la temporalidad especialmente en el empleo público, teniendo por objetivo disminuir la tasa de temporalidad por debajo de un 8%¹²¹. Aun así, se requiere de un esfuerzo a nivel político y planificador para diseñar programas de retención de talento y luchar por una contratación permanente de las enfermeras que garantice una ratio adecuada de enfermera-paciente y una buena satisfacción laboral. A más a más, los ciudadanos que viven en regiones con una mayor ratio enfermera-paciente están más satisfechos con su sistema sanitario¹²². Las enfermeras entrevistadas proponían como solución dimensionar la plantilla de enfermeras adecuándolas a la actividad que se realiza o dejar de hacer otras actividades enfermeras para dar cabida a la GED.

La GED está ampliamente afianzada en el territorio pero existe una heterogeneidad en su interpretación⁵⁰, tal como se demuestra en esta tesis. Por ejemplo, hay profesionales que entienden y aplican la GED como un triaje, por lo que solo clasifican a los pacientes atendiendo a criterios de gravedad. En esta tesis se constata que la percepción de triaje se da en mayor proporción cuando las participantes tienen menor edad y menor experiencia laboral en AP, coincidiendo con el estudio de Almarzooq¹²³, que concluyó que el nivel de

conocimiento del servicio en el que trabajaban las enfermeras de su estudio, mantenía una relación estadísticamente significativa con la edad y la experiencia laboral. El triaje avanzado suele ser hospitalario y tiene como ventaja que disminuye el tiempo de espera y disminuye el tiempo de diagnóstico^{124,125}, debido a que la enfermera después del triaje inicia las acciones diagnósticas y/o terapéuticas antes que el médico atienda al usuario^{126,127}. Este triaje podría asimilarse al concepto de GED, aunque la GED no solo es una priorización según el riesgo clínico del paciente, sino que implica, una valoración completa, un juicio clínico, la emisión de un diagnóstico y el establecimiento de un plan terapéutico. Este plan terapéutico podría ser un tratamiento farmacológico o no farmacológico (educación sanitaria). Todo ello es realizado desde el ámbito competencial de la enfermera, la cual puede dar resolución de forma autónoma de la visita del paciente sin la intervención de ningún otro profesional sanitario¹¹². Las enfermeras participantes en este estudio creen que la GED podría asimilarse a una práctica médica ya que, no solo clasifica, sino que implica que se debe resolver el caso, si es posible, al igual que demostraron Carryer & Adams¹²⁸.

En otros países, el liderazgo de la enfermera en la atención a los procesos de salud agudos leves, hace tiempo que están implantados. En el 2002, Horrocks et al.⁵⁶, realizaron una revisión sistemática sobre el liderazgo de las enfermeras en AP en la atención a procesos agudos leves. Este estudio evidenció que una enfermera podía prestar una atención similar que la que ofrecía un médico para estos procesos, demostrando que no había diferencias en la salud del paciente. En otra revisión Cochrane⁶⁸, se mostró que la atención prestada por las enfermeras, en comparación con la prestada por los médicos, probablemente generaba resultados de salud similares o mejores para varias afecciones leves de los pacientes. Posteriormente en 2005, la revisión de Laurant et al.⁵⁷ reflejó que una enfermera suficientemente formada podría ser capaz de abordar patologías

agudas leves con la misma calidad que lo haría un médico manteniendo los mismos resultados en salud. Los resultados de aplicación y resolución de la GED a nivel de Cataluña, a pesar de la pandemia Covid-19, han aumentado en los últimos años tal como ha evidenciado nuestro estudio¹²⁹. Los resultados de esta tesis confirman los mostrados por Horrocks⁵⁶ y Laurant⁵⁷, ya que se demuestra que las enfermeras son capaces de liderar la atención a enfermedades agudas leves.

La GED va muy ligada a la prescripción enfermera. En España, en relación con otros países, la prescripción enfermera está en un estadio incipiente¹³⁰⁻¹³². Esta circunstancia ha sido debida a los diversos vaivenes en su legalización⁷³, hecho que ha provocado reticencias para prescribir por parte de las enfermeras¹³³. Hasta 2009 la legislación prohibía a las enfermeras prescribir cualquier tipo de medicamento⁷³ y no fue hasta final de 2018, que se publicó la resolución oficial que otorgaba a las enfermeras la facultad de autorizar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios con plena seguridad jurídica¹³⁴. La prescripción enfermera se ha ido implantando paulatinamente en el territorio catalán y aún está en fase de expansión. Es por ello por lo que, en el momento de las entrevistas y grupos focales, las enfermeras manifestaron confusión y desavenencia con el tipo de productos incluidos en el catálogo vigente y por la falta de formación sobre la prescripción igual que demostraba el estudio de Lim et al. que demostró que además de la formación en prescripción se requería cierta experiencia y esfuerzo para escoger la medicación idónea¹³⁵. Las enfermeras en esta tesis percibían que los usuarios esperaban siempre una prescripción farmacológica. El estudio de Williams et al. lo corrobora y añade que tanto médicos como enfermeras establecieron estrategias como la prescripción diferida¹³⁶. Este tipo de prescripción es la que se le proporciona a un paciente o cuidador, con la suposición de que no se dispensará inmediatamente, sino en unos días si los síntomas empeoran. Normalmente, se

práctica con la prescripción de antibióticos y se acompaña de una infografía explicativa con los signos de alarma de su enfermedad. Con este tipo de prescripción se disminuye el uso innecesario de medicamentos, se fomenta la toma de decisiones compartida, la gestión compartida y proporciona una protección frente a nuevas complicaciones. Por otra parte, no se debe olvidar que, tanto médicos como enfermeras pueden sucumbir a la presión ejercida por el usuario para obtener una prescripción tras la visita^{137,138}. Esta presión también concuerda con las percepciones de las enfermeras de nuestro estudio, ya que consideran que los usuarios siempre que consultan por un motivo de GED esperan una prescripción. Esta consideración queda recogida en el estudio de Martín-Royo et al., que, además demostró que un 11% de las prescripciones eran realizadas por la enfermera, fruto de la visita de GED¹³⁹.

Además, otro de los puntos relacionados con la prescripción es que, las enfermeras participantes en la investigación perciben que existe cierta variabilidad o preferencias personales en la prescripción por parte de los médicos. Algunos estudios evidencian que los médicos estaban muy confiados en prescribir según las últimas actualizaciones sobre prescripción en determinadas patologías, pero al investigarlo quedó demostrado que muchas veces la prescripción difería de la evidencia científica¹⁴⁰⁻¹⁴². Esta cuestión fue expresada en forma de malestar por las enfermeras participantes, ya que, en ocasiones, la prescripción enfermera, a pesar de seguir los protocolos según la última evidencia, difería de la prescripción médica. La literatura existente muestra que la calidad de la prescripción enfermera es notable¹⁴³⁻¹⁴⁴ pudiendo estar influida por el seguimiento exhaustivo de los protocolos. Además, los protocolos disminuyen la variabilidad y ayudan a proporcionar una mayor efectividad y seguridad^{141,63}. Durante la realización de nuestra investigación, se instauró un programa de consenso de los planes de cuidados con la finalidad de reducir la heterogeneidad en la práctica asistencial (Programa ARES⁵²). Este

programa, respecto al programa anterior es más novedoso y los protocolos que presenta están más actualizados. Además, otro punto a favor es que no es un proyecto solo para las enfermeras, sino que está abierto a cualquier profesional sanitario. En general, las enfermeras ven como beneficioso el programa, tal como muestra el estudio de Calvet et al.⁶¹, y tal como lo han manifestado las participantes de esta tesis. Las participantes, consideran que, ayuda a reducir la variabilidad implícita en la práctica clínica, ofrece más seguridad en las actuaciones asistenciales, potencia el rol autónomo de la enfermera y promueve la excelencia en sus intervenciones.

Hablar de enfermería es hablar de mujer, en femenino. La profesión enfermera viene marcada históricamente por estar asociada al género femenino y ello está tradicionalmente asociado a la sumisión y la dependencia, además de que la profesión está llena de estereotipos sexuales¹⁴⁵. Este bagaje histórico, no evoluciona hasta la entrada de la enfermera en la universidad, en el 1977, en el que se empieza a marcar un carácter igualitario en la profesión¹⁴⁶. Aun así, en España, encontramos un 84% de enfermeras frente a un 16% de enfermeros colegiados¹⁴⁷. En nuestro estudio, el porcentaje de mujeres es ligeramente superior (91%). En el trabajo de Méndez-Salguero y García¹⁴⁸ se muestra que las enfermeras padecen una doble discriminación: una por ser enfermeras en la sociedad actual y la otra por el hecho de ser mujeres. Esta misma percepción, fue manifestada por alguna enfermera entrevistada en nuestra investigación. Cabe resaltar que, las enfermeras son las profesionales sanitarias más numerosas dentro de nuestro sistema sanitario, pero su presencia en cargos directivos como en gerencias de salud, consejerías, gerentes de área u otros cargos es bastante insuficiente. Además, se hace más evidente la desigualdad cuando se intenta identificar a alguna enfermera gestora y mujer. Según recoge el diario de campo de la investigadora, solo una enfermera entrevistada tenía como directora de centro a una enfermera. Asimismo, en los grupos de discusión, las

enfermeras que manifestaron menos reticencia en la aplicación de la GED eran las que tenían una enfermera como directora de equipo. Estas enfermeras verbalizaron que, en la implementación de la GED sus directoras fueron más empáticas con sus necesidades formativas y laborales.

Algunas enfermeras de nuestro estudio opinan que los médicos están de acuerdo con que ellas apliquen y sean finalistas de las consultas ya consideran que las enfermeras están competencialmente preparadas para aplicar la GED. En cambio, otras refieren que los médicos están de acuerdo ya que la presión asistencial que ellos soportan es considerable y que las enfermeras pueden asumir parte de la demanda. Estos resultados concuerdan con los resultados de estudios similares^{149,150}. La revisión sistemática sobre la implementación de la sustitución de los médicos por enfermeras en el ámbito de AP realizada por Karimi et al.¹⁵¹, indicó que los médicos valoraban la colaboración con las enfermeras cuando esto implicaba una reducción de su propia carga de trabajo, demostrado también en el estudio de Lorch et al,¹⁵². En este estudio, además, refería que las enfermeras pensaban que la estrecha relación médico-enfermera y la relación de confianza entre ambos, era importante para configurar sus funciones. Esta revisión mostró también que las enfermeras que trabajaban solas en sus consultas, a veces, tenían dificultades para comunicarse con los médicos y este hecho también ha sido demostrado en otros trabajos^{152,153}. Algunas enfermeras de nuestro estudio manifestaron que, cuando trabajaban solas o sin un médico de referencia tenían problemas para tener una comunicación fluida y colaborativa con ellos. Por ejemplo, en el estudio de Kraus¹⁵³ las enfermeras describieron una clara sensación de independencia durante la práctica asistencial, pero precisaban tener a los médicos cerca para consultar cuando fuera necesario. Este hecho, se ha podido constatar en esta tesis doctoral ya que algunas enfermeras reportaban que necesitaban un médico cerca e identificado y que, cuando precisaban su soporte para hacer una

revaloración o una derivación de algún caso, el médico se mostraba molesto. Si el médico no estaba bien identificado conllevaba que la enfermera lo tenía que buscar o tenía que pedir tratos de favor para que visitara al paciente, siendo consciente de que esto añadía más presión asistencial al médico y que, al final, era el paciente el perjudicado. Lovink et al.¹⁵⁴, en su estudio de sustitución de los médicos por enfermeras en entornos residenciales mostró que, los modelos organizativos eran factores influyentes en la manera de interactuar y colaborar entre médico y enfermera. Así pues, para una mejor efectividad de la atención clínica, esta interacción entre compañeros debería basarse en la confianza mutua, tal como demuestran algunos estudios^{155,156}. En contrapartida, los factores individuales que dificultaban esta colaboración son el perfeccionismo, la desorganización y la reactividad. Por tanto, para un buen funcionamiento de la GED, es preciso establecer relaciones de colaboración profesional médico-enfermera basándose en la confianza, en la proactividad y estableciendo canales de comunicación efectivos, tal como evidencia la bibliografía^{157,158}. La percepción de las enfermeras participantes en esta tesis es que aún queda margen de mejora en cuanto a comunicación médico-enfermera.

En general, las enfermeras perciben una actitud positiva de los usuarios hacia la atención proporcionada por ellas. Refieren que, creen que están más satisfechos con su asistencia porque realizan consultas más largas cuando les realizan la anamnesis, la exploración física y les ofrecen la educación sanitaria. Además, agradecen que los tiempos de espera sean más cortos que si son visitados por el médico. Estos resultados concuerdan con la revisión sistemática de Laurant⁶⁸, que mostró que la satisfacción de los usuarios era ligeramente mayor cuando la atención era provista por las enfermeras, debido a que las consultas eran más largas. Otros estudios muestran que la satisfacción de los usuarios es igual o mayor cuando son atendidos por una enfermera en comparación con un médico, cuando consultan por una enfermedad aguda leve^{56,159}. El estudio de

Kippenbrock et al.¹⁶⁰, mostró niveles de satisfacción globales más elevados cuando el paciente era atendido por una enfermera debido a una mayor capacidad de comunicación que posee la enfermera. De hecho, la habilidad de comunicación de las enfermeras, en general, está muy desarrollada. Esto es porque en su currículo académico cuentan con formación específica sobre técnicas de comunicación¹⁶¹. Los médicos y los usuarios confían en el potencial de la enfermera evidenciando niveles altos de satisfacción en la atención proporcionada, como queda demostrado en diversos estudios nacionales^{48,62,81,162-164} e internacionales^{54,56,67,165}. Esta satisfacción en los usuarios genera una actitud positiva hacia la aceptación y visibilidad del trabajo de la enfermera en AP¹⁶⁶, pero, a pesar de que los pacientes están muy satisfechos en cuanto a la atención enfermera recibida, ellos desconocen sus roles y funciones en el ámbito de la atención primaria y algún autor lo atribuye a la poca visibilidad de la profesión^{150,167}. Para muchas enfermeras entrevistadas en nuestro estudio, el programa de la GED puede ser un revulsivo y una oportunidad para ganar visibilidad social y para aumentar la accesibilidad de los usuarios al sistema. Esta misma afirmación ha sido confirmada en la bibliografía existente^{55,168-170}.

La accesibilidad al sistema depende del tipo de organización que tiene implantada el equipo. Un 84% de las participantes en esta tesis manifiestan que la organización sí influye en la aplicación de la GED y, además, relacionan parte del éxito de la aplicación con la manera que tienen los directivos de instaurar los programas. La evidencia científica demuestra que, dependiendo de las condiciones internas o externas de la organización, los cambios se darán positivamente cuando se genere una respuesta a las necesidades de los miembros del equipo. De lo contrario, se pueden crear resistencias. La resistencia al cambio se produce como consecuencia al miedo a lo desconocido o a la desconfianza hacia los dirigentes por miedo a la propia seguridad¹⁷¹. Por tanto, las organizaciones y directivos ejercen influencias en el proceso del

cambio y en la implantación de procesos o programas¹⁷². Al realizar una implantación es interesante identificar y entender los aspectos relacionados con la cultura de la organización, de manera que se puedan percibir los facilitadores del cambio para poderlos aplicar¹⁷³. Una de las percepciones de las enfermeras participantes en los grupos focales y entrevistas fue que, a su parecer, la implantación del programa no se hizo de la manera más adecuada, porque no se justificó su implantación con suficiente información, creando suposiciones y sentimientos de malestar entre las enfermeras. Un estudio mostró los elementos facilitadores para la implantación de programas, mostrando que la comunicación era un elemento principal para que los profesionales se mostrasen más colaboradores¹⁷⁴.

En la operativa diaria de la GED, se encuentran diferentes modelos organizativos: la atención al usuario por parte de la enfermera referente o la atención por parte de una enfermera dedicada exclusivamente a la GED. Algunos estudios indican mayor satisfacción y resolución de la demanda cuando el médico o enfermera de referencia del paciente es el que lo visita¹⁶⁴; a más a más, de esta manera, se está promoviendo la longitudinalidad del cuidado¹⁷⁵. Los beneficios son, conocer al paciente y sus problemas de salud para poder planear el cuidado más personalizado y holístico, reduciendo el uso de servicios de alta complejidad y los costes en salud¹⁷⁶. El estudio realizado por Añel y Astier¹⁷⁷ evidenció que la longitudinalidad en los cuidados facilita el reconocimiento precoz de problemas de salud, evita el sobrediagnóstico y la medicalización, además de reducir la mortalidad hasta en un 30%^{177,178}. También existe relación entre la atención longitudinal y la disminución de las derivaciones a especialistas¹⁷⁹. La bibliografía muestra contundencia en los beneficios de la longitudinalidad, pese a ello, las enfermeras de nuestro estudio prefieren que una única profesional atienda a las personas que consultan de manera espontánea, yendo en contra de estos principios. Esta opinión está

fundamentada en los inconvenientes derivados de las interferencias durante las visitas programadas.

Uno de los elementos que las enfermeras participantes perciben como facilitadores dentro de la organización para la aplicación de la de la GED es la autogestión en los servicios sanitarios. La autonomía de gestión es un pacto entre profesionales y empresa, para que, de una manera alineada a los objetivos estratégicos de la organización, se tenga mayor capacidad de decisión, a pesar de asumir cierto riesgo y aumentar la responsabilidad. La finalidad de la autogestión es la de mejorar los resultados y el compromiso personal con la organización. Los resultados muestran un mayor compromiso en las entidades con mayor autonomía de gestión¹⁸⁰. En los modelos de organización participativos, la vivencia del profesional es de una responsabilidad compartida, aumentando la visión de consecución de objetivos comunes^{181,182}. Además, según la teoría de Del Estal y Melián¹⁸³, a mayor sentimiento de pertenencia a la organización, mayor compromiso con el interés público, lealtad hacia la institución y sentimiento de ayuda a otras personas. De esta manera, se aumenta la satisfacción laboral de los profesionales y por extensión, de los usuarios¹⁸⁴.

La percepción de competencia para aplicar la GED aumenta cuanta más formación académica poseen las enfermeras. El estudio de Josi & Bianchi¹⁸⁵, evaluó las funciones de práctica avanzada de las enfermeras con formación básica y con formación avanzada. Las enfermeras con formación de máster participaban en la evaluación integral de los pacientes, gestión de casos complejos, colaboración con el médico, visitas a domicilio y revisión de la medicación. En cambio, las enfermeras con formación básica (graduado) se dedicaban a la educación de los pacientes y a la gestión de las enfermedades en situaciones menos complejas. Por tanto, los diferentes grados de formación marcaban la diferencia entre las tareas realizadas.

Algunas enfermeras entrevistadas comentan que, la competencia depende del contexto, es decir, según con el compañero con el que trabajaban o el tipo de demanda que atienden. Realmente, el concepto de competencia, puede variar según el contexto y la situación, por lo que debe tenerse en cuenta el contexto en el que la enfermera trabaja en esas situaciones¹⁸⁶. Así pues, la competencia profesional de enfermería es un concepto combinado, complejo, multidimensional, pero especialmente dependiente del contexto. En España, empiezan a surgir consensos sobre la definición competencial de la enfermera para cada una de las acciones que realiza y la formación necesaria para llevarla a cabo. Por ejemplo, el documento sobre el desarrollo competencial de las enfermeras en el Sistema Sanitario Público de Andalucía¹⁸⁷, pretende describir el desarrollo competencial de las enfermeras y definir la formación necesaria para cada perfil competencial. Según el desarrollo profesional, se establece el marco competencial, la formación mínima requerida y las actividades a desarrollar. Las enfermeras entrevistadas en nuestro estudio manifiestan la necesidad de tener las competencias clarificadas y relacionadas con la formación necesaria, coincidiendo con el estudio de Monsalvo¹⁸⁸ que explicita la necesidad de tener un marco normativo y legislativo consensuado a nivel nacional e internacional sobre la definición exacta de las competencias enfermeras y su formación¹⁸⁹.

Las competencias avanzadas que supone la GED implica tener más responsabilidad, tal como manifiestan muchas de las enfermeras participantes en el estudio. Este punto coincide con el estudio de Hamel et al.¹³³, en el que define las responsabilidades avanzadas con los pacientes (asistencia sanitaria telefónica, atención a las personas con problemas de salud agudos leves y seguimiento de pacientes crónicos complejos). Estas competencias avanzadas desdibujan las barreras competenciales entre médico-enfermera. Para las enfermeras entrevistadas, la imprecisión de las competencias crea conflictos con

los médicos o incluso con las propias enfermeras. Aun así, las enfermeras de nuestro estudio argumentan que tienen claras sus limitaciones competenciales y trabajaban sin salirse de ellas. Estos resultados también se han recogido en otros estudios^{153,158,190–192}.

Las participantes en esta tesis consideran que al adquirir nuevas competencias se asumen nuevas funciones y esto ha sido posible gracias a la formación académica. Para Karimi et al.¹⁵¹, una mejor formación a las enfermeras aumentaría sus competencias, su satisfacción laboral y su motivación, haciéndolas más independientes. Esto se ha evidenciado también en este estudio, ya que las enfermeras han demandado más formación a dos niveles. Uno, para ampliar y modificar el currículo formativo del grado de enfermería añadiendo formación en GED y por otro lado, demandan formación continuada constante porque, según relatan, en sus estudios universitarios no realizaron prácticas en GED, ni en exploración física. En este estudio se ha evidenciado que las enfermeras con más años de experiencia en AP son las que han recibido formación en la GED, por tanto, hay que incidir en la formación de las más noveles. La bibliografía existente muestra la importancia de la formación continuada y actualizada en los procesos, especialmente cuando son novedosos y cuando hay una necesidad percibida por las enfermeras^{41,50,193}. Además, la bibliografía muestra que se deben ejercer políticas para potenciar que las enfermeras tengan oportunidades para mejorar su capacitación competencial^{194,195}.

Uno de los miedos más generalizados entre las enfermeras participantes es incurrir en la ilegalidad. En las entrevistas y grupos focales realizados manifestaron que el miedo viene dado por el desconocimiento del marco legal que ampara la GED. De hecho, sus dudas vienen generadas por saber si la GED es parte de sus competencias y funciones y en caso de algún evento adverso con

el paciente, estarían respaldadas por la institución. Muestra de ello es el porcentaje de enfermeras que no resuelve por miedo y deriva al médico por su propia inseguridad. Según esta tesis, el porcentaje de resolución en los motivos de consulta que históricamente eran visitados por el médico, se resuelven menos. Este hecho puede ser debido a la falta de experiencia y formación en exploración física, a la necesidad de una prescripción farmacológica o a estar inseguras, según han comentado las enfermeras participantes.

En nuestro estudio, las participantes que refieren ser conocedoras del marco legal (28,6%) son las que tienen más experiencia laboral en AP. En cambio, las enfermeras que desconocen el marco legal dejan de resolver los casos por inseguridad y miedo a las repercusiones legales. El perfil de estas enfermeras son las más jóvenes y con menos experiencia en AP. El marco legal viene dado por la Ley 44/2003 de ordenaciones sanitarias¹⁹⁶ que recoge las condiciones de ejercicio de los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garantizan la formación básica, práctica y clínica de los profesionales. Así pues, la competencia para la aplicación de la GED viene dada por la titulación universitaria, la cual está capacitando asistencial y legalmente a ejercer la GED. Es decir, la cobertura legal que ampara la GED es la misma que la que ampara cualquier actividad de la práctica enfermera. Además, en Cataluña, existe una normativa de autorregulación de la GED que se trabajó desde el COIB¹⁹⁷. Esta normativa está publicada en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya¹⁹⁸ y recoge las directrices para el ejercicio de la GED. De esta manera, se garantiza que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para proteger el derecho a la protección de la salud de los usuarios. Aun así, se sigue percibiendo inseguridad legal en las acciones sanitarias y la práctica defensiva de la profesión¹⁹⁹. Esta inseguridad legal, podría minimizarse prestando atención y realizando un registro adecuado en las historias clínicas²⁰⁰,

facilitando así la comunicación y cooperación entre los diferentes miembros del equipo sanitario^{201,202}.

El conocimiento del marco legal es una pieza clave en la aplicación de la GED, según han comunicado las participantes de nuestro estudio. La bibliografía demuestra que difundir el ámbito legal de la atención ofrece seguridad en las acciones de las enfermeras¹⁹⁰. Por tanto, sería interesante reforzar el conocimiento de la esfera legal y promocionar el registro en la historia clínica de una manera cuidadosa y completa. Otro estudio similar concluyó que una reducción de la inseguridad jurídica podría maximizar el valor añadido de las enfermeras en el sistema¹⁹⁰.

5.1. Limitaciones del estudio

Las posibles limitaciones del estudio son las siguientes:

- El método wilsoniano utilizado en el análisis de concepto contempla un diseño filosófico y de revisión bibliográfica, pero no cuenta con los criterios de calidad de la investigación cualitativa.
- Los resultados del estudio cualitativo no se pueden extrapolar a la población general. Para paliar esta limitación se ha realizado un estudio cuantitativo para poder extrapolar los resultados a las enfermeras de Cataluña.
- Las enfermeras participantes, en el estudio cualitativo y cuantitativo, podían tener una motivación elevada a participar tanto en las entrevistas como en los grupos focales o en la respuesta del cuestionario. Esta motivación podía ser debida a tener opiniones contundentes sobre la GED y este estudio ha podido representar una oportunidad para expresarse.

- Debido a la pandemia por Covid-19, algunas entrevistas se realizaron vía telemática, perdiendo matices de la comunicación no verbal.

- El tiempo transcurrido entre la realización de las entrevistas y el análisis de los datos fue más dilatado puesto que la autora de esta tesis tuvo que dedicar todos sus recursos a poder dar respuesta a las necesidades sanitarias asistenciales derivadas de la pandemia por Covid-19.

- La ausencia de cuestionarios validados ha representado una limitación en cuanto a la validez. Para mitigar esta limitación se realizó un cuestionario *ad hoc*. A su vez, para minimizar este sesgo, antes de la confección del cuestionario se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema y se consultó con expertos. Además, se hizo una prueba piloto para asegurar la comprensión del cuestionario y verificar que su contenido era efectivo para medir la percepción de las enfermeras sobre la aplicación de la GED.

- La investigadora de esta tesis es conocedora del fenómeno de estudio. Es por ello por lo que ha intentado dejar claro su posicionamiento. Además, es consciente de ello y ha intentado realizar la investigación desde la imparcialidad en todas las etapas de la investigación.

5.2. Líneas de trabajo futuras

En este apartado se exponen las propuestas de investigación surgidas a partir de los resultados obtenidos en esta tesis.

Una posible propuesta sería realizar un estudio de intervención en base a una propuesta formativa sobre los motivos menos resueltos por las enfermeras. Se ha observado que la percepción de dificultad en valorar y en resolver se asemeja a la resolución real. Además, la constante demanda de formación sería

satisfecha y también se podría valorar la efectividad de esa formación en términos de resolución.

Otra posible propuesta sería un estudio cualitativo para explorar las percepciones de médicos y usuarios cuando una enfermera aplica la GED.

Otra línea de investigación sería la de homogeneizar los criterios competenciales para la práctica de la GED. Estipular criterios y evaluar competencias podría ser beneficioso para enfermeras, usuarios e instituciones.

Se podría plantear un estudio de intervención en base al conocimiento y difusión del marco legislativo a las enfermeras de AP. Esta intervención podría ayudar a mejorar el programa.

Otra propuesta sería realizar estudios de acciones e intervenciones como planes de acogida a nuevos profesionales que trabajan en AP. Esta investigación ayudaría a reforzar los conocimientos, la seguridad y la aplicación de la GED.

5.3. Aplicabilidad práctica

La aplicabilidad práctica de este estudio es la siguiente:

- El concepto de GED implica una valoración completa, un juicio clínico, la emisión de un diagnóstico y un establecimiento de un plan de acción, siendo este plan un tratamiento farmacológico o educación sanitaria. Todo ello realizado desde el ámbito competencial de la enfermera, la cual puede dar resolución de forma autónoma a los problemas de salud agudos leves. El análisis conceptual permite contribuir a aclarar el concepto y a la difusión del conocimiento.

- Este estudio permite evidenciar la necesidad de adoptar medidas de consenso sobre las competencias necesarias para las actividades enfermeras y establecer la formación reglada mínima para cada uno de los ámbitos de atención en AP. Difundir esta información a las profesionales podría ayudar a una mejor aceptación del programa.

- Este estudio puede ayudar a equiparar la legalidad a la práctica autónoma de la enfermera cuando aplica la GED.

- El análisis de la situación actual de la implantación y aplicación de la GED en Cataluña, permite tener una visión global de la adopción del programa, pese a las diferencias existentes entre las diferentes gerencias territoriales; también permite conocer la aceptación general de la GED en Cataluña. Además, es interesante conocer qué motivos se resuelven más y qué motivos menos para plantear estrategias de mejora en aquellas que se resuelven menos. Se podrían plantear establecer programas formativos basados en la exploración física, en casos prácticos y en prescripción.

- A nivel de planificación sanitaria, cuantificar las visitas de GED y su resolución permite evidenciar el número de visitas abordadas por la enfermera. Este hecho impacta en una mejor accesibilidad al sistema sanitario a un menor coste. No obstante, cabe incidir que, para realizar todas las actividades propias de las enfermeras, se precisa establecer ratios enfermera-paciente acorde a toda su cartera de servicios.

- Por último y no menos importante, dar voz a las enfermeras tanto a nivel de discurso como a nivel de opiniones, ha permitido darles la oportunidad de poder expresarse y compartir experiencias. A su vez, se han evidenciado ciertas carencias que podrían ser trabajadas en diferentes niveles, como el

político, colegial o institucional. No solo han sido las carencias las que se han evidenciado sino también la valía y el potencial de las enfermeras que trabajan en AP.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que ha llegado esta tesis son:

- El concepto de la GED se ha de unificar y publicitar ya que más de la mitad de las enfermeras entiende la GED como un triaje, por tanto, aplican la GED de manera heterogénea. Algunas enfermeras consideran que la GED responde a una práctica avanzada de enfermería, aunque para las enfermeras de más edad la relacionan con la experiencia en AP.
- Los motivos de consulta que presentan más dificultad de resolución son cefalea, mareos y urticaria en adultos y fiebre, tos y mucosidad en pediatría; motivos que históricamente resolvía el médico. Los motivos con menos dificultad de resolución son los motivos relacionados con la práctica enfermera.
- Aproximadamente la mitad de las enfermeras se ha formado en GED siéndoles útil la formación recibida. Las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia son las que apenas se han formado. A su vez, estas enfermeras más jóvenes, sin experiencia en AP y sin formación, son las que entienden la GED como un triaje. El contenido de una formación continuada ideal en GED debería contener exploración física, supuestos prácticos, farmacología, fisiopatología y aspectos legales como temario principal.
- La causa de que las enfermeras se sientan competencialmente más capacitadas para aplicar la GED es porque gozan de mayor autonomía y tienen más formación académica que históricamente. En cambio, la falta de formación continuada en primer lugar y la falta de reconocimiento económico en segundo lugar, son las principales causas percibidas de no sentirse competencialmente preparadas.

- Las enfermeras perciben como puntos fuertes de la GED la percepción del aumento de autonomía y la expansión del ámbito competencial, crecimiento personal y mayor reconocimiento social. Como limitaciones de la aplicación de la GED observan la falta de formación, especialmente en formación continuada, el desconocimiento del marco legal, los conflictos competenciales con otros profesionales y las dificultades relacionadas con la aplicación de la prescripción enfermera. Para aumentar la aplicación de la GED, las enfermeras creen que es necesario aumentar la formación y clarificar el marco legal que ampara la GED.

- El desconocimiento general del marco legal que ampara la práctica de la GED provoca inseguridad, lo que reduce la resolución enfermera por miedo a las repercusiones legales. El vaivén en la legislación que regula la prescripción ha creado reticencias al prescribir y se perciben ciertas contrariedades derivadas del tipo de productos farmacéuticos incluidos en el catálogo autorizado.

CAPÍTULO 7. BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Alejandrina F. Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto Context Enferm.* 2005;14(4):567-74.
2. Collière M. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. McGraw-Hill; 1993.
3. Martínez M, Chamorro E. Historia de la Enfermería. 2ª. Madrid: Elsevier; 2011.
4. Young P, de Smith VH, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev Med Chil.* 2011;139(6):807-13.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>
5. García García I, Gozalbes Cravioto E. Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España. *Enfermería Glob.* 2013;12(2):304-14.
<https://doi.org/10.6018/160381>
6. Ley de Bases para la Instrucción Pública sobre el ordenamiento legislativo en el sistema educativo español. *Boletín Oficial del Estado*; 1857.
7. Pimentel M. Historia de la Enfermería del Trabajo en el S . XIX y 1ª mitad del S . XX. *Enfermería del Trab.* 2014;4(1):14-9.
8. Arandojo Morales MI, Centeno- Brime J, Hernández-Martin FJ. La Escuela De Enfermeras Santa Isabel De Hungría a Traves De La Prensa. En: II Simposio Internacional da ANHE. Lisboa (Portugal); p. 1-12.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4988.9045>
9. Matesanz Santiago MÁ. Las fundaciones sanitarias laicas en la España del siglo XX: la Escuela de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz. Universidad Complutense de Madrid; 2012.
10. Martínez Martín ML. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educ médica.* 2007;10(2):93-6.
11. Meseguer Gancedo P. Care in the shaping of professional identity of the Spanish nursing sector. *Polit y Soc.* 2021;58(1). <https://doi.org/10.5209/POSO.69007>
12. Real Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. *Boletín Oficial del Estado*; 1960.
13. Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio, sobre la Integración de la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*; 1977.

14. García Olcina JE, Gil Medina FA, Munsuro Rosado J, Olmedo Salas Á, Saus Ortega C, Mármol López MI. Evolución histórica de la Enfermería y la especialidad Familiar y Comunitaria en España. *Rev la Asoc Enfermería Comunitaria*. 2020;13(2):71-81.
15. Orden de 13 de diciembre de 1978 sobre habilitación de títulos para impartir docencia. *Boletín Oficial del Estado*; 1978.
16. Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*; 1980.
17. 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 de Grado. *Boletín Oficial del Estado*; 2005.
18. Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. *Boletín Oficial del Estado*; 2011.
19. Real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*; 2005.
20. Gómez Cantarino S, Gutiérrez de la Cruz S, Espina Jerez B, Dios Aguado M de las M de, Pina Queirós PJ, Alves Rodrigues M. Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: desde los albores del s. XX hasta la actualidad. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2018;(52):58-67.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.05>
21. Pérez Pérez MC, Ledesma Alonso A. Evolución de «ATS a Graduado» en Enfermería. *Rev Egle*. 2021;17:69-78.
22. Pérez Vico Díaz De Rada L, Duarte Climents G, Begoña Sánchez Gómez M, Gómez Salgado J. Historia de la enfermería familiar y comunitaria en España: una revisión de la literatura. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista Seapa)*. 2018;6(2):20-33.
23. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. [Internet]. World Health Organization. 1978. Disponible en:
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
24. Peraza de Aparicio CX, Zurita Barrios NY. Una mirada a la atención primaria desde Alma-Ata hasta Astaná. *Cult los Cuid*. 2022;26(62):151-62.
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.11>

25. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. Ottawa (Ontario): Organización Mundial de la Salud; Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
26. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado; 1984.
27. Catsalut. Servei Català de la Salut. Serveis Sanitaris. Atenció Primària Comunitària. 2022.
28. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado; 1986.
29. Llei 15/1990 d'Ordenació Sanitària de Catalunya. Boletín Oficial del Estado; 1990.
30. Generalitat de Catalunya. El Servei Català de la Salut [Internet]. Departament de Salut. 2015. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/organitzacio/organismes/servei_catala_de_la_salut/
31. Miguel García F, Fernández Quintana AI. Cartera de servicios de atención primaria Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria – Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). 2010. 204 p.
32. Martín Zurro A, Cano Pérez JM, Gené Badia J. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. Barcelona: Elsevier; 2019.
33. Muñiz Toyos N. Efecto de la crisis económica sobre el sistema sanitario: consecuencias económicas y de salud. Ene. 2014;8(3). <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000300012>
34. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Estratègia Nacional D'Atenció Primària i Salut Comunitària: ENAPISC. 2015. 1-38 p.
35. Servei Català de la Salut. Pla d'Enfortiment i Transformació de l'Atenció Primària i Comunitària. PEITAPIC. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-estrategics/pla-enfortiment-transformacio-atencio-primaria/>
36. 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. Boletín Oficial del Estado; 2006.
37. Ley 12/2020, de 13 de octubre, de la atención pública de la salud bucodental. Boletín Oficial del Estado; 2020.

38. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado; 2021.
39. Direcció estratègica d'atenció Primària i Comunitària. Cartera de serveis de l'atenció primària i comunitària. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, editor. 2022.
40. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013;69(11):2446-57.
<https://doi.org/10.1111/jan.12120>
41. Pisano González MM, González Pisano AC, Abad Bassols A. Enfermería Familiar y Comunitaria: claves de presente, retos de futuro. *Enferm Clin*. 2019;29(6):365-9.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.005>
42. Direcció General de Professionals de la Salut. Fòrum de Diàleg Professional. Conclusions. Direcció General de Professionals de la Salut, editor. Barcelona; 2019. 72 p.
43. Departament de Salut. Prestacions infermeres d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut, editor. Barcelona; 2022.
44. Ordre 1990/238, de 6 de maig, sobre el Reglament de Funcionament dels Equips d'Atenció Primària. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya; 1990.
45. Martín Martín JJ, López del Amo González M del P. The sustainability of the Spanish National Health System. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011;16(6):2773-82.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600016>
46. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería*. 2009;18(4):221-3.
47. Grup de treball de la gestió de la demanda. Gestió de la demanda espontània. Generalitat de Catalunya, editor. Institut Català de la Salut; 2009. 1-48 p.
48. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):61. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-61>
49. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L, Flores Mateo G. An approach to acute diseases using a nursing practice guide. *Aten primaria*. 2008;40(8):387-91.

50. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implementation of nurse demand management in primary health care service providers in Catalonia. *Aten Primaria*. 2017;49(9):518-24. <http://dx.doi.org/110.1016/j.aprim.2016.11.012>
51. Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya. Acord del Consell de Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya de 19 de juny del 2013. Directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada «gestió de la demanda». 2013 p. 1-8.
52. Ríos Jiménez A, Artigas Lage M, Juvé Udina E. Plans de cures estandarditzats per a persones ateses en atenció primària. 2021. 324 p.
53. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2020;104:103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>
54. Barnett M, Balkissoon C, Sandhu J. The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022;34(3):457-64. <https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000660>
55. Randall S, Crawford T, Currie J, River J, Betihavas V. Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017;73(3):24-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>
56. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Br Med J*. 2002;324(7341):819-23. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>.
57. Laurant MG, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2005. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2>
58. Pirret AM, Neville SJ, La Grow SJ. Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: a comparative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(3):716-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.009>

59. Perez Gutierrez M, Duarte Climens G, Pérez Hernández M, Sánchez Gómez M, Rodríguez Gómez J, Gómez Salgado J. Gestión de la demanda por enfermeras en Atención Primaria. *Rev Rol Enferm.* 2018;41:54-68.
60. Román-Baquero J, Redondo-Collado D. Resolución enfermera de los procesos leves autolimitados en atención primaria: estudio descriptivo. *Aten Primaria.* 2022;54. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102219>
61. Calvet Tort G, Amat Camats G, Martin Martin S. Gestión enfermera de la demanda : análisis de la situación actual y diferentes modelos organizativos. *AMF.* 2021;17(1):42-7.
62. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of «same day» consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs.* 2011;67(8):1811-6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05624.x>
63. Padilla Just N, Ots Ruiz AC, González Larriba M, Burgos Díaz C, Baeza Zanella E, Fabrellas Padrés N. La resolución enfermera en la atención de la demanda espontánea. *Rev Rol Enferm.* 2016;39(7-8):498-502.
64. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurín E, Berlanga S, Galimany J, et al. A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(6):529-35. <https://doi.org/10.1111/jnu.12169>
65. Fabrellas i Padrés N. Avaluació d'un programa d'infermeria d'atenció immediata a persones amb problemes de salut aguts lleus. *Universitat de Barcelona;* 2012.
66. Brugués A, Peris A, Pavón F, Mateo E, Gascón J, Mateo F. Evaluation of Nurse Demand Management in Primary Care. *Atención Primaria.* 2016;48(3):2-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.014>
67. Paulik Ramson K, Dudjak L, August-Brady M, Stoltzfus J, Thomas P. Implementing an Acuity-Adaptable Care Model in a Rural Hospital Setting. *J Nurs Adm.* 2013;43(9):455-60. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182a23b9b>
68. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>

69. Torres-Ricarte M, Crusat-abelló E, Pe S. El Nurse-led en la Atención Primaria de Salud : una oportuna y prometedora innovación organizativa. *Enferm clin.* 2015;25(2):87-91. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.010>
70. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. *Boletín Oficial del Estado*; 2015.
71. Ayuso Murillo D. Reconocimiento de la prescripción enfermera en España, una batalla a punto de culminar. *Enferm Intensiva.* 2018;29(1):1-3.
72. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfer. *Boletín Oficial del Estado*; 2018.
73. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-Del-Olmo E, Rascon-Hernan C, Homs-Romero E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nurs Heal Sci.* 2017;19(3):373-80. <https://doi.org/10.1111/nhs.12355>
74. International Council of Nurses. ICN Nurse practitioner/Advanced Practice Nurse Network. Definition of characteristics the role. [Internet]. ICN Nurse practitioner/Advanced Practice Nurse Network. 2021. Disponible en: <https://international.aanp.org/practice/apnroles>
75. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Énoncé De Position. La Pratique Infirmière Avancée. [Internet]. Ottawa; 2006. p. 1-4. Disponible en: <https://cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee>
76. Colson S, Schwingrouber J, Evans C, Roman C, Bourriquen M, Lucas G, et al. The creation and implementation of advanced practice nursing in France: Experiences from the field. *Int Nurs Rev.* 2021;68(3):412-9. <https://doi.org/10.1111/inr.12684>
77. Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust.* 2006;185(1):10-2.
78. Maten-Speksnijder A, Pool A, Grypdonck M, Meurs P, van Staa A. Driven by Ambitions: The Nurse Practitioner's Role Transition in Dutch Hospital Care. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(6):544-54. <https://doi.org/10.1111/jnu.12164>

79. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin.* 2015;25(5):267-75. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
80. Sánchez Martín I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería, enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico. *Enferm Clin.* 2014;24(1):79-89.
81. Reig-García G, Suñer-Soler R, Mantas-Jiménez S, Bonmatí-Tomas A, Malagón-Aguilera MC, Bosch-Farré C, et al. Assessing nurses' satisfaction with continuity of care and the case management model as an indicator of quality of care in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126609>
82. Morales Asencio J. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enfermería.* 2012;15(6):26-32.
83. Dawadi S, Shrestha S, Giri RA. Mixed-Methods Research: A Discussion on its Types, Challenges, and Criticisms. *J Pract Stud Educ.* 2021;2(2):25-36. <https://doi.org/10.46809/jpse.v2i2.20>
84. Nuopponen A. Methods of concept analysis: a comparative study. *LSP J.* 2010;1(1).
85. Cianelli R, Ferrer L. Análisis de concepto: una estrategia para desarrollar conocimiento en enfermería. *Horiz enfermería.* 2020;12(1):46-52.
86. Wilson J. *Thinking with Concepts.* Cambridge. Cambridge University Press; 1963.
87. Guba G, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: *Por los rincones Antología de métodos cualitativos en la investigación social.* Hermosillo : El Colegio de Sonora; 2002. p. 113-45.
88. Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. *Evid Based Nurs.* 2017;20(3). <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102699>
89. Steinmetz-Wood M, Pluye P, Ross NA. The planning and reporting of mixed methods studies on the built environment and health. *Prev Med (Baltim).* 2019;126:105752. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105752>
90. Heidegger M. *Being and time.* Schmidt D, editor. Albany: State University of New York Press; 1996.
91. Guerrero-Castañeda RF, Menezes TM de O, Prado ML do. Phenomenology in nursing research: reflection based on Heidegger's hermeneutics. *Esc Anna Nery.* 2019;23(4):1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0059>

92. Institut Català de la Salut. Memòria de l'ICS 2019 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://ics.gencat.cat/ca/lics/memories-dactivitat/memoria-de-lics-2019/>
93. Mc Lafferty I. Focus group interviews as a data collecting strategy. *J Adv Nurs*. 2004;48(2):187-94. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x>
94. Coleman P. In-depth interviewing as a research method in healthcare practice and education: value, limitations and considerations. *Int J Caring Sci*. 2019;12(3):1879-85.
95. Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària. Longview. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2022.
96. Icart Isern MT, Pulpón Segura AM, Garrido Aguilar EM, Delgado Hito P. Técnicas para la obtención de datos cualitativos. En: *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. 2013. p. 179-95.
97. Gaur A, Kumar M. A systematic approach to conducting review studies: An assessment of content analysis in 25 years of IB research. *J World Bus*. 2018;53(2):280-9. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2017.11.003>
98. Wertz FJ, Charmaz K, McMullen L, Josselson R, Anderson R, McSpadden E. Five ways of doing qualitative analysis: Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry. *J Phenomenol Psychol*. 2012;43(1):136-9. <https://doi.org/10.1163/156916212x632989>
99. ATLAS.ti Scientific Software. Atlas.ti. Version 8.4.5. Berlin; 2016.
100. Microsoft Corporation. Excel. Version 16.62. Redmon EEUU;
101. Team C. R. Version 3.6.3. Auckland; 2020.
102. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, California: Sage Publications; 1985.
103. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*; 2018.
104. Parlamento Europeo y Consejos. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. *Diario Oficial de la Unión Europea*; 2016.
105. 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. *Boletín Oficial del Estado*; 2002.

106. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. 2014.
Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=4CZgsSP>
107. International Council of Nurses. Definición de enfermera [Internet]. 2015.
Disponible en: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
108. Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya. Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda. Barcelona; 2013. p. 1-4.
109. Andregård AC, Jangland E. The tortuous journey of introducing the Nurse Practitioner as a new member of the healthcare team: a meta-synthesis. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(1):3-14. <https://doi.org/10.1111/scs.12120>
110. Matheson L, Bobay K. Validation of Oppressed Group Behaviors in Nursing. *J Prof Nurs.* 2007;23(4):226-34.
111. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Nota del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en relació al Real Decreto 954/215. 2016.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
112. Vara Ortiz MÁ, Fabrellas Padrés N. Concept analysis: Nurse demand management. *Aten Primaria.* 2019;51(4):230-5. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.011>
113. Conejo Pérez MN, Amezcua Sánchez A, González López C. Conciliación familiar, laboral y personal de los y las profesionales de Enfermería en España. *Metas de enfermería.* 2021;24(3):16-23.
114. Galbany-Estragués P, Millán-Martínez P, Casas-Baroy JC, Subirana-Casacuberta M, Ramon-Aribau A. High hiring rate of nurses in Catalonia and the rest of Spain hides precarious employment from 2010 to 2019: A quantitative study. *J Nurs Manag.* 2022;(April):1337-44. <https://doi.org/10.1111/jonm.13632>
115. Granero-Lázaro A, Blanch-Ribas JM, Roldán-Merino JF, Torralbas-Ortega J, Escayola-Maranges AM. Crisis en el sector sanitario: impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras. *Enferm Clin.* 2017;27(3):163-71.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.005>
116. Galbany-Estragués P, Millán-Martínez P, del Mar Pastor-Bravo M, Nelson S. Emigration and job security: An analysis of workforce trends for Spanish-trained nurses (2010–2015). *J Nurs Manag.* 2019;27(6):1224-32.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12803>

117. Arévalo Manso JJ, Diéguez de la Mata O, Navarro Ruiz JI, Gallardo Correa MJ, Méndez Vega E. Próxima escasez de enfermeras en España: el problema del que no se habla. *Index Enferm.* 2019;28(4).
118. Acea-López L, Pastor-Bravo M del M, Rubinat-Arnaldo E, Bellon F, Blanco-Blanco J, Gea-Sanchez M, et al. Burnout and job satisfaction among nurses in three Spanish regions. *J Nurs Manag.* 2021;29(7):2208-15. <https://doi.org/10.1111/jonm.13376>
119. Manzano-García G, Montañés P, Megías JL. Perception of economic crisis among Spanish nursing students: Its relation to burnout and engagement. *Nurse Educ Today.* 2017;52:116-20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.020>
120. Manzano García G, Montañés Muro M^aP, López Megías J. Does the economic crisis contribute to the burnout and engagement of Spanish nurses? *Curr Psychol.* 2021;1-22. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01527-8>
121. Real Decreto 408/2022 por el que se aprueba la oferta de empleo público para la estabilización de empleo temporal en la Administración General del Estado correspondiente a la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la tem. *Boletín Oficial del Estado*; 2022.
122. Ministerio de sanidad. Opinión de los ciudadanos. Barómetro Sanitario [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
123. AlMarzooq AM. Emergency Department Nurses' Knowledge Regarding Triage. *Int J Nurs.* 2020;7(2):29-44. <https://doi.org/10.15640/ijn.v7n2a5>
124. Ingram S. 38 Transforming post triage assessment of chest pain in a busy emergency department (ED), from ED doctor to advanced nurse practitioner (ANP) direct; the impact on patient experience times. *BMJ.* 2020;106(4):2020. <http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1136/heartjnl-2020-ICS.38>
125. Moxham L, McMahon-Parkes K. An evaluation of the impact of advanced nurse practitioner triage and clinical intervention for medically expected patients referred to an acute National Health Service hospital. *J Clin Nurs.* 2020;29(19-20):3679-86. <https://doi.org/10.1111/jocn.15392>

126. Soster CB, Anschau F, Rodrigues NH, Silva LGA da, Klafke A. Advanced triage protocols in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30(e3511). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>
127. Font Cabrera C, Guix Comellas EM, Fabrellas Padrés N, Juvé i Udina E. Práctica avanzada enfermera en los servicios de urgencias hospitalarias. *Rev Rol Enferm*. 2021;44(11):58-66.
128. Carryer J, Adams S. Nurse practitioners as a solution to transformative and sustainable health services in primary health care: A qualitative exploratory study. *Collegian*. 2017;24(6):525-31. <https://doi.org/110.1016/j.colegn.2016.12.001>
129. Vara Ortiz MÁ, Fabrellas Padrés N, Guix Comellas EM. Empleo y resolución de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña. En Prensa. *Rev Rol Enfermería*.
130. Mitchell A, Pearce R. Prescribing practice: an overview of the principles. *Br J Nurs*. 2021;30(17):1016-22. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511841712.004>
131. Muench U, Whaley C, Coffman J, Spetz J. Scope-of-Practice for Nurse Practitioners and Adherence to Medications for Chronic Illness in Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2021;36(2):478-86. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05963-3>
132. Saunders MM. Informing and Supporting the New Clinical Nurse Specialist Prescriber. *Adv Crit Care*. 2021;32(404-414). <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021869>.
133. Hämel K, Toso BRG de O, Casanova A, Giovanella L. Advanced practice nursing in primary health care in the spanish national health system. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(1):303-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>
134. Gómez León VE, Rincón Elvira EE, Duque Delgado L. Development and current status of the nurse prescription in Spain. *Hygia de enfermería*. 2020;29-38.
135. Lim AG, North N, Shaw J. Beginners in prescribing practice: Experiences and perceptions of nurses and doctors. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):1103-12. <https://doi.org/10.1111/jocn.14136>
136. Williams SJ, Halls A V., Tonkin-Crine S, Moore M V., Latter SE, Little P, et al. General practitioner and nurse prescriber experiences of prescribing antibiotics for respiratory tract infections in UK primary care out-ofhours services (the UNITE study). *J Antimicrob Chemother*. 2018;73(3):795-803. <https://doi.org/10.1093/jac/dkx429>

137. Herklots A, Baileff A, Latter S. Community matrons' experience as independent prescribers. *Br J Community Nurs.* 2015;20(5):217-8.
<https://doi.org/0.12968/bjcn.2015.20.5.217>
138. Xueni, Pan, Mel Slater AB, Navarro X, Bellido Rivas AI, Swapp D, Hale J, et al. The Responses of Medical General Practitioners to Unreasonable Patient Demand for Antibiotics - A Study of Medical Ethics Using Immersive Virtual Reality. *PLoS One.* 2016;11(2).
139. Martín-Royo J, Villa-García L, Raya-Tena A, Carrera-Alfonso E, Brugués Brugués A, Risco E. Análisis crítico de la prescripción enfermera en la Atención Primaria: experiencia de uso en Cataluña. *Enferm Clin.* 2020;30(1):64-6.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.014>
140. Cullas Ilarslan NE, Gunay F, Topcu S, Ciftci E. Evaluation of clinical approaches and physician adherence to guidelines for otitis media with effusion. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2018;112(June):97-103.
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.06.040>
141. Katharina J, Lykkegaard J, Kolding J. Danish GPs ' and practice nurses ' management of acute sore throat and adherence to guidelines. *Fam Pract.* 2018;36(2):192-8. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz059>
142. Gené-Badía J, Gallo P, Caïs J, Sánchez E, Carrion C, Arroyo L, et al. The use of clinical practice guidelines in primary care: professional mindlines and control mechanisms. *Gac Sanit.* 2016;30(5):345-51.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.005>
143. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(7):1048-61.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>
144. Officer TN, Cumming J, Henry KM. ' She taught me ': factors consumers find important in nurse practitioner and pharmacist prescriber services. *Hum Resour Health.* 2021;19(41):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00587-y>
145. Fernández Salazar S, Ramos Morcillo A. Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *ENE Rev Enfermería.* 2013;7(1).
146. García Bañón AM, Sainz Otero A, Botella Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Index Enferm.* 2004;13(46).

147. Instituto Nacional de Estadística. Enfermeros colegiados por tipo de especialidad, año y sexo. [Internet]. 2021. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=30726&L=0>
148. Méndez-Salguero A, García-García JE. Escasa presencia de la mujer enfermera en puestos de poder. *Rev Española Enfermería Salud Ment.* 2019;(8):15-23.
<https://doi.org/10.35761/reesme.2019.8.04>
149. Hamel K, Vossing C. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim Heal Care Res Dev.* 2017;18(5):492-506.
<https://doi.org/10.1017/S1463423617000354>
150. Lovink MH, Persoon A, Koopmans RTCM, Van Vught AJAH, Schoonhoven L, Laurant MGH. Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *J Adv Nurs.* 2017;73(9):2084-102.
<https://doi.org/10.1111/jan.13299>
151. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2>
152. Lorch R, Hocking J, Guy R, Vaisey A, Wood A, Donovan B, et al. Do Australian general practitioners believe practice nurses can take a role in chlamydia testing? A qualitative study of attitudes and opinions. *BMC Infect Dis.* 2015;15(1):1-8.
<https://doi.org/10.1186/s12879-015-0757-7>
153. Kraus E, DuBois JM. Knowing Your Limits: A Qualitative Study of Physician and Nurse Practitioner Perspectives on NP Independence in Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2017;32(3):284-90. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3896-7>
154. Lovink MH, Laurant MGH, Van Vught AJAH, Maassen I, Schoonhoven L, Persoon A, et al. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: A realist evaluation case study. *BMJ Open.* 2019;9(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028169>

155. Timmermans M, van Vught AJ, Maassen IT, Draaijer L, Hoofwijk A, Spanier M, et al. Determinants of the sustained employment of physician assistants in hospitals: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6(e011949). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011949>
156. Soh BFJR, Ang WHD, De Roza JG, Quek IP, Lim PS, Lau Y. They Are Partners in Care: A Qualitative Exploration of Physicians' Perceptions of Primary Care Advanced Practice Nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(5):542-51. <https://doi.org/10.1111/jnu.12665>
157. Bridges S. Exploration of the concept of collaboration within the context of nurse practitioner-physician collaborative practice. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(7):402-10. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12043>
158. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller J, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Fam Pract*. 2013;14(132).
159. Lockwood C. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Int J Nurs Stud*. 2020;106:103362. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.010>
160. Kippenbrock T, Emory J, Lee P, Odell E, Buron B, Morrison B. A national survey of nurse practitioners' patient satisfaction outcomes. *Nurs Outlook*. 2019;67(6):707-12. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.04.010>
161. American Association of College of Nursing. Essentials of baccalaureate nursing education for professional nursing practice. Washington; 2008. 1-63 p.
162. García de Ribera MC, Bachiller Luque MR, Vázquez Fernández M, Barrio Alonso MP, Hernández Velázquez P, Hernández Vázquez AM. Triage de las urgencias pediátricas en Atención Primaria en España mediante telefonía móvil. Análisis de un modelo en una zona de salud. *Rev Calid Asist*. 2013;28(3):174-80. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.10.006>
163. Martín-Fernández J, Ariza-Cardiel G, Rodríguez-Martínez G, Gayo-Milla M, Martínez-Gil M, Alzola-Martín C, et al. Satisfacción con la enfermera en atención primaria: herramientas de medida y factores explicativos. *Rev Calid Asist*. 2015;30(2):86-94. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.01.007>

164. Ruiz Pérez R, Ruiz-Montero R, Ruiz Moruno J, Guzmán Herrador B, Barranco Quintana JL, Salcedo Leal I. Patient safety: Patients perception at primary care level at an urban healthcare district. *Semergen*. 2021;47(7):465-71.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.05.006>
165. Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T, et al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Fam Pract*. junio de 2014;15:128. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-128>
166. Caldow J, Bond C, Ryan M, Campbell NC, Miguel FS, Kiger A, et al. Treatment of minor illness in primary care: a national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. *Heal Expect*. 2007;10(1):30-45.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00422.x>
167. McKenna H, Keeney S. Community nursing: health professionals and public perceptions. *J Adv Nurs*. 2004;48:17-25. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03164.x>
168. Anguita-Guimet A, Ortiz-Molina J, Sitjar-Martínez de Sas S, Sisó-Almirall A, Menacho-Pascual I, Sebastián-Montal L. Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria. *Semer - Med Fam*. 2012;38(2):79-86.
<https://doi.org/10.1016/j.semern.2011.07.003>
169. Camacho Bejarano R, Rodríguez Gómez S, Gómez Salgado J, Lima Serrano M, Padín López S. Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: Claves para la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Enferm Clin*. 2015;25(5):221-2.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.004>
170. Rodríguez-Martínez G, Serrano-Martínez M, Ibáñez-Gómez A, Perdikidi-Guerra A, Ariza-Cardiel G, Martín-Fernández J. An analysis of primary nurse consultation in the Community of Madrid. *Enferm Clin*. 2019;29(3):170-7.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.004>
171. Quirant A, Ortega A. El cambio organizacional: La importancia del factor humano para lograr el éxito del proceso de cambio. *Rev Empres*. 2006;50-62.
172. Guerrero Alvarado M, Sotelo González J, Cabezuelo Lorenzo F. La comunicación interna como herramienta estratégica constructora y transmisora de la cultura organizacional. *Int J Commun Res*. 2022;27:e206. <https://doi.org/10.7263/adresic-27-206>

173. Lucas C, Kline T. Understanding the influence of organizational culture and group dynamics on organizational change and learning. *Learn Organ.* 2008;15(3):277-87. <https://doi.org/10.1108/09696470810868882>
174. Ferrer Dávalos RM. La influencia del factor humano, el liderazgo y la cultura de las organizaciones en los procesos de implementación y gestión del cambio organizacional. *Rev Int Investig en Ciencias Soc.* 2015;11(1):102-14. <https://doi.org/10.18004/riics.2015.julio.102-114>
175. Gérvas J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(1):52-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.024>
176. Kessler M, Eberhardt TD, Soares RS de A, Signor E, Soares de Lima SB, Weiller eresinha H. Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. *Evidentia.* 2016;13(53).
177. Añel-Rodríguez RM, Astier-Peña MP. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clínica Med Fam.* 2022;15(2):75-6. <https://doi.org/10.55783/150202>
178. Baker R, Bankart MJ, Freeman GK, Haggerty JL, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: *Br J Gen Pract.* 2020;70(698):E600-11. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712289>
179. Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: A cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2013;63(612):482-9. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X669202>
180. Bayona Huguet X, Romano Sánchez J, Grao AP. Modelos de gestión según el proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de atención primaria en Cataluña. *Rev Esp Salud Publica.* 2019;93:21-2.
181. Vázquez Navarrete M, Vargas Lorenzo I, Farré Caple J. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica.* 2005;79:633-43.
182. Castro Corredor D, Cuadra Díaz JL, Mateos Rodríguez JJ, Anino Fernández J, Mínguez Sánchez MD, de Lara Simón IM, et al. Self-management model in the scheduling of successive appointments in rheumatology. *Reumatol Clin.* 2019;15(6):333-7. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.11.011>

183. Del Estal-García MC, Melián-González S. Motivación por el servicio público de los profesionales de los centros de atención primaria: ¿qué es más importante el entorno o el apoyo directivo? *Aten Primaria*. 2021;53(4):101995.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101995>
184. Anguita-Guimet A, Ortiz-Molina J, Sitjar-Martínez de Sas S, Sisó-Almirall A, Menacho-Pascual I, Sebastián-Montal L. Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria. *Semergen*. 2012;38(2):79-86.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.003>
185. Josi R, Bianchi M. Advanced practice nurses, registered nurses and medical practice assistants in new care models in Swiss primary care: A focused ethnography of their professional roles. *BMJ Open*. 2019;9(12):1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033929>
186. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Eskandari M, Alizadeh S. Professional Competence in Nursing: A Hybrid Concept Analysis. *Med - Surg Nurs J*. 2019;8(2).
<https://doi.org/10.5812/msnj.90580>
187. Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enferm Clin*. 2019;29(2):83-9. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>
188. Monsalvo San Macario E, Sarrión Bravo J. Consulta de alta Resolución: desempeñando competencias de la Enfermera Especialista en Familia y Comunidad. *Ene*. 2019;13(1):1-10.
189. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin*. 2015;25(5):267-75.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
190. Lovink MH, van Vught A, Persoon A, Koopmans RTCM, Laurant MGH, Schoonhoven L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Heal Sci*. 2019;21(3):282-90. <https://doi.org/10.1111/nhs.12601>
191. Poghosyan L, Norful A, Martsoif G. Primary care nurse practitioner practice characteristics: barriers and opportunities for interprofessional teamwork. *J Ambul Care Manage*. 2017;40(1):77. <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000156>

192. Stephen C, Hermiz O, Halcomb E, McInnes S, Zwar N. Feasibility and acceptability of a nurse-led hypertension management intervention in general practice. *Collegian*. 2018;25(1):33-8. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.003>
193. Jurado-Campos J, Zabaleta-del-Olmo E, Anglada-Dilme MT, Sanchez-Vilanova L, Rabassa-Ester M, Barberi-Costa N, et al. Impact of a quality improvement intervention on nurses' management of same-day primary care flow. *J Nurs Manag*. 2015;23(7):920-30. <https://doi.org/10.1111/jonm.12236>
194. Li H, Dong S, He L, Wang R, Long S, He F, et al. Nurses' core emergency competencies for COVID-19 in China: A cross-sectional study. *Int Nurs Rev*. 2021;68(4):524-32. <https://doi.org/10.1111/inr.12692>
195. Cooper J, Lidster J. Perceptions of competency in advanced clinical practice. *Br J Nurs*. 2021;30(14):852-6. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.14.852>
196. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*; 2003.
197. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Les infermeres catalanes consensuen la gestió infermera de la demanda [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/professio/les-infermeres-catalanes-consensuen-la-gestio-infermera-de-la-demanda-tancant-aixi-el-primer-proces-autoregulacio-professional.html>
198. Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya. Acord de 15 de juny de 2016, de desenvolupament de les directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió d'infermera de la demanda establertes en virtut de l'Acord del mateix consell adoptat en la sessió plenària de 19 de juny. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* 2016 p. 1-6.
199. Mira JJ, Carrillo I, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Nebot C, Olivera G, et al. Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021339>
200. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *J Clin Nurs*. 2018;27(3-4):e578-89. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>

201. León Molina J, Manzanera Saura J., López Martínez P, González Nieto L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. *Enfermería Glob.* 2010;19.
202. Coffey C, Wurster LA, Groner J, Hoffman J, Hendren V, Nuss K, et al. A comparison of paper documentation to electronic documentation for trauma resuscitations at a Level I pediatric trauma center. *J Emerg Nurs.* 2015;41(1):52-6. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.04.010>
203. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Posicionament del COIB sobre la denominació del terme «infermera» per anomenar a professionals d'ambdós sexes [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/posicionaments-reflexions/presa-de-posicio-del-coib-sobre-la-denominacio-del-terme-infermera.html>

CAPÍTULO 8. ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de información al participante

Hoja de información al participante

Título del estudio: Experiencia de las enfermeras de Atención Primaria sobre la gestión enfermera de la demanda.

Nombre del investigador principal: Ángeles Vara Ortiz

Organización: Universitat de Barcelona e Institut Català de la Salut

Propósito del estudio

Las enfermeras juegan un papel importante dentro del sistema sanitario. Después de la reforma de Atención Primaria, este rol ha ido evolucionando hasta llegar a ser una figura clave en la salud de las personas. La enfermera, además de realizar prevención y promoción de la salud, atención a la cronicidad y a la comunidad, también ha empezado a formar parte del proceso salud-enfermedad de la persona, siendo partícipe de la atención a las enfermedades agudas leves (gestión enfermera de la demanda), que hasta hace pocos años, era atendido exclusivamente por el médico. Este rol no ha sido todavía evaluado en términos cualitativos, por tanto, el propósito de este estudio es conocer la experiencia de las enfermeras sobre la gestión enfermera de la demanda.

Este estudio contribuirá al conocimiento de la vivencia de las enfermeras en referencia a la gestión enfermera de la demanda, por tanto, ayudará a identificar fortalezas, debilidades y dificultades percibidas. Gracias a ello se podrán proponer futuras líneas de mejora que ayudarán a reforzar el programa y en consecuencia, a la profesión enfermera.

¿Por qué se le está invitando a participar en el estudio?

La investigadora le está invitando a colaborar a lo largo de la investigación para conocer qué vivencia tiene usted acerca de la gestión enfermera de la demanda. Su experiencia personal y profesional referente a la aplicación de ésta puede servir para detectar fortalezas y también aportar sugerencias y puntos de mejora en la aplicación del programa.

¿Qué se espera de los participantes en este estudio de investigación?

- El presente estudio realizará diferentes grupos de discusión y entrevistas con diferentes enfermeras que trabajan en el SAP Vallés Oriental. La investigadora estaría agradecida de que pudiera colaborar en la investigación; su tiempo y su experiencia nos puede aportar mucho.
- Usted entraría a formar parte de un grupo de discusión, el cual estaría

grabado con una grabadora sólo si usted está de acuerdo. El grupo de discusión durará aproximadamente dos horas y será realizado en el CAP Vallés de Granollers.

- Además de los grupos de discusión, se realizará alguna entrevista individual a alguna más de ustedes. Si se precisara, contactaríamos de nuevo con usted. En esta ocasión se desplazará donde usted diga y a la hora que mejor le vaya.

Riesgos y beneficios

El riesgo de compartir sus opiniones acerca de su percepción sobre de la gestión enfermera de la demanda va a ser minimizado debido a las medidas adoptadas para mantener la privacidad y confidencialidad, como se describe a continuación. Su tiempo y su opinión nos serán de ayuda para mejorar el conocimiento acerca de la vivencia de la aplicación de la gestión enfermera y por tanto, se podrán identificar las fortalezas y puntos de mejora que ayuden a mejorar su percepción y aplicación.

Privacidad, confidencialidad y anonimato

Se ocultará su identidad y se mantendrá la confidencialidad durante todo el proceso de investigación. Toda la información que nos proporcione quedará custodiada en un lugar seguro y cerrado bajo llave. A la información digitalizada sólo se podrá acceder a través de una contraseña que será conocida solamente por la investigadora. Toda la documentación será custodiada por la investigadora principal y estará bajo llave en el despacho de la 3ª planta del CAP El Fondo de Santa Coloma. El tiempo de custodia será de 5 años.

Sólo será la investigadora la que tenga acceso a los datos proporcionados por usted.

Si usted tiene cualquier duda acerca del estudio, especialmente a las cuestiones referidas anteriormente, podrá comunicarlo cuando lo necesite a Ángeles Vara, investigadora principal (ver contacto).

Uso de la información

La información proporcionada durante el estudio será utilizada sólo para esta investigación. Si alguna información que nos ha proporcionado es publicada, será totalmente anonimizada y respetando la confidencialidad y la privacidad.

Derecho a no participar y retirarse

Usted tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento del estudio y sin tener que dar ningún tipo de explicación. No querer participar o retirarse del estudio no tendrá consecuencias negativas para usted.

Principio de compensación

Si usted participa en el grupo de discusión, se proporcionará una tarjeta de transporte para acudir al grupo de discusión. Si coincidiera la realización del grupo de discusión con su horario laboral, se pactará la libranza con la dirección de su centro de trabajo.

La realización de la entrevista se realizará en el lugar y hora acordada por usted.

Si usted está de acuerdo con la propuesta de participar en el estudio, por favor, indique su conformidad firmando en el lugar abajo indicado.

Muchas gracias por su colaboración.

Firma del participante

Fecha

Consideración especial para utilizar grabadora en grupos de discusión y entrevistas

Si usted está de acuerdo con la utilización de la grabadora tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas, por favor, indique su conformidad firmando en el lugar abajo indicado.

Firma del participante

Fecha

INVESTIGADORA PRINCIPAL:

Ángeles Vara Ortiz

EAP Barri Llatí

Carrer Perú, 62-64.

089231 Santa Coloma de Gramenet.

E-mail: avara.mn.ics@gencat.cat

Teléfono: 667090426

Firma investigadora

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado para la realización de grupos de discusión y entrevistas a enfermeras

Título del estudio: **Experiencia de las enfermeras de Atención Primaria sobre la gestión enfermera de la demanda.**

Yo, _____, he leído la hoja de información al participante.

He podido hacer las preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con Ángeles Vara Ortiz, investigadora principal.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que me puedo retirar del estudio:

1. Cuando lo desee,
2. Sin dar explicaciones, y
3. Sin que ello repercuta en la atención médica que reciba.

De conformidad con lo que establece el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de Protección de Datos (RGPD) y la normativa nacional de aplicación, declaro haber sido informado de mis derechos, de la finalidad de la recogida de mis datos y el destinatario de la información.

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma del participante

Anexo 3. Hoja de recogida de datos

Hoja de recogida de datos de los participantes en el estudio: "Experiencia de las enfermeras de AP sobre la Gestión Enfermera de la Demanda"

1. Nombre y apellidos: _____
2. Edad: _____
3. Teléfono de contacto: _____
4. Centre de trabajo: _____
5. Horario: Lunes: _____
Martes: _____
Miércoles: _____
Jueves: _____
Viernes: _____
6. ¿Desde qué año trabajas en Atención Primaria?: _____
7. ¿En qué año acabaste los estudios de enfermería? _____
8. ¿Qué titulación tienes?:
 ATS
 Diplomado/a en enfermería
 Graduado/a en enfermería
 EIR (has hecho la especialidad)
9. ¿Quina contratación tienes?:
 Tengo plaza en propiedad
 Tengo una interinidad
 Tengo contrato eventual o de mes a mes
 Tengo contrataciones puntuales o día a día
10. ¿Has recibido formación específica sobre Gestión Enfermera de la Demanda? Sí No

11. Si has contestado que sí, ¿puedes indicar donde la recibiste y cuál fue la duración aproximada? Lugar: _____ Duración (en horas):

12. ¿En qué ámbito de la Atención Primaria trabajas?:

___ Enfermera general

___ Enfermera de pediatría

___ Gestora de casos

___ Enfermera en el ACUT

___ Otros. Especifica: _____

Por favor, una vez cumplimentado este cuestionario, puedes retornarlo a: avara.mn.ics@gencat.cat

Recuerda que esta información sólo es para poder contactar contigo y hacer la clasificación del perfil descrito en el estudio según las variables de segmentación, útiles para la formación de los grupos de discusión, de las entrevistas y su organización. Estas variables son: edad, situación contractual y formación específica en gestión enfermera de la demanda. En otro documento encontrarás la información del estudio y el consentimiento informado.

Vale la pena que sepas que se ocultará tu identidad y se mantendrá la confidencialidad durante todo el proceso de la investigación. Toda la información que nos proporciones quedará custodiada en un lugar seguro y cerrado bajo llave. A la información digitalizada sólo se podrá acceder mediante contraseña.

La información proporcionada durante el estudio será utilizada sólo para esta investigación. Si alguna información que nos has proporcionado es publicada, será totalmente anonimizada y respetando la confidencialidad y tu privacidad.

Si tienes alguna duda referente al estudio, comunícalo cuando lo necesites a la investigadora principal, Ángeles Vara.

Muchas gracias por tu inestimable colaboración.

DATOS DE CONTACTO DE LA INVESTIGADORA PRINCIPAL:

Ángeles Vara Ortiz

CAP Barri Llatí

Carrer Perú, 60 - 62

08921 Santa Coloma de Gramenet.

E-mail: avara.mn.ics@gencat.cat

Teléfono: 667090426

Anexo 4. Preguntas guía para la realización de los grupos focales

El guion para la conducción de los grupos focales fue:

- *¿Qué experiencia tenéis referente a la aplicación de la GED? ¿Por qué?*
- *¿Qué os sugiere la gestión enfermera de la demanda?, ¿Por qué?*
- *¿Estáis de acuerdo con su aplicación?*
- *¿Creéis que estáis competencialmente preparadas para su abordaje?*
- *¿Qué beneficios y limitaciones creéis que tiene la aplicación de la GED?*
- *¿Qué mejoras aplicaríais para poder aplicarla sin dificultad?*
- *¿Tenéis problemas con la no definición legislativa?*
- *¿Consideráis que la GED forma parte del trabajo enfermero?*
- *¿Sabéis si en otros países las enfermeras realizan este trabajo?*
- *¿Creéis que la aplicación del Real Decreto sobre prescripción os ha podido afectar en la aplicación de la GED?*

Anexo 5. Preguntas guía para la realización de las entrevistas en profundidad

Teniendo en cuenta la estrategia del embudo, la secuencia para la formulación de las preguntas tendrá varias fases:

- Fase inicial: se utilizó una pregunta de tipo exploratorio: *¿Me podrías decir qué entiendes por gestión enfermera de la demanda?*
- Fase intermedia con preguntas sobre interpretación, opinión y sentimientos relacionadas con la GED: *¿cómo te sientes al aplicar el programa de la gestión enfermera de la demanda?, ¿te sientes apoyado por el resto de los compañeros cuando aplicas la GED?, ¿crees que los usuarios están de acuerdo que sea la enfermera la que les realice la visita cuando se trata de una enfermedad aguda leve? ¿y el resto de compañeros?*
- Fase avanzada se realizaron preguntas más personales: *¿crees que tienes la suficiente formación para su aplicación?, ¿crees que estás preparada para aplicar la GED?, ¿te has sentido presionado alguna vez por tus superiores para aplicar la gestión enfermera de la demanda?, ¿has tenido alguna vez miedo al aplicar la GED? ¿Por qué?*
- *¿Qué pro y contra encuentras en el programa?*
- *Por último, ¿qué necesitarías para poder aplicar la GED con total tranquilidad?*

Anexo 6. Cuestionario de recogida de datos cuantitativos

Cuestionario de recogida de datos del estudio: *“Percepción de las enfermeras de Atención Primaria sobre la Gestión Enfermera de la Demanda”*

Propósito del estudio

Las enfermeras juegan un papel importante dentro del sistema sanitario. Después de la reforma de Atención Primaria, este rol ha ido evolucionando hasta llegar a ser una figura clave en la salud de las personas. Las enfermeras, además de realizar prevención y promoción de la salud, atención a la cronicidad y a la comunidad, también han empezado a formar parte del proceso salud-enfermedad de las personas. Es en este contexto en el que se establece la gestión enfermera de la demanda (GED) o atención enfermera a las personas con enfermedades agudas leves, que, hasta hace pocos años, eran atendidas exclusivamente por los médicos. Este rol no ha sido todavía evaluado en términos cualitativos y es por esta razón que el presente estudio se propone analizar la experiencia de las enfermeras en relación a la GED.

Este estudio contribuirá al conocimiento de las vivencias de las enfermeras en relación a la GED, contribuyendo a identificar las fortalezas, debilidades y dificultades y acciones de mejora percibidas.

Por favor, completa las siguientes preguntas. En los campos abiertos sería de utilidad que explicaras lo mejor posible cuál es tu punto de vista.

Aceptando la realización de este cuestionario, estarás dando el consentimiento para participar de este estudio.

Muchas gracias por tu tiempo y por tu inestimable colaboración.

1. Año de Nacimiento
2. ¿Con qué género te identificas?
 - Femenino
 - Masculino
 - No binario
3. ¿Qué año finalizaste los estudios de enfermería?
4. ¿Cuántos años llevas trabajando en la primaria?
 - Menos de 5
 - Entre 5 y 10
 - Entre 10 y 20
 - Más de 20
5. ¿Qué estudios de enfermería has cursado?
 - ATS
 - Diplomatura de enfermería
 - Grado de enfermería
 - Máster/Posgrado de enfermería
 - Enfermera especialista
 - Doctorada
6. ¿En qué gerencia territorial trabajas?
7. ¿Aplicas la GED en tu día a día?
 - Sí
 - No
8. ¿Consideras que la GED es una forma de triaje?
 - Sí
 - No
9. ¿Has hecho alguna formación específica de GED?
 - Sí
 - No
10. ¿Qué duración tuvo esa formación?
 - Menos de 4 horas
 - Entre 4 y 8 horas
 - Más de 8 horas
11. ¿Te resultó útil esa formación?
 - Sí
 - No
12. ¿Qué tipo de contenido debería tener?
 - Fisiopatología
 - Farmacología
 - Exploración física
 - Supuestos prácticos

- Aspectos legales
 - Otros
13. La formación debería ser impartida por:
- Empresa
 - Universidad
 - Sociedades científicas
 - Colegios profesionales
 - Otros
14. ¿Utilizas programa ARES para hacer la valoración de la GED?
- Sí
 - No
15. ¿El programa ARES te proporciona mayor seguridad para atender a los pacientes que el programa anterior?
- Sí
 - No
 - Igual
 - No aplica
16. Habitualmente trabajas en:
- CAP
 - CUAP
 - Otros
17. ¿En qué ámbito de enfermería trabajas?
- Adultos
 - Pediatría
 - Gestora de casos
 - Gestión
 - Otros
18. ¿Cuáles de los motivos que atiendes tienes más dificultad en **valorar**?
- Absceso, quemadura, heridas, picaduras
 - Afta bucal, herpes labial
 - Anticoncepción de emergencia
 - Cefalea/mareo
 - Contractura cervical/dolor lumbar
 - Contusión/entorsis de tobillo
 - Crisis de ansiedad
 - Diarrea/estreñimiento
 - Elevación TA
 - Epistaxis
 - Fiebre
 - Molestias urinarias/vulvovaginitis

- Odinofagia/odontalgia
 - Reacción vacunal
 - Síntomas respiratorios de vías altas
 - Sospecha Covid-19
 - Insomnio
 - Urticaria
19. ¿Cuáles de los motivos que atiendes tienes más dificultad en **resolver**?
- Absceso, quemadura, heridas, picaduras
 - Afta bucal, herpes labial
 - Anticoncepción de emergencia
 - Cefalea/mareo
 - Contractura cervical/dolor lumbar
 - Contusión/entorsis de tobillo
 - Crisis de ansiedad
 - Diarrea/estreñimiento
 - Elevación TA
 - Epistaxis
 - Fiebre
 - Molestias urinarias/vulvovaginitis
 - Odinofagia/odontalgia
 - Reacción vacunal
 - Síntomas respiratorios de vías altas
 - Sospecha Covid-19
 - Insomnio
 - Urticaria
20. ¿Cuáles de los motivos que atiendes tienes más dificultad en **valorar**?
- Cólico del lactante
 - Contusión dedos
 - Cuerpo extraño: oído/nariz
 - Heridas, quemaduras, dermatitis, lesiones, picaduras
 - Diarrea, estreñimiento, vómitos
 - Epistaxis
 - Fiebre
 - Tos/mucosidad
 - Reacción vacunal
 - Piojos
 - Llanto intenso
 - Sospecha Covid-19
 - Sospecha varicela
 - Sospecha muguet
21. ¿Cuáles de los motivos que atiendes tienes más dificultad en **resolver**?
- Cólico del lactante

- Contusión dedos
 - Cuerpo extraño: oído/nariz
 - Heridas, quemaduras, dermatitis, lesiones, picaduras
 - Diarrea, estreñimiento, vómitos
 - Epistaxis
 - Fiebre
 - Tos/mucosidad
 - Reacción vacunal
 - Piojos
 - Llanto intenso
 - Sospecha Covid-19
 - Sospecha varicela
 - Sospecha muguet
22. ¿Crees que la organización interna del centro en el que trabajas influye en la aplicación de la GED?
- Sí
 - No
 - No lo se
23. ¿Puedes explicar por qué?
24. ¿Qué forma de organización crees que favorece más la aplicación de la GED?
- Enfermera que solo hace consulta espontánea (enfermera de urgencias)
 - Enfermera que aplica GED a sus pacientes dentro de su propia agenda (visitas del día)
 - En ambas
 - En ninguna de las anteriores
25. ¿Cuáles crees que son los motivos o circunstancias que han favorecido la implantación de la GED? Ordénalos de más a menos relevancia:
- Falta de médicos
 - criterios competenciales (las enfermeras actualmente son más competentes)
 - Nivel formativo (las enfermeras en poco tiempo pasan de ser ATS a Diplomadas y posteriormente Graduadas)
 - Criterios económicos
 - Equiparación de la figura de la enfermera a la de otros países
 - Otros
26. Las enfermeras están competencialmente preparadas para aplicar la GED.
- Respuestas del 0 al 10
27. ¿Por qué crees que estamos más preparadas?

- Estamos más formadas
 - Tenemos años de experiencia en GED
 - Estamos más motivadas
 - Estamos más empoderadas
 - Tenemos más autonomía
 - Otros
28. ¿Por qué crees que no estamos competencialmente preparadas?
- La GED no entra dentro de la cartera de servicios de enfermería
 - No estamos suficientemente formadas
 - No tenemos cobertura legal
 - No tenemos reconocimiento económico por asumir esa responsabilidad
 - Otros
29. ¿Crees que la aplicación de la GED corresponde a una práctica avanzada de enfermería?
- Sí
 - No
30. ¿Con cuáles de siguientes palabras relacionarías tú la GED?
- Reconocimiento
 - Competencias
 - Carga de trabajo
 - Inseguridad
 - Responsabilidad
 - Sostenibilidad (la enfermera tiene un sueldo inferior a un médico)
 - Empoderamiento
 - Práctica avanzada
 - Otros
31. ¿Cómo se podría mejorar la aplicación de la GED?
- Mejorando la formación
 - Promocionando el perfil competencial
 - Implantando la prescripción enfermera
 - Clarificando el marco legal
 - Ofreciendo incentivos
 - Otros
32. ¿Crees que los usuarios están de acuerdo con que la enfermera aplique la GED de forma finalista?
- Sí
 - No
 - No lo se

33. ¿En relación con la opinión de los usuarios, con qué afirmaciones estás más de acuerdo?
- Los usuarios están más satisfechos cuando los visita una enfermera porque están menos tiempo en la sala de espera
 - Los usuarios generalmente quieren ser atendidos por un médico
 - Los usuarios valoran positivamente la educación sanitaria que les proporciona la enfermera
 - Los usuarios valoran positivamente la anamnesis que realiza la enfermera
 - Los usuarios no quieren ser valorados por la enfermera y luego pasar con el médico para que finalice la visita.
34. ¿Crees que los médicos están de acuerdo con que la enfermera aplique la GED de forma finalista?
- Sí
 - No
 - No lo sé
35. ¿Te has sentido presionada por la organización donde trabajas para que seas más resolutiva?
- Sí
 - No
36. Crees que con la implantación de la prescripción enfermera mejorará/ha mejorado la aplicación de la GED?
- Sí
 - No
37. Indica con qué afirmación estás más de acuerdo:
- La enfermera prescribe menos que el médico
 - La prescripción de la enfermera no coincide con la prescripción que habría hecho un médico para el mismo problema
 - La enfermera explica mejor el tratamiento prescrito
 - Cuando el usuario se visita espera siempre una prescripción farmacológica
38. ¿conoces el marco legal que ampara la GED?
- Sí
 - No
39. ¿el marco legal te provoca inseguridad?
- Sí
 - No
40. ¿Alguna vez has dejado de resolver algún caso por miedo a la repercusión legal?
- Sí

- No
41. ¿cuáles son los principales puntos fuertes de la GED?
- Aumento de competencias
 - Más reconocimiento y visibilidad social
 - Más autonomía
 - Crecimiento profesional
 - Otros
42. ¿Cuáles crees que son las principales limitaciones que tienen las enfermeras para aplicar la GED?
- Prescripción enfermera
 - Marco legal
 - Falta de formación
 - Falta de competencias
 - Cuestiones deontológicas
 - Conflictos competenciales con otras categorías profesionales
 - Falta de motivación
 - Contexto histórico y social de la figura de la enfermera
 - Otros
43. ¿Crees que la GED ayuda a dar más visibilidad social de la profesión enfermera?
- Sí
 - No
44. ¿Te gustaría añadir alguna otra observación? (Campo libre)

Anexo 7. Documento de aprobación del Comitè d'Ètica en Investigació Clínica



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

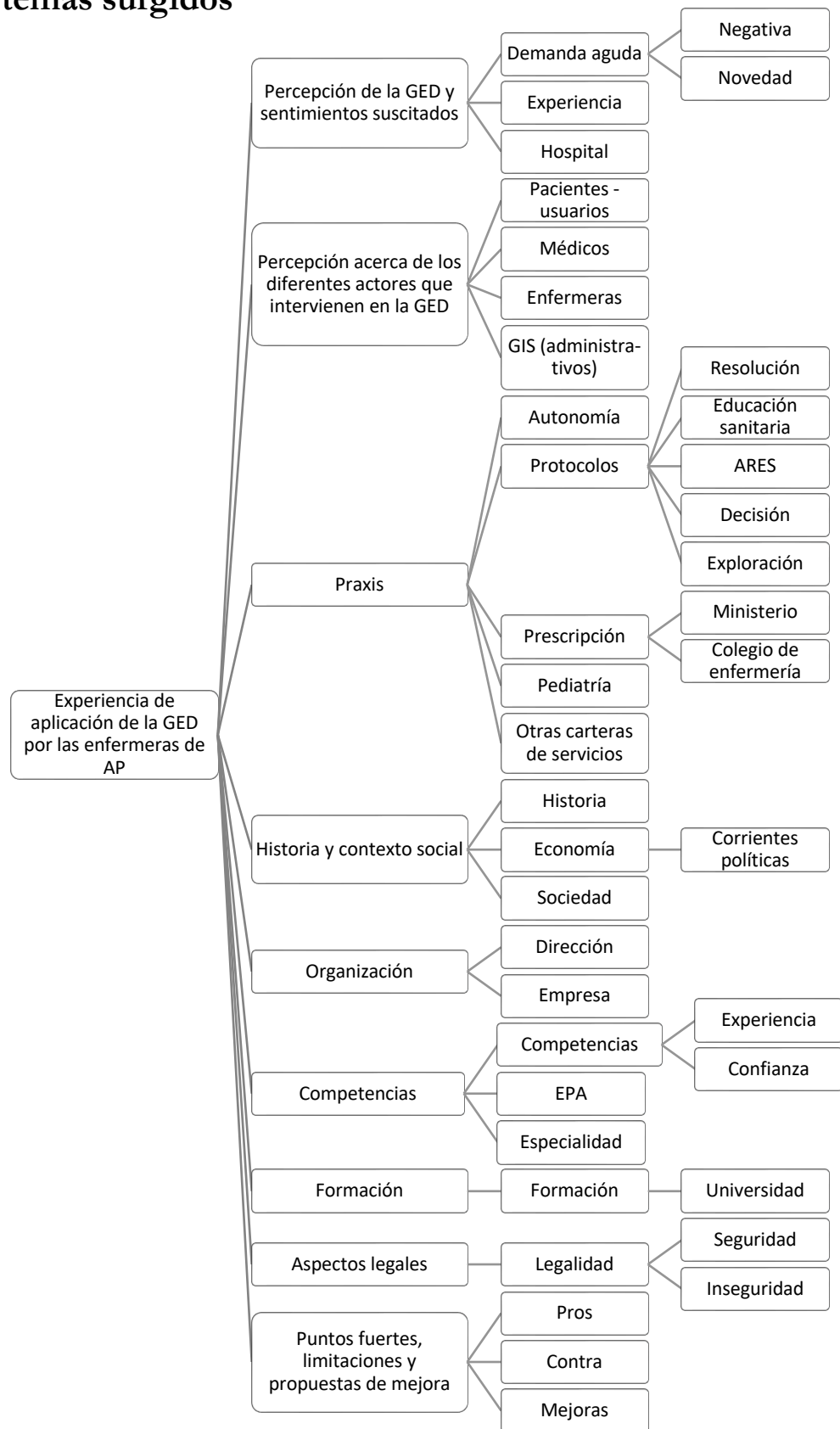
CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 02/07/2018, ha avaluat el projecte **Experiencia de las enfermeras de Atención Primaria sobre la gestión enfermera de la demanda.** amb el codi **P18/096** presentat per l'investigador/a **M^a Ángeles Vara Ortiz.**

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 02/07/2018

Anexo 8. Esquema de análisis, la agrupación de categorías y los temas surgidos



Anexo 9. Artículos derivados de esta tesis

9.1. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. Revista Atención Primaria. Vara Ortiz A, Fabrellas Padrés N. Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. Atención Primaria. 2019; 51(4):230-5



ORIGINAL

Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda



María Ángeles Vara Ortiz^{a,b,*} y Núria Fabrellas Padrés^c

^a EAP El Fondo, Institut Català de la Salut, Santa Coloma de Gramenet (Barcelona), España

^b EAP Barri Llatí, Institut Català de la Salut, Santa Coloma de Gramenet (Barcelona), España

^c Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 7 de agosto de 2017; aceptado el 30 de octubre de 2017
Disponble en Internet el 26 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE

Gestión enfermera de la demanda;
Análisis de concepto;
Enfermedades agudas leves;
Enfermería;
Atención Primaria

Resumen La gestión enfermera de la demanda (GED) es un concepto emergente que requiere una clarificación útil no solo para los profesionales y usuarios sino también para gestores. La GED nació en 2009 tras la necesidad de reorganizar los flujos de la demanda, pero se ha convertido en algo más que en eso. Se entiende la GED como un programa liderado por la enfermera de Atención Primaria para atender a personas con enfermedades agudas leves. La enfermera, bajo un protocolo consensuado y dentro de su ámbito competencial, puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas agudos leves. Por tanto, siguiendo la filosofía de Atención Primaria, tanto el médico como la enfermera son los profesionales que darán continuidad en el proceso salud-enfermedad del usuario a lo largo de su vida. Este artículo ha sido escrito según la metodología descrita por Wilson.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Nurse demand management;
Concept analysis;
Acute minor illnesses;
Nursing;
Primary care

Concept analysis: Nurse demand management

Abstract Nurse demand management (NDM) is an emerging concept that requires some useful clarification, not only for professionals and users but also for managers. The NDM was born in 2009 after the need to reorganize the flow of demand, but it has become more than this. NDM is understood as a program led by the primary care nurse to take care of people with acute minor illnesses. Nurses, under a consensual protocol and within their competence area, can be autonomous in patient care and in the resolution of acute minor illnesses. Therefore, following Primary Care's philosophy, both the doctor and the nurse are the professionals that will follow up the health-disease process throughout the user's life. This article was written according to the methodology described by Wilson.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avara.mn.ics@gencat.cat (M.Á. Vara Ortiz).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.011>

0212-6567/© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El concepto gestión enfermera de la demanda (GED) es un concepto relativamente nuevo. Nace de la necesidad de reorganizar el sistema sanitario catalán, buscando, entre otros objetivos, hacerlo más sostenible. Se entiende la GED como un programa liderado por la enfermera de Atención Primaria (AP) para atender a personas con enfermedades agudas leves. La enfermera, bajo un protocolo consensuado y dentro de su ámbito competencial, puede ser autónoma en la atención al paciente y en la resolución de problemas agudos leves¹.

Este programa nació en el Institut Calalà de la Salut el año 2009 con el nombre *Gestión de la Demanda Espontánea*. Inicialmente incluyó protocolos de actuación para 15 enfermedades basados en la evidencia científica. En la actualidad, los protocolos para adultos son 22 y para pediatría, 23. El programa tuvo en cuenta el Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud y la Orden del 6 de mayo de 1990 sobre el funcionamiento de los equipos de AP, en el que avala que las enfermeras participen en la GED. Después, otros proveedores de salud en AP de Cataluña también han implantado un modelo similar².

El rol de la enfermera de AP antes de la reforma era muy técnico, con una función de colaborador más acusada y con unas competencias orientadas a la gestión de pacientes con enfermedad crónica. Actualmente la enfermera es más proactiva y autónoma y centra su atención en el manejo de la persona y no solo en la enfermedad³.

Este trabajo efectúa un análisis del concepto GED y se basa en la metodología descrita por Wilson, la cual primero valora el sentido más amplio del concepto y después aclara el significado en el contexto particular⁴. La aparición del análisis de concepto en las disciplinas de salud se basa en la idea de que cada disciplina es la responsable de generar una base de investigación científica desarrollando sus conceptos clave. Estos conceptos clave son aquellos capaces de describir las características principales de una idea concreta y muestran su significado; por tanto, el análisis del concepto GED es necesario para determinar sus particularidades, evitar confusiones y clarificar roles, ya que es un concepto bastante emergente, con multitud de denominaciones e interpretaciones. Según Wilson, el objetivo de esta metodología es examinar críticamente el concepto escogido, por tanto, aplicado a este trabajo, es examinar críticamente el concepto GED a partir de la literatura científica publicada e identificar los elementos esenciales que lo caracterizan.

En el análisis de concepto, Wilson⁴ sigue los siguientes pasos: 1) aislar preguntas relativas al concepto; 2) encontrar respuestas adecuadas; 3-7) desarrollar casos reales o inventados; 8) determinar el contexto social; 9) identificar las emociones subyacentes; 10-11) establecer los resultados prácticos y resultados en el lenguaje. Estos pasos permiten englobar todos los elementos del concepto.

Los casos prácticos definidos en los pasos 3-7 son útiles para identificar los elementos esenciales y para diferenciar el concepto estudiado de otros similares. En la definición de los casos se describen un caso ejemplar, un caso contrario, un caso relacionado y un caso fronterizo. El caso ejemplar contiene los elementos esenciales del concepto, en un símil, sería equiparable al *gold standard*. El caso contrario implica una situación opuesta al caso ejemplar. El caso relacionado identifica los elementos diferenciales del concepto y el caso

fronterizo identifica solo alguno de los elementos esenciales para orientar el diagnóstico diferencial. Wilson recomienda desarrollar un caso inventado cuando los demás casos no son suficientemente aclaratorios.

Para identificar la bibliografía publicada sobre el tema se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scopus, CINAHL y en el buscador Google. Las palabras clave utilizadas fueron «enfermedad aguda», «demanda aguda», «resolución enfermera», «gestión enfermera», «atención a enfermedades agudas leves» y su correspondiente traducción al inglés. No se estableció limitación temporal.

Aislar las preguntas relativas al concepto

Según Wilson, es importante disgregar las cuestiones en 3 categorías: de concepto (c), de hecho (h) y de valores (v). Las preguntas de concepto se refieren a la descripción de los vocablos, las de hecho son referidas al conocimiento existente y las de valores apelan a la cualidad, importancia o significación sobre algo.

Para el análisis de concepto de GED se plantearon las siguientes preguntas y se categorizaron en preguntas de concepto (c), de hecho (h) y de valores (v):

1. ¿Qué es lo que define el concepto de GED? (c)
2. ¿Es lo mismo la GED que el triaje avanzado? (c, h)
3. ¿El concepto GED está bien formulado? (v)
4. ¿Las enfermeras que aplican la GED están socialmente aceptadas? (v)
5. ¿Dentro de las competencias enfermeras está el poder asumir la GED? (v, h)

Encontrar las respuestas adecuadas

Las respuestas sobre el concepto en su totalidad se buscaron en la bibliografía científica, así como las de sus vocablos por separado.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua⁵ define *gestión* como «llevar adelante una iniciativa o proyecto; ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u otro organismo». En cuanto a *demanda*, la Real Academia de la Lengua⁵, la define como «petición o solicitud».

El International Council of Nurses define *enfermera*⁶ como «aquella que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas...».

El Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, debido a las múltiples denominaciones referidas a este programa, intentó unificarlo. Después de varias reuniones y grupos de trabajo definió la GED como «la respuesta (*gestión*) que da la enfermera desde su ámbito competencial a una persona que plantea una demanda (*petición*) relacionada con la salud, la cual requiere una resolución inmediata y preferente»⁷.

El papel autónomo de la enfermera en la atención a personas con enfermedad aguda está afianzada y aceptada por profesionales y pacientes⁸. La GED es aún emergente, pero ya existen resultados que han demostrado ser factibles, eficaces y con un bajo índice de reconsulta^{9,10}. En otros países este rol está consensuado, aprobado y estudiado^{11,12}. La revisión sistemática de Horrocks¹³ concluye que los pacientes atendidos por enfermeras están más satisfechos que con la atención proporcionada por el médico, sin diferencias en los resultados en salud, y queda demostrado que las enfermeras realizan consultas más largas y hacen una anamnesis más completa. La bibliografía también muestra que los pacientes tienen buena aceptación del rol enfermero para la resolución de enfermedades leves e incluso en el soporte y asesoramiento de su salud¹⁴. Otro estudio no encontró diferencias significativas entre el diagnóstico realizado por un médico o por una enfermera¹⁵.

Casos

La descripción de casos sirve para identificar los elementos esenciales y diferenciarlos de otros. La selección de los casos se efectuó a partir de casos inventados por conveniencia del autor o de casos reales observados directamente, al tener las características necesarias. La descripción de los casos y las características de cada uno de ellos pueden verse en la [tabla 1](#).

Contexto social

La enfermera, desde su ámbito competencial, da respuesta a las consultas relacionadas con la salud-enfermedad que requieren atención prioritaria¹. El concepto GED nace para definir un proceso de atención que requiere una reorganización de la demanda para solucionar el problema de salud. Las organizaciones han compartido esta nueva visión, pero no su denominación y cada una lo ha identificado de forma diferente como: *atención a la demanda aguda, gestión enfermera de la demanda, enfermedad aguda, atención a los procesos de salud agudos leves*, entre otros.

El rol actual de la enfermera, gracias a una mayor formación y preparación, permite la aplicación de este programa¹⁶. Hasta la reforma de la AP algunas competencias solo eran aplicadas por el médico³, como la de atender a personas con enfermedades agudas leves. De hecho, la línea que separa el rol del médico y de la enfermera en AP está cada vez más desdibujada¹⁷. Algunas revisiones indican que entre el 25 y el 50% del trabajo realizado por los médicos podría ser transferido a las enfermeras¹². Este punto de vista no está exento de controversia¹⁸. Aun así, la calidad de las enfermeras de práctica avanzada puede ser similar e incluso superior en algunos aspectos a la de los médicos en áreas como la AP^{3,15}, tal y como se refleja en una revisión sistematizada y una revisión del grupo Cochrane^{12,13}.

Una característica común entre las profesiones sanitarias es la existencia de áreas transfronterizas debido a la complejidad relativa y a la facilidad de acceso al conocimiento. En esta imprecisión de límites, se debería ganar en eficiencia, en operatividad, en desburocratización, en flexibilización de

procesos y, especialmente, en accesibilidad y capacidad de resolución¹⁹.

Emociones subyacentes

El concepto GED puede provocar reacciones en los diferentes actores implicados. Al ser un concepto emergente, las emociones que suscita no han sido estudiadas en términos cualitativos y se desconoce su influencia en el desarrollo de la propia GED.

Aunque existen estudios que revelan que la prescripción enfermera tiene resultados positivos para el paciente²⁰, el desarrollo e implicación en la GED se ha visto dificultada, sobre todo, por las limitaciones legales sobre la prescripción de productos sanitarios y medicamentos recogidas en el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre. Este decreto regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros y ha provocado indignación, ya que no pueden realizar el diagnóstico y prescripción pertinentes cuando antes sí podían. Por tanto se ha reducido su autonomía. Al mismo tiempo, existe una sensación de enfrentamiento con el colectivo médico, por el poco apoyo dispensado cuando se ha cuestionado la capacidad enfermera para diagnosticar y prescribir. Otro punto que considerar es la falta de un marco regulador de la práctica avanzada en enfermería, a diferencia de otros países donde dicha práctica ha beneficiado la atención del paciente²¹. La enfermera de AP, aunque no sea reconocida legislativamente, realiza una práctica avanzada y desarrolla competencias que anteriormente se consideraban solo competencias médicas.

La percepción de las enfermeras, en cuanto a la ampliación del ámbito competencial, implica cambios que no todos los profesionales están dispuestos a asumir, ya sea por cuestiones legales, conceptuales, deontológicas o de solapamiento de roles con otros profesionales que históricamente han gozado de mayor reconocimiento social¹⁹. De todas formas y de manera general, la GED es percibida como una oportunidad de consolidación de competencias y de desarrollo de la propia profesión²².

Resultados prácticos y de lenguaje

Como resultados principales de este análisis encontramos los siguientes elementos esenciales:

- El usuario que acude al centro de AP por una enfermedad aguda leve incluida en los protocolos establecidos es visitado por la enfermera, lo que facilita el continuum asistencial y la inmediata accesibilidad.
- La enfermera cuenta con juicio clínico suficiente como para valorar, diagnosticar y establecer el tratamiento previamente consensuado en los protocolos. Las derivaciones al médico se realizarán cuando el paciente cumpla algún criterio de exclusión del protocolo o cuando, según criterio de la enfermera, necesite una valoración médica.
- En AP, se espera que la enfermera actúe de manera autónoma y que explote todas sus posibilidades competenciales. Por lo que es necesario legislar en favor de la prescripción enfermera. Levantar barreras y utilizar el

Tabla 1 Descripción de los casos. Pasos 3-7 del método de Wilson		
Caso	Descripción del caso	Características
Ejemplar	Paciente que acude al CAP por febrícula, dolor abdominal y descomposición. Lo visita y valora la enfermera: sin antecedentes patológicos ni alergias, ni medicación. Inició el cuadro hace 6 h. Sin cambios en dieta ni en estilo de vida. Buen estado general, palpación abdominal normal y auscultación abdominal con aumento de peristaltismo. Tax 36,8 °C y TA: 117/63. Le recomienda: rehidratación oral, reintroducción gradual de alimentos y dieta astringente. Si febrícula, paracetamol (500 mg) cada 6-8 h. Le informa de los signos y síntomas para reconsultar	Describe las características esenciales de la GED, en las que la enfermera inicia la atención, valora al paciente y proporciona las recomendaciones y el tratamiento oportuno e informa de los signos para reconsultar. La enfermera ha resuelto un problema de salud que hasta ahora solo atendían los médicos
Contrario	Paciente de 74 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y HTA, ingresado en la unidad de cuidados intensivos por una neumonía que precisa soporte ventilatorio. La enfermera observa que la tensión arterial es 175/100 y la frecuencia cardíaca 102 por minuto. En las extremidades observa fovea en ambas piernas y la diuresis hasta el momento es de 200 cc. Piensa que el paciente puede presentar insuficiencia renal y avisa al médico para su valoración	Aquí es la enfermera quien descubre la aparición de las alteraciones del paciente y, tras la valoración y sospecha diagnóstica, avisa al médico para que confirme el diagnóstico e instaure tratamiento. Aquí no se espera que la enfermera instaure el tratamiento
Relacionado	Una paciente acude a la enfermera para el control de su enfermedad crónica. Ella explora: peso, talla, toma de tensión arterial y revisión de autocontroles de glucemia. Comprueba que se realizó una analítica completa, retinografía, electrocardiograma y exploración bucodental hace 6 meses. La exploración del pie fue hace más de un año. Le programa una visita a los 15 días y solicita un control analítico. Revisa si la persona cumple la dieta y el tratamiento y si ha hecho hipoglucemias. Refuerza educación sobre dieta y ejercicio	La enfermera valora el estado actual, evolución, posible aparición de complicaciones, solicita las pruebas complementarias y realiza las intervenciones educativas. Este seguimiento es sin intervención del médico. El control de la enfermedad crónica por la enfermera está aceptado e integrado en el imaginario de los pacientes, las propias enfermeras y los médicos
Fronterizo	Paciente de 26 años que acude a urgencias del hospital. La enfermera de triaje realiza la anamnesis: sin antecedentes ni alergias medicamentosas. Hace una hora, ha saltado y al caer se ha torcido el tobillo, al parecer por una rotación interna del tobillo derecho. Presenta dolor 4/10 en la escala EVA y ligera inflamación en maléolo externo. Sin hematoma. Regla de Ottawa negativa y define grado I de esguince. El tratamiento es reposo, frío local, inmovilización con tobillera, elevación de la extremidad y toma de ibuprofeno (600 mg) cada 8 h. Explica los signos de alarma para reconsultar	En este caso la enfermera del triaje realiza la clasificación de los pacientes según la gravedad, para priorizar la atención, ejecuta el procedimiento y establece el tratamiento con base en unos protocolos. Estos protocolos autorizan a la enfermera de triaje del hospital a solicitar alguna prueba complementaria y a administrar algún analgésico
Inventado		No se ha creído necesario añadir un caso inventado

potencial actual de la enfermera debería ser prioritario en la política sanitaria.

Las características principales del concepto GED se describen en la [tabla 2](#).

El concepto GED debería redefinirse y consensuarse, ya que corresponde a un concepto mucho más amplio que una simple organización de la demanda. En la atención basada en la filosofía de AP, tanto médico como enfermera acompañan

a la persona en la salud y en la enfermedad a lo largo de su vida.

La descripción mediante el método wilsoniano contempla un diseño filosófico y de revisión bibliográfica, pero no cuenta con los criterios de calidad de la investigación cualitativa. Sin embargo, puede contribuir a aclarar el significado del concepto estudiado y a difundir el conocimiento y empleo de las técnicas de análisis conceptual. Puede también ayudar a mejorar la aplicación por parte de las

Pregunta	Respuesta
¿Qué es lo que define el concepto de GED?	La respuesta que da la enfermera a una demanda realizada por el usuario. Garantiza el continuum asistencial en todo el proceso salud-enfermedad y toda actuación está bajo el ámbito competencial de la enfermera
¿Es lo mismo la GED que el triaje avanzado?	No. La GED tiene un sentido más amplio que el aplicar un algoritmo informático con base en una enfermedad, administrar el tratamiento o pedir una prueba complementaria, como se hace en el triaje avanzado. La GED ofrece una continuidad asistencial al usuario a lo largo de su vida, en momentos de salud y en la enfermedad, siempre que el ámbito competencial de la enfermera lo permita
¿Las enfermeras que aplican la GED están socialmente aceptadas?	Anteriormente no era así y la GED estaba asociada al rol del médico. Actualmente y gracias al perfil competencial de la enfermera de AP, esta confluye con una parte del rol médico. Sin embargo, queda mucho por recorrer en cuanto a aceptación social
¿Dentro de las competencias enfermeras está el poder asumir la GED?	Sí, gracias a que la enfermera actualmente desarrolla estudios universitarios completos. Se debería revisar la legislación vigente en cuanto a prescripción de productos farmacéuticos, ya que con esta ley se dificulta la aplicación de la GED
¿El concepto GED está bien formulado?	No, existen muchas acepciones para un mismo concepto y, a pesar del intento de unificación, su denominación no cumple con la amplitud del concepto

enfermeras, a una mayor aceptación por parte de otros colectivos sanitarios y a concienciar a las instituciones y gobierno de la importancia de legislar a favor de la prescripción enfermera.

Sería interesante promover investigaciones que permitan conocer la opinión directa de todos los actores del programa, así como establecer mejoras en él. Para ello, será necesario el compromiso de instituciones, organizaciones colegiales, gobierno y profesionales, para conseguir un sistema más sostenible, mejorar la continuidad de los cuidados y evidenciar el potencial enfermero en AP.

Finalmente, la enfermera de AP es uno de los actores principales del proceso completo salud-enfermedad y un referente de salud para la persona: esto facilitará que

los estereotipos históricos que han padecido las enfermeras vayan desapareciendo y se produzca una mejora de su visión social.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Gestió de la demanda espontània. Barcelona: Generalitat de Catalunya, editor; 2009. p. 1-48.
2. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Gascón Ferret J, Gimenez Jordan L, Mateo Viladomat E, Pavón Rodríguez F, et al. Guia d'intervencions d'infermeria a problemes de salut d'adults. Castelldefels. 2013.
3. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013;69:2446-57.
4. Wilson J. *Thinking with concepts*. Cambridge: Cambridge University Press; 1963.
5. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario [Internet]. 2014 [consultado 7 feb 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=4CZgsSP>.
6. International Council of Nurses. Definición de enfermera [Internet]. 2015 [consultado 7 feb 2017]. Disponible en: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
7. DOGC. Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2013. pp. 1-4.
8. Paulik Ramson K, Dudjak L, August-Brady M, Stoltzfus J, Thomas P. Implementing an acuity-adaptable care model in a rural hospital setting. *J Nurs Adm*. 2013;43:455-60.
9. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14:61.
10. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurin E, Berlanga S, Galimany J, et al. A program of nurse management for unscheduled consultations of children with acute minor illnesses in primary care. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47:529-35.
11. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: A review of the international literature. *Br J Gen Pract*. 2003;53:53-9.
12. Laurant MG, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005.
13. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Br Med J*. 2002;324:819-23.
14. Sawchenko L, Fulton T, Gamroth L, Budgen C. Awareness and acceptance of the nurse practitioner role in one BC health authority. *Nurs Leadersh*. 2011;24:101-11.
15. Pirret AM, Neville SJ, La Grow SJ. Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: A comparative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:716-26.
16. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE n.º 108, de 6 de mayo de 2005. pp. 15480-15486.
17. Godlee F. What skills do doctors and nurses need? *Br Med J*. 2008;337(a 1772-).

18. Andregård A-C, Jangland E. The tortuous journey of introducing the Nurse Practitioner as a new member of the healthcare team: A meta-synthesis. *Scand J Caring Sci.* 2015;29:3-14.
19. Morales Asensio J. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas Enferm.* 2012;15:26-32.
20. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:1048-61.
21. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kakanani Uttumchandani S, Leon Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud.* 2015;53:290-307.
22. Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asensio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin.* 2015;25:267-75.

9.2. Empleo y resolución de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña. Vara Ortiz A, Fabrellas Padrés N, Guix Comellas E. Empleo y resolución de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña. Rol de Enfermería. Aceptado, en prensa.



Mejor revista de enfermería Premio UESCE

Sra. María Ángeles Vara Ortiz, Sra. Eva María Guix Comellas, Sra. Núria Fabrellas Padrés

Barcelona, 29 de junio de 2022

Apreciadas autoras:

Nos es grato informarles que el artículo registrado con el número 4561: “EMPLEO Y RESOLUCIÓN DE LA GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA EN CATALUÑA” ha sido considerado **publicable** por nuestro Comité Editorial.

En cuanto dicho artículo sea publicado, les enviaremos tres ejemplares de la revista.

Un artículo considerado **publicable** en Revista ROL de Enfermería, no puede ser enviado ni publicado en ningún otro medio, ya que Ediciones ROL S.L. pasa a ser titular del Copyright exclusivo del mismo, a todos los efectos de la comunidad científica. Revista ROL de Enfermería está indexada en los siguientes índices nacionales e internacionales: ESCI JOURNAL CITATION REPORTS, CINAHL, CUIDEN, LATINDEX, IBECS, DIALNET, WORLDCAT, MEDES, ENFISPO e IME. Publicar en Revista ROL de Enfermería implica estar reseñado en los índices bibliográficos mencionados.

Los trabajos publicables tienen un coste único de 350 euros.

Agradecemos su confianza y el esfuerzo personal que cada una de ustedes ha aportado a este proyecto y esperamos seguir contando con su colaboración.

Aprovechamos la ocasión para saludarles muy cordialmente y quedar a su disposición para cualquier aclaración complementaria que pudiesen precisar.

37693125N
JULIA MARTINEZ
(R: B08499469)

Firmado digitalmente por
37693125N JULIA
MARTINEZ (R: B08499469)
Fecha: 2022.06.29
11:49:38 +02'00'

Rogamos que, una vez firmada por todas las autoras, nos remitan copia de esta carta y comprobante de pago a: redaccion@e-rol.es

Leído y conformes,

MARIA
ANGELES
VARA ORTIZ
num:308436
oo

Signat digitalment per MARIA ANGELES
VARA ORTIZ / num:30843600
DN: cn=ES, st=CS - SAP BARCELONES
NORD | MAREME, o=(OC3)
BARCELONES NORD | MAREME /
BARCELONES NORD | MAREME /
/3902, ou=SENERALISTA,
#c=Colgado, title=ENFERMERA/NO,
sn=VARA ORTIZ, givenName=MARIA
_ANGELES, serialNumber=46807277,
cn=MARIA ANGELES VARA ORTIZ /
num:30843600,
email=vara.ma.ics@gencat.cat

Empleo y resolución de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña.

INTRODUCCIÓN

La atención a los procesos agudos leves por parte de las enfermeras de atención primaria está en expansión en el territorio español. En Cataluña, en el 2009, el Institut Català de la Salut (ICS) en respuesta a la necesidad de reordenar el sistema sanitario, implantó el programa “gestión enfermera de la demanda”(GED)¹. Este programa, teniendo en cuenta el Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud y la Orden del 6 de mayo de 1990 sobre el funcionamiento de los equipos de atención primaria (AP)², avala a las enfermeras a participar en la gestión de la demanda aguda como respuesta a un problema de salud agudo leve que requiere una resolución inmediata y preferente.

La GED consiste en la aplicación por parte de la enfermera de unos protocolos consensuados por expertos y basados en la evidencia científica, permitiéndole hacer la resolución completa de la visita. Se entiende como resolución a la atención prestada desde el inicio de la visita hasta su conclusión sin que ningún otro profesional intervenga en la atención del paciente. Estos protocolos incluyen los motivos de consulta, los criterios de inclusión y exclusión, las preguntas clave para hacer una buena anamnesis y exploración, el tratamiento farmacológico o no farmacológico y los consejos de salud.

Varios estudios han demostrado que la resolución por parte de enfermería y los índices de reconsulta por parte de los pacientes es efectiva y eficiente³⁻⁵. A pesar de ello, existe variabilidad de aplicación de la GED e incluso hay una heterogeneidad en la resolución de los diferentes motivos de consulta protocolizados^{6,7}. Por ello es conveniente la descripción del estado actual de la utilización de la GED en Cataluña, así como el análisis de los diferentes motivos de consulta y el alcance de éstos en la población catalana.

OBJETIVOS

Evaluar el grado de implantación y resolución de la GED en las diferentes gerencias territoriales del ICS. Describir los motivos de consulta protocolizados que las enfermeras resuelven más y los motivos de consulta protocolizados que resuelven menos.

MÉTODOS

Tipo de estudio:

Estudio observacional descriptivo transversal.

Ámbito y población de estudio

Estudio centrado en los datos obtenidos de todos los centros de atención primaria del ICS en relación con la aplicación de la GED. El ICS es la empresa pública de servicios de salud más grande de Cataluña, con casi 39.000 profesionales que prestan servicio a

casi seis millones de personas de todo el territorio. El ICS gestiona 283 equipos de atención primaria (EAP)⁸.

Recogida de datos

Para estudiar la resolución por parte de las enfermeras de atención primaria del ICS se utilizaron fuentes de datos secundarias. En este caso, se hizo una extracción de la plataforma informática *Longview*⁹ utilizada para el seguimiento de resultados por la dirección institucional y de los propios equipos. El periodo analizado ha sido desde el año 2018 al 2021.

VARIABLES Y ANÁLISIS DE DATOS

La variable principal de estudio fue la resolución de la GED. Además, se analizaron la actividad global de enfermería mediante el recuento de número de visitas y las visitas realizadas por la enfermera mediante la GED. Los motivos de consulta tanto de adultos como de pediatría también fueron incorporados, así como las tasas de visitas de GED por cada 1000 habitantes. Otra variable analizada fue el número de protocolos implementados en los equipos de atención primaria.

Se utilizó la estadística descriptiva y se presentaron los resultados en forma de proporción de casos válidos para las variables discretas y en forma de media para las variables continuas. Además, para medir la correlación entre dos variables como el número de protocolos implementados en los EAP y la tasa de visitas de GED por cada 1000 habitantes se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

La actividad enfermera global aumentó en casi 1,4 millones de visitas entre el año 2018 y el 2021, pasando de 12.292.832 a 13.692.808 visitas (figura 1). En el 2018, había un 11% de actividad GED sobre el total, mientras que en el 2019 hubo un incremento respecto al año anterior de un 2% llegando al 13%. En el 2020 se apreció un claro decremento a casi la mitad (7%) de actividad GED sobre el total de visitas debido a la pandemia de Covid-19. Durante la pandemia, la atención se centró exclusivamente en la atención a esta patología. Poco a poco, la actividad relacionada con otros problemas de salud se estabilizó. Aun así, en el 2021 la actividad GED aumentó respecto el año anterior pasando del 7% a un 9%, pero no llegó a las cifras de 2018.

La actividad GED en el territorio catalán muestra los incrementos o decrementos de la resolución en los 4 años analizados (figura 2). Las gerencias territoriales (GT) que tuvieron más incremento fueron las que inicialmente resolvían menos; por ejemplo, Tarragona que en 2018 resolvía un 25,02% de las consultas de GED, en el 2021 llegó a una resolución global del 50,65%, lo que significó un aumento de un 102,56%. En cambio, las GT que inicialmente tenían mejores resultados en la resolución de la GED como Terres de l'Ebre, pasó de un 55,33%, a un 51,78% decrementando en un 6,42%. Aun así, la variabilidad de resolución en 2021 en las diferentes GT era de un 50,68% de resolución mínima en la GT de Tarragona y de una resolución máxima de un 68,55% en la GT de Alt Pirineu-Arán. En general, hubo un incremento de resolución de un 40,47% entre 2018 y 2021.

Entrando en detalle de los protocolos incluidos en el programa, fueron: 36 protocolos para adultos y 24 para pediatría. La resolución de cada uno de ellos varió entre el 86 % y el 41%. Los protocolos con más resolución fueron las quemaduras (86%), anticoncepción (85%) y heridas (82%) y los que menos, los mareos (41%), urticarias (46%) y molestias en el ojo (47%). La resolución global media en adultos fue de un 63% (figura 3).

En relación a los protocolos de pediatría, los motivos que más se resolvieron en fueron, por ejemplo, los piojos (94%), la regurgitación (89%), el cólico del lactante (87%) y las quemaduras (87%). Los motivos que menos se resolvieron fueron la tos (53%), la fiebre (60%) o la piel atópica (65%). El porcentaje de resolución global para el total de las patologías fue de un 67%, además los motivos de consulta de pediatría tuvieron mayor resolución que los de adultos (figura 4).

Otros datos interesantes para valorar son los relacionados con el número de protocolos implementados en los EAP. Existe una correlación intermedia-fuerte de tipo directo entre los protocolos implementados y la tasa de visitas GED por cada 1000 personas ($r=0,65$ y $p\text{-valor}<0,05$). Por tanto, a más protocolos implementados, más personas atendidas por las enfermeras (figura 5).

DISCUSIÓN

El liderazgo de enfermería en la atención a procesos agudos en otros países está muy consolidado^{10,11}. La GED es una actividad establecida en las consultas de atención primaria. Pese a que el Covid-19 ha podido frenar su completa consolidación, el aumento de la resolución en el último año refleja una recuperación respecto al año anterior.

En 2005¹², una revisión sistemática concluía que no había diferencias en los resultados de salud cuando un usuario era visitado por un médico o por una enfermera. Otra revisión sistemática, relacionaba la accesibilidad del usuario al sistema sanitario a altos niveles de satisfacción¹³, debido a que la atención enfermera en los procesos agudos leves aumentaba la accesibilidad del usuario al sistema¹⁴. Además, la revisión sistemática de Barnett¹⁵, concluyó que la atención por parte de la enfermera a pacientes con procesos agudos leves se relacionaba positivamente con el acceso de los pacientes a la utilización de los servicios sanitarios, haciéndolo éste más sostenible. En consecuencia, los usuarios piensan que las enfermeras son más accesibles¹⁶, tal como demuestra nuestro estudio. Por tanto, si se implementa un mayor número de protocolos de GED en los EAP se aumentará la accesibilidad del usuario al sistema sanitario ganando en accesibilidad global y, por tanto, en satisfacción.

Por otra parte, Pirret¹⁷, demostró que no había diferencias entre el diagnóstico emitido por un médico o por una enfermera cuando se trataba de enfermedades agudas leves mostrando disminución de costes, manteniendo la misma seguridad y satisfacción del paciente, mostrando que el liderazgo de enfermería en la atención a procesos agudos leves era coste-efectivo.

Loivink et al¹⁸ sostienen que, para el liderazgo enfermero en las enfermedades agudas leves, se deben cumplir tres requisitos: 1/ dotación de enfermeras suficientes; 2/ adecuación de la legislación a la práctica y 3/ apoyo institucional. Los ratios de enfermería deberían aumentar. Según la OECD¹⁹ en España el ratio de enfermeras por 1000 habitantes es de 5,9, mientras que en Reino Unido es de 8,4 y 18 en países como Suiza o Noruega. A pesar de que la profesión enfermera ha ido evolucionando, los

aspectos legales para la prescripción no han evolucionado de la misma manera. Sin embargo, actualmente las enfermeras están autorizadas a dispensar medicamentos y productos sanitarios de uso humano²⁰, pero han habido varios vaivenes en esta legislación²¹, creando reticencias a prescribir por parte de algunas enfermeras²². Además, algunos protocolos de la GED acaban con una prescripción farmacológica que ha de validar el médico debido a que la enfermera no tiene potestad para prescribir ciertos productos no pudiendo dar la resolución completa del episodio²². Por último, el apoyo institucional debe acompañarse del apoyo del colectivo médico ya que comparten responsabilidad en el cuidado del paciente¹⁰. Por tanto, la creación de relaciones de colaboración con otros profesionales sanitarios y de la propia institución son fundamentales para el éxito de este programa¹¹.

La enfermera se muestra más resolutiva en aquellos motivos de consulta en los que históricamente han formado parte de su cartera de servicios como son las quemaduras, heridas, manejos de la sonda vesical, uñeros, siendo menos resolutiva en motivos de consulta que históricamente han sido resueltas por un médico como podrían ser la tos, la fiebre, mareos o urticaria. Aun así, las enfermeras consideran que han adquirido nuevas competencias, igual que se evidencia en el estudio de Laurant que evalúa la sustitución de enfermeras por médicos aunque éstas querían más y mejor formación²³. Creen que esto aumentaría sus competencias, su satisfacción laboral y su motivación, y que les haría mucho más independientes^{16,24}.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Las fortalezas de este estudio radican en la magnitud de los datos, ya que se incluyeron todos los EAP del ICS de toda Cataluña. Esto permite tener una trazabilidad de los equipos en cuanto a aplicación y resolución de manera que se puede describir el desarrollo de la GED en Cataluña.

Las limitaciones de este estudio residen en que los datos evaluados han sido recogidos con fines diferentes a los de este estudio, por tanto, podrían tener posibles sesgos derivados de ello. Para paliarlo se ha decidido utilizar los datos según los descriptores de los propios indicadores.

CONCLUSIONES

En conclusión, la GED está afianzada y con una gran resolución por parte de las enfermeras en los equipos de atención primaria de Cataluña. La pandemia por Covid-19, a pesar de que frenó su consolidación, actualmente, está progresivamente recuperándose. Además, la GED ayuda a tener más accesibilidad al sistema, mejora su sostenibilidad y potencia el rol autónomo de la enfermera aumentando así su visibilidad social.

Implicaciones para la práctica:

Analizar los resultados de los últimos años en referencia a la aplicación de la GED permite establecer acciones de mejora para acabar de afianzarla especialmente en aquellos territorios de Catalunya con más dificultades. Además, una vez evaluada la correlación entre el número de protocolos implantados y el número de usuarios atendidos por la enfermera, se recomendaría ampliar la implementación del máximo número de protocolos para lograr un mayor alcance del programa en los usuarios aumentando la accesibilidad al sistema y mejorando los costes.

Analizar el grado de resolución de cada motivo de consulta ha permitido evidenciar cuáles de ellos tienen más margen de mejora. Como línea de trabajo futura se podrían analizar las causas de la baja resolución en algunos equipos o en algunos motivos de consulta o incluso plantear acciones formativas en los motivos con menos resolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grup de treball de la gestió de la demanda. Gestió de la demanda espontània. Generalitat de Catalunya, editor. Institut Català de la Salut; 2009. 1-48 p.
2. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado; 1984 p. 2627-9.
3. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of «same day» consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1811-6.
4. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):61.
5. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurin E, Berlanga S, Galimany J, et al. A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(6):529-35.
6. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implementation of nurse demand management in primary health care service providers in Catalonia. *Atención Primaria*. 2017;49(9):518-24.
7. Román-baquero J, Redondo-collado D. Resolución enfermera de los procesos leves autolimitados en atención primaria: estudio descriptivo. *Atención Primaria*. 2022;54.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Memòria 2019 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://ics.gencat.cat/ca/lics/memories-dactivitat/memoria-de-lics-2019/>
9. Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària. Longview. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2022.
10. Lovink MH, van Vught A, Persoon A, Koopmans R, Laurant MGH, Schoonhoven L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Heal Sci*. 2019;21(3):282-90.
11. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2020;104:103443.
12. Laurant MG, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. The Cochrane database of systematic reviews. 2005.
13. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Br Med J*. 6 de abril de 2002;324(7341):819-23.
14. Calvet Tort G, Amat Camats G, Martín Martín S. Gestión enfermera de la demanda : análisis de la situación actual y diferentes modelos organizativos. *AMF*. 2021;17(1):42-7.
15. Barnett M, Balkissoon C, Sandhu J. The level of quality care nurse practitioners

- provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2022;34(3):457-64.
16. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(4).
 17. Pirret AM, Neville SJ, La Grow SJ. Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: a comparative study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(3):716-26.
 18. Lovink MH, Persoon A, Koopmans RTCM, Van Vught AJAH, Schoonhoven L, Laurant MGH. Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *J Adv Nurs.* 2017;73(9):2084-102.
 19. Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. Health resources. *Nurses.* 2020.
 20. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfer. *Boletín Oficial del Estado;* 2018 p. 102636-43.
 21. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. *Boletín Oficial del Estado;* 2015 p. 121483-98.
 22. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-Del-Olmo E, Rascon-Hernan C, Homs-Romero E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nurs Heal Sci.* 2017;19(3):373-80.
 23. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7.
 24. Hämel K, Toso BRG de O, Casanova A, Giovanella L. Advanced practice nursing in primary health care in the spanish national health system. *Cienc e Saude Coletiva.* 2020;25(1):303-14.

9.3. Experience of primary care nurses applying nurse-led management of patients with acute minor illnesses. Vara Ortiz A, Marcos Alonso S Fabrellas Padrés N. Revista International Journal of Nursing Practice. Enviado. En revisión.

International Journal of Nursing Practice
Original Research

Experience of primary care nurses applying nurse-led management of patients with acute minor illnesses

Submission Status	Under Review (Revision 1)	This submission is under consideration and cannot be edited. Further instructions will be emailed to you from ScholarOne. View Submission Overview
Manuscript ID	IJNP-2022-00568.R1	
Revised On	25 August 2022 by Maria Ortiz	
Submitted On	19 July 2022 by Maria Ortiz	

International Nursing Review
Original Article

Experience of primary care nurses applying nurse-led management of patients with acute minor illnesses

Submission Status	Rejected	Learn about what to do if your manuscript was rejected. View Submission Overview
Manuscript ID	INR-2022-0187	
Rejected On	10 July 2022 by Editorial Office	
Submitted On	17 May 2022 by Maria Ortiz	

TITLE: Experience of primary care nurses applying nurse-led management of patients with acute minor illnesses

ABSTRACT

Aim: To understand the experience of nurses regarding the application of nurse-led management in patients with acute minor illnesses.

Background: Nursing leadership in users with acute minor illnesses is a new challenge faced by nurses in Spain.

Design: Qualitative, hermeneutical, interpretive phenomenological approach. COREQ was applied.

Methods: Twenty primary care nurses participated; three focus group discussions and nine semi-structured interviews were conducted between November 2019 and October 2020. All the focus group discussions and interviews were recorded, transcribed verbatim and analyzed using content analysis.

Results: Seven main themes emerged from the focus group discussions and interviews: concept, perception of the other actors, practice, history and social context, competencies, training, and legality.

Conclusion: The study shows the diversity and complexity of nurses' experience when applying nurse-led in acute minor illnesses. This work has helped to show the gaps perceived by nurses, such as the lack of training in the resolution of diseases historically attended by physicians or the lack of definition of the legal framework **and limitations on nurse prescription**. It has also highlighted the power of the nursing profession in terms of autonomy, competencies, and role expansion.

SUMMARY STATEMENT

What is already known about this topic?

- Nurse-led management in patients with acute minor illnesses is being applied in different countries.
- Nurse-led management in patients with acute minor illnesses is known to have benefits for both the patient and the system.
- Nurses' perceptions of applying Nurse-led management in patient with acute minor illnesses are not known and will allow the detection of drivers and barriers

What this paper adds:

- The concept of nurse-led management in patients with acute minor illnesses, needs to be clarified to avoid confusion with triage or advanced triage.
- There's a perception that this topic is not properly covered in the university studies and that there's a lack of ongoing training
- nurses' express doubts when they prescribe, since they have been able to do so autonomously for a short time.

The implications of this paper:

- Users accept the Nurse-led because they appreciate the anamnesis, physical examination, health education and accessibility provided by the nurse.
- University curriculum needs to be reformed and adapted to the training needs of the new roles. In addition, it is necessary to offer continuous education, especially about pathologies that were historically handled by a physician.

- National regulations are needed at a national level to enable this practice without dependence on other professionals.

KEYWORDS

Acute minor illnesses, hermeneutic phenomenology, qualitative study, nursing, primary care nurses, nurse-led, perception of nurses, Spain.

MAIN TEXT

Introduction

The Primary health care system (PHC) in Spain is public and is distributed throughout the territory in PHC centers, which offer basic primary care, such as medical visits, preventive activities, promotion of healthy habits, health advice, and care of chronic and urgent diseases (Hämel et al., 2020). PHC has evolved over time. **Nurse-led for acute minor illnesses (NLAMI) emerged in 2009 addressing the need to reorganize the healthcare system during the global economic crisis (Lopez-Valcarcel & Barber, 2017).** The aim is to enable nurses to provide a complete consultation for acute minor illnesses, following protocols based on scientific evidence and agreed by experts. These protocols include the reasons for consultation, how to perform the anamnesis, exclusion criteria, how to establish pharmacological or non-pharmacological treatment and health advice (Fabrellas et al., 2013).

This nurse-led can be applied because the role of nurses has evolved to become more autonomous as their training and competencies have increased (Vara & Fabrellas, 2019). As a result, nurses can take on user demands that until now were only seen by physicians, when they are acute minor illnesses (Iglesias et al., 2013). **Studies show that nurses can resolve an average of 61.8% to 73.3% of adult cases and 75.6% of pediatric cases. Return to consultation rates were low, between 2.4 and 4.6% (Brugués et al., 2016; Fabrellas et al., 2015, 2013, 2011).**

NLAMI is implemented throughout Spain, but its concepts and application differ between countries and centers (Brugués et al., 2017). Some professionals misunderstand NLAMI as triage, applying only clinical risk management, and do not take into account their broad concept which involves life-long follow up, including care in health and illness (Vara & Fabrellas, 2019).

However, NLAMI is not free of controversy. There was a reluctance on the part of some professionals: nurses themselves, seeing their role as overlapping with that of physicians or having resistance to the evolution towards more advanced roles (Hudspeth & Klein, 2019). The same may have occurred when their scope of responsibility was expanded, due to a lack of legal coverage, conceptual or ethical issues. **Another important problem has been the regulation of nurse prescribing in Spain. Regulations until 2009 prohibited nurses from prescribing any type of medication (Romero-Collado et al., 2017). In 2015, nurse prescribing was authorized even though certification of the training was pending. But, at the end of the same year, there was a new modification of the law. This law subordinated the nurse's activity to the supervision of the physician, who was responsible for diagnosing and issuing prescriptions, taking a step backwards in the development of nurse prescription in Spain. Finally, at the end of 2018, the official resolution was published regulating the indication, use and authorization of medicines and health products for human use by nurses (Gómez León, Rincón Elvira, & Duque Delgado, 2020). It has gradually been implemented and is still in the expansion phase. Although progress has been made, we are still far from other countries as UK or USA that endorse nurse diagnoses and independent prescription (Mitchell & Pearce, 2021; Muench et al., 2021; Saunders, 2021). The implementation of nurse prescription is important in the NLAMI. It allows to apply the protocol in a finalist way, that is, performing the whole visit, from the anamnesis and examination to the clinical diagnosis and pharmacological prescription in a totally autonomous way.**

Knowing nurses' perceptions when applying NLAMI will allow us to determine their satisfaction and the most controversial aspects to reinforce strengths and define weaknesses for the implementation of future improvements.

Methods

Aim

The objective of the study was to determine the experience of the application of nurse-led for patients with acute minor illnesses by PHC nurses in Catalonia (Spain).

Design

Phenomenological study according to Heidegger's hermeneutics (Heidegger, 1996). COREQ was applied in this study.

Sample/Participants

The setting for the research was PHC in the public health system in Catalonia. The area was Vallès Oriental, which serves 400,325 people in 26 PHC centers. This includes 237 nurses. The sampling was non-probabilistic of a theoretical type of typical cases. The characteristics of the sample were nurses who had worked in PHC for a minimum of two years. Segmentation variables were age, contractual situation, and NLAMI training. Eight typical profiles were defined, resulting from the combination of all possible variables: age (equal to or above/under 40 years), contract (permanent/interim) and NLAMI training (trained/not trained). Not enough volunteers were obtained from all groups, especially from the group of professionals aged <under 40 years and with permanent contracts. Participant details are shown in table 1.

Recruitment was through the institutional managers via mail. The participants contacted the principal investigator, and the project and informed consent were explained. The sample size was decided by data saturation and recruitment ended when no new themes emerged.

Data Collection

To obtain information, three focus group discussions (FGDs) and nine in-depth interviews were conducted between November 2019 and October 2020. **The FGDs included a moderator and an observer with previous experience in conducting FGDs and interviews.** The moderator was an RN and MSc. She worked in that time as a nurse manager in another geographic area so as not to have bias in the results. She also explained to the participants that she was a researcher at the University of Barcelona. Some participants knew the moderator and her desire to conduct the research. The observer had no previous relationship with the participants.

Some of the invited participants to the FGD's did not attend the sessions, reporting work problems. The final number of participants were 8, 5, and 6 respectively. The duration of the FGDs was 88, 89 and 80 minutes. Sessions were held in meeting rooms of three PHC. At the end, the moderator and observer commented on their impressions and made notes in the field diary. Initially, eight interviews were planned, one for each typical profile defined, but one participant was added as we considered it interesting to add a participant with less tenure in primary care. Three interviews were conducted in person and six online due to Covid-19 restrictions. They ranged in length from 75 - 30 minutes and were conducted in Spanish or Catalan, depending on the preferred language of each participant. Both FGDs and interviews ensured data saturation. The guidelines for the FGDs and in-depth interviews are shown in table 2.

They were audio-recorded with prior consent and transcribed. Subsequently were validated by participants. For this publication, the participants' quotations have been translated into English, following their original style as much as possible.

Ethical Considerations

Ethical approval was obtained from the University Institute Foundation for Primary Health Care Research Jordi Gol I Gurina (IDIAPJGol) ethics committee with code P18/096.

Ethical criteria were considered in all phases of the research. The participant information sheet and informed consent form were provided to all participants. The confidentiality, privacy and anonymity of the participants were guaranteed. **The names of the participants were pseudonymized and were presented as fictitious names in the results.**

Data Analysis

A content analysis was performed. To analyze the data, the information obtained was organized and synthesized. The analysis consisted of 3 steps: division of the data (transcriptions) into minimum units (coding). Sorting and grouping of these units (categorization). Finally, data extraction and contextualization (Wertz et al., 2012). ATLAS.ti version 8.4.5 was used for data management.

Validity and Reliability

The criteria of rigor followed were reliability, authenticity, and triangulation. The quality criteria used were epistemological adequacy, relevance, validity, and reflexivity. The criteria applied to the study can be consulted in table 3.

Results

Initially, thirty-two predefined categories were created. New categories were added as the analysis was conducted. Finally, forty categories were identified (See table 4). Seven themes emerged because of the co-occurrence of codes and grouping of categories. The themes were: concept, perception of other actors, practice, history and social context, competencies, and training and legality. See coding tree in table 5.

The study is framed within the constructivist theory of Guba and Lincoln (2002). Following this theory nurses' experience is explained in 7 major themes:

1. Concept about NLAMI.
Nurses have very different views of what NLAMI is. Some perceive NLAMI as the response offered from nursing leadership to an acute user demand: *"the way you have to manage and solve the acute demand of patients in an acute situation, into your autonomous role"* (Berta). Some understand NLAMI as the prioritization of patient entry into the physician's office, applying a clinical risk assessment: *"the first step when a user comes to the center. It is like triage"* (Paula).
2. Perception of the different stakeholders
The experience of application also involves the experience with the different actors in the NLAMI process, such as administrative staff, physicians, and users. Nurses agreed that the administrative staff would need more in-depth training so that they would send the appropriate demand to nurses, making NLAMI function optimal: *"more training for administrative staff would represent a significant improvement"* (Diana).
In reference to physicians, there was more controversy. In general, nurses felt supported by the physician *"The physician feel that I am qualified to do this work"*, (Paula). On some occasions, nurses felt questioned when they did not resolve the process: *"physicians sometimes consider that the patient I send them is something that I should solve and that makes me feel questioned"* (Amanda).
As for the user's opinion, they agreed that acceptance was good, since patients appreciated the reduction in waiting time for visits, the time dedicated to the anamnesis, examination and to health education: *"in the nursing visit you spend much more time explaining, doing health education and a very complete anamnesis"*, (Esther). In some cases, they reported that the user did not want to visit nurses related with historical context and the lack of knowledge of how the system works: *"they are surprised because they are not used to seeing nurses, especially young healthy patients"* (Berta).
3. Praxis
Nurses regretted the treatment proposed by physicians: *"protocols are not always followed by the doctors. For the same disease, the treatment is not the same if the patient has been attended by a nurse or by a physician"* (Iris); This happens because, when nurses perform NLAMI and have to write a prescription, if the treatment cannot be prescribed autonomously by nurses, it has to be validated by the physician who sometimes does not agree with the treatment proposed by the

protocol. Some of them justified the reluctance of physicians to validate the medication proposed by nurses, since, if nurses try resolve the visit and need to prescribe, for instance, and antibiotic, physicians have to validate the prescription from their consultation screen without visiting the patient *"the doctor is validating my prescription without having explored the patient and I understand that they do not want to do so because it is their responsibility"* (Natalia).

4. History and social context

Many nurses consider that NLAMI was something new in the sense that it has been given a name and new competencies had been recognized, but: *"in the past there were many of the reasons are now protocolized in NLAMI and we solve it being finalist of the process"* (Rosa), understanding finalist as a person who attends to all the user's demands without referring to other professionals, even prescribing health recommendations or pharmacological treatment *"even you wrote the prescriptions when we had check books"* (Rosa).

Many users were unaware of the system and did not know that nurses were part of the team that looked after their health: *"there are users who do not know us. But I think it is due to a lack of knowledge"* (Paula). Participants were confident that cultural change would take place: *"one day the patient will be seen by nurses and will accept"* (Helena).

There were controversial experiences that related the poor development of the profession, with certain political or economic influences: *"apart from the political level, there are other influential forces such as the college of medicine, pharmacy, etc. I remember reading a study that nursing prescribed less or cured more without so much medication. So, maybe it is not in their interest to spend less?"*(Iris). Some participants even related the lack of progress in the role to gender aspects: *"it is mainly a women's profession and in general it has been devalued"* (Iris).

5. Competencies

Some participants were suspicious about the origin of this evolution of the role: *"the increase in competencies is related to the interest in increasing them because we have the capacity or are they simply maneuvers to get us to work more"* (Iris). Others linked the evolution of nursing competencies to the level of studies: *"we have gone from being technics to being PhDs"* (Marga). When asked about whether they were competent to apply NLAMI, the responses were antagonistic. On the one hand, there were participants who believed that *"we have a degree that gives us that competence"* (Paula). On the other hand, others did not believe that they had the competence for NLAMI because they *"lacked training"* (Carlos) or linked the reason for consulting to competence: *"there are reasons that are nurse competencies and there are other reasons that are not"* (Francisca). Others linked competence to legality: *"without legality there is no competence"* (Amanda). They also related competence to experience: *"experience is competence"* (Berta).

6. Training

The continuous demand for training was common to all interviewees and focus group members. Nurses were critical of the implementation of NLAMI without the necessary training: *"We started to do NLAMI without training"* (Natalia).

There was no consensus on who should provide this training: the university or the health system. The participants who related NLAMI to a *"new competence for nursing"* (Sara) considered that it should be recognized by the university and include training in the undergraduate curriculum: *"it should be offered by the nursing schools"* (Paula).

The participants stated that training differ according to the different reasons for NLAMI. Reasons more related to nursing care, such as cures, did not require as much training. It had been studied at university and nurses are in continuous training: *"we have training taught at university and not all reasons for consultation require the same training"* (Paula). On the other hand, they

considered they did not have sufficient training in reasons that were historically resolved by physicians: fever, cough, red eye, etc. They all agreed that they had no or insufficient training in pulmonary auscultation, or neurological or abdominal examination *"nobody taught me to palpate an abdomen or to auscultate in my degree"* (Natalia).

7. Legal concerns

With respect to legal concerns: *"The fear of incurring in illegality is the most prevalent"* (Amanda), affirmed most people interviewed. This lack of knowledge about legislative definitions influences nurses when applying and resolving NLAMI. Most interviewees did not know whether they were legally covered when applying NLAMI: *"we do not know how far we are legally covered by a specific protocol"* (Amanda). In addition, they felt that *"our competencies have increased, but not the law"* (Queralt).

During the interviews, a significant lack of knowledge of the legal scope of the application of the NLAMI was observed. In some centers, nurses refused for some time to apply NLAMI *"we met the managers and said that, if we were not legal, we refused to do it. And we refused for a long time"* (Carlos).

In addition, without legality, in some cases is not possible to resolve the visit *"I cannot end the protocol when I have to take sick leave or write a prescription because it has to be validated by the physician"* (Natalia).

Discussion

Concept about NLAMI.

There is a confusion about what NLAMI is. There are advanced triage models led by nurses usually in hospitals. This triage consists of the application of protocols nurse nurses initiating a diagnostic or therapeutic action before the physician visits the user (Soster et al., 2022). The advantage is that the waiting time is reduced and the diagnostic time is shortened (Ingram, 2020; Moxham & McMahon-Parkes, 2020). This triage could be assimilated to NLAMI, but NLAMI also includes full autonomous resolution by the nurse (Vara Ortiz & Fabrellas Padrés, 2019). Therefore, the concept of what NLAMI is needs to be clarified for proper application.

Perception of the Different Stakeholders

NLAMI has been implemented and studied in several countries. A Cochrane review (Laurant et al., 2005) evaluated the impact of physician-nurse substitution in PHC and concluded that correctly trained nurses could provide quality care in the same way as a physician, achieving good health outcomes. Nurses interviewed agreed that users are more satisfied when seen by nurses, who make a longer anamnesis and offers more health education than physicians. These perceptions coincide with other studies (Roche et al., 2017). A systematic review concluded that patient satisfaction was greater when they had been seen by nurses, with no differences in health outcomes (Randall et al., 2017). A New Zealand study (Pirret et al., 2015) found no significant differences between diagnosis by a physician or a nurse.

Most participants believe they are qualified to carry out NLAMI. In addition, they say that physicians have been a key factor in terms of training. In some countries, when training advanced practice nurses, they appoint a medical mentor to assist them (Mundy & Pow, 2021).

Praxis

Nurses report that protocols are not followed in the same way by physicians and nurses and that there is variability between professionals. A Swedish study showed that both nurses and physicians adhered to clinical guidelines without differences (Gröndall, et al., 2015). Another study identified as a barrier that Danish nurses did not have full prescribing authority, forcing the physician to validate a prescription without having seen the patient (Katharina, Lykkegaard, & Kolding, 2018). Until recently, prescribing was associated only to physicians. Countries such as

the United States of America or Canada have a tradition of independent prescribing. In Europe the role of nurses has expanded over the last decade with new regulations on prescribing rights (Maier, 2019). Although there are still countries such as Spain that are far from independent prescribing (Romero-Collado et al., 2017).

History and social context

The socioeconomic context of the country, together with the lack of physicians, the lack of communication at the time of implementation and the ambiguous messages from professional associations, have given rise to many doubts among nurses, presenting barriers to acceptance NLAMI as found by a systematic review (Karimi-Shahanjarini et al., 2019). Other drawbacks have been the question of why the autonomous role of nurses has not fully evolved to provide a complete resolution of the reasons for consultation, such as signing temporary disability or, until very recently, writing a prescription. This may respond to political interests or to nursing being historically dependent on other healthcare professionals or even to being a feminized profession (Elliott, 2017).

Broadly, nurses see an opportunity in the program, as they believe it will give visibility to the profession (Torrens et al., 2020). In fact, they commented that patients, at the beginning were reluctant to have a nurse attending them, but they saw a change in attitude. Therefore, establishing communication with patients so that they recognize this role of nurses will create a relationship of trust necessary for quality care (Leslie & Lonneman, 2016).

Competencies

The International Council of Nurses [ICN], (2009 p.5) defines nursing competence as a level of performance that demonstrates the effective application of knowledge, skills and judgment. However, the theory of progressive practice, according to Patricia Benner, shows the differences in nursing competencies when faced with the same clinical episode, according to the degree of acquired skill, reflective analysis and clinical judgment (Ozdemir, 2019). Nurses participating in the study were unaware of the competency framework published by their nursing college and that of the health system. In other study, also asked about nursing competence and the answer was widely debated, not reaching a clear consensus (Cooper & Lidster, 2021).

During the interviews, controversy arose as to whether NLAMI was considered a nursing competence. Those in favor of considered it was, and those against argued they were engaging in intrusiveness with other health professions. In similar studies, some participants were reluctant to resolve the case, as they considered that diagnosis was the competence of physicians (Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Cooper & Lidster, 2021)

As nursing roles expand and competencies border on those of physicians, interprofessional tensions arise and these blurred boundaries continue to be challenges to resolve, but there is increasing evidence from studies that physicians support the advanced nurse role (Barlow et al., 2018; Mundy & Pow, 2021)

Developing and publicizing them would result in benefits in quality of care, sustainability and satisfaction for nurses and users (Valizadeh et al., 2019). It would be interesting to analyze other countries that have recognized advanced practice nurses, since it has been shown that their inclusion in multidisciplinary teams benefits users (Bonham & Kwasky, 2021; Hill et al., 2021)

Training

All participating nurses considered they lack training at university level. Physical examination causes the most insecurity and they demanded more training in the respiratory, abdominal, and neurological examination, as found by a systematic review that showed that nurses demand more training and were more comfortable with nurses habitual tasks such as prevention and promotion of health care (Torrens et al., 2020).

However, not all NLAMI need specific training, since there are some reasons for consultation that are common practice in nursing services, such as wounds, burns or infant colic. A Cochrane review found evidence of this concern related to a lack of a training base, especially when it comes to diagnosis and treatment in diseases usually resolved by doctors (Laurant et al., 2005). One proposal, in addition to encouraging classroom training, would be to promote training based on simulations in both university and clinical settings, which would increase knowledge and confidence (Cole et al., 2021)

Legal Concerns

The fear of incurring in illegality was the most generalized. A Spanish study surveyed physicians, 91.3% of whom felt legal pressure and 88.7% stated they acted under the threat of legal action. In addition, 96.1% expressed the need to strengthen their medical-legal training (Perea-Pérez et al., 2021). This situation seems to be like that perceived by nurses.

Current regulations for prescription in Spain have been confusing and interpretative, causing confusion among nurses, who have adopted a defensive attitude to apply it (Brugués Brugués et al., 2017; Torrens et al., 2020).

Knowledge of the legal framework is a key element in providing security to nurses and thus guaranteeing an application without the legal threats (Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

Conclusions

Nurses have a conceptual confusion of what NLAMI is. That causes it to be applied as a triage, applying only a risk priority criterion without ever fully resolving the consultation autonomously. In addition, to provide full resolution, a regulation of fully autonomous prescribing rather than the current partial prescription regulation is required.

The users accept the application of the NLAMI by the nurse, appreciating the anamnesis, physical examination, and health education given by the nurse, and also the reduction of the waiting time.

Nurses associate the implementation of NLAMI to increased competencies, but they point out that they lack training both during the college studies and, afterwards, with continuous training in consultation areas that historically were visited by a physician. Finally, to have an autonomous and safe practice, they need to increase legal coverage and adapt it to the scope of practice.

Implications for Nursing Management

This study contributes to understanding the experience of nurses when applying nursing leadership in patients with mild acute illnesses in Spain. Understanding its drivers and barriers can promote actions such as a reform of the university curriculum or the establishment of continuous education programs that include physical examination practices. In addition, it is necessary to promote regulations at the national level, as has already been done in other countries, to allow this practice to be carried out without dependence on other professionals. This is the only way to ensure improvement in the profession, in the healthcare system and in society.

References

- Barlow, N. A., Hargreaves, J., & Gillibrand, W. P. (2018). Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice. *Nursing Ethics, 25*(2). <https://doi.org/10.1177/0969733017703700>
- Bonham, E., & Kwasky, A. (2021). Caring for the Mental Health of Youth and Families: What is the Role of the Psychiatric Mental Health Advanced Practice Nurse? *Clinical Nurse Specialist, 35*(5), 246-252. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000620>
- Brugués, A., Peris, A., Pavón, F., Mateo, E., Gascón, J., & Mateo, F. (2016). Evaluation of Nurse Demand Management in Primary Care. *Atención Primaria, 48*(3), 2-8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.014>
- Brugués Brugués, A., Cubells Asensio, I., & Flores Mateo, G. (2017). Implementation of nurse demand management in primary health care service providers in Catalonia. *Atención Primaria, 49*(9), 518-524. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.012>
- Cole, L., Boss, L., Fowler, D., & Cheatham, L. (2021). Using Leadership Simulation Scenarios With Graduate Nursing Learners to Support Frontline Nurse Leader Competency Development. *Nurse Leader, 19*(4), 405-410. <https://doi.org/10.1016/J.MNL.2020.08.012>
- Cooper, J., & Lidster, J. (2021). Perceptions of competency in advanced clinical practice. *British Journal of Nursing, 30*(14), 852-856. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.14.852>
- Elliott, C. (2017). Emotional labour: learning from the past, understanding the present. *British Journal of Nursing, 26*(19), 1070-1077. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.19.1070>
- Fabrellas, N., Juvé, E., Solà, M., Aurín, E., Berlanga, S., Galimany, J., ... Torres, M. (2015). A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *Journal of Nursing Scholarship, 47*(6), 529-535. <https://doi.org/10.1111/jnu.12169>
- Fabrellas, N., Sánchez, C., Juvé, E., Aurin, E., Monserrat, D., Casanovas, E., & Urrea, M. (2013). A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Family Practice, 14*(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-61>
- Fabrellas, N., Vidal, A., Amat, G., Lejardi, Y., del Puig Deulofeu, M., & Buendia, C. (2011). Nurse management of «same day» consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *Journal of advanced nursing, 67*(8), 1811-1816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05624.x>
- Gómez León, V. E., Rincón Elvira, E. E., & Duque Delgado, L. (2020). Development and current status of the nurse prescription in Spain. *Hygia de enfermería, 29*-38.
- Gröndall, H., Hedin, K., Strandberg, E., André, M., & Brorsson, A. (2015). Near-patient tests and the clinical gaze in decision-making of Swedish GPs not following current guidelines for sore throat—a qualitative interview study. *BMC Family Practice, 16*(81).
- Hämel, K., Toso, B. R. G. de O., Casanova, A., & Giovanella, L. (2020). Advanced practice nursing in primary health care in the Spanish national health system. *Ciencia e Saude Coletiva, 25*(1), 303-314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>
- Heidegger, M. (1996). *Being and time*. (D. Schmidt, Ed.). Albany: State University of New York Press.
- Hill, B., Diamond-Fox, S., & Mitchell, A. (2021). The changing context of advanced practice nursing within the UK community care setting. *British Journal of Community Nursing, 26*(12), 581-586. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.12.581>
- Hudspeth, R. S., & Klein, T. A. (2019). Understanding nurse practitioner scope of practice: Regulatory, practice, and employment perspectives now and for the future. *Journal of American Association of Nurse Practitioners, 31*(8), 468-473.

- <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000268>.
- Iglesias, B., Ramos, F., Serrano, B., Fàbregas, M., Sánchez, C., García, M. J., ... Esgueva, N. (2013). A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2446-2457. <https://doi.org/10.1111/jan.12120>
- Ingram, S. (2020). 38 Transforming post triage assessment of chest pain in a busy emergency department (ED), from ED doctor to advanced nurse practitioner (ANP) direct; the impact on patient experience times (PET). *BMJ*, 106(Suppl 4), 2020. <https://doi.org/http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1136/heartjnl-2020-ICS.38>
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., ... Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2>
- Katharina, J., Lykkegaard, J., & Kolding, J. (2018). Danish GPs' and practice nurses' management of acute sore throat and adherence to guidelines. *Family Practice*, 36(2), 192-198. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy059>
- Laurant, M. G., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). *Substitution of doctors by nurses in primary care. The Cochrane database of systematic reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2>
- Leslie, J. L., & Lonneman, W. (2016). Promoting Trust in the Registered Nurse-Patient Relationship. *Home Healthc Now*, 34(1), 38-42. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000322>.
- Lopez-Valcarcel, B. G., & Barber, P. (2017). Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(1), 13-21. <https://doi.org/10.1007/s40258-016-0263-0>
- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
- Mitchell, A., & Pearce, R. (2021). Prescribing practice: an overview of the principles. *British Journal of Nursing*, 30(17), 1016-1022. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511841712.004>
- Moxham, L., & McMahon-Parkes, K. (2020). An evaluation of the impact of advanced nurse practitioner triage and clinical intervention for medically expected patients referred to an acute National Health Service hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3679-3686. <https://doi.org/10.1111/jocn.15392>
- Muench, U., Whaley, C., Coffman, J., & Spetz, J. (2021). Scope-of-Practice for Nurse Practitioners and Adherence to Medications for Chronic Illness in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 36(2), 478-486. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05963-3>
- Mundy, J., & Pow, J. (2021). General practice nurses' experiences of participation in an advanced nursing practice education programme. *British Journal of Nursing*, 30(16), 964-969. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.16.964>
- Ozdemir, N. G. (2019). The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1279-1285.
- Perea-Pérez, B., Garrote Díaz, J. M., Hernández Gil, Á., Martínez Hernández, S., García Martín, Á. F., & Santiago-Sáez, A. (2021). Defensive medicine in hospital emergency services. *Revista Española de Salud Pública*, 95, 1-10.
- Pirret, A. M., Neville, S. J., & La Grow, S. J. (2015). Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: a

- comparative study. *International journal of nursing studies*, 52(3), 716-726.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.009>
- Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J., & Betihavas, V. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 73(March), 24-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>
- Roche, T. E., Gardner, G., & Jack, L. (2017). The effectiveness of emergency nurse practitioner service in the management of patients presenting to rural hospitals with chest pain : a multisite prospective longitudinal nested cohort study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2395-9>
- Romero-Collado, A., Raurell-Torreda, M., Zabaleta-Del-Olmo, E., Rascon-Hernan, C., & Homs-Romero, E. (2017). Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nursing and Health Sciences*, 19(3), 373-380. <https://doi.org/10.1111/nhs.12355>
- Rouleau, G., Gagnon, M.-P., Côté, J., Richard, L., Chicoine, G., & Pelletier, J. (2021). Virtual patient simulation to improve nurses' relational skills in a continuing education context: A convergent mixed methods study. *BMC Nursing*, 1, 1-17. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-43757/v1>
- Saunders, M. M. (2021). Informing and Supporting the New Clinical Nurse Specialist Prescriber. *Advanced Critical Care*, 32(404-414). <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021869>
- Soster, C. B., Anschau, F., Rodrigues, N. H., Silva, L. G. A. da, & Klafke, A. (2022). Advanced triage protocols in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30(e3511). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>
- Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., ... Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Eskandari, M., & Alizadeh, S. (2019). Professional Competence in Nursing: A Hybrid Concept Analysis. *Medical - Surgical Nursing Journal*, 8(2). <https://doi.org/10.5812/msnj.90580>
- Vara Ortiz, M. Á., & Fabrellas Padrés, N. (2019). Concept analysis: Nurse demand management. *Atención Primaria*, 51(4), 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.011>
- Wertz, F. J., Charmaz, K., McMullen, L., Josselson, R., Anderson, R., & McSpadden, E. (2012). Five ways of doing qualitative analysis: Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 136-139. <https://doi.org/10.1163/156916212x632989>

9.4. Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la Gestión Enfermera de la Demanda. Vara Ortiz A, Fabrellas Padrés N. Revista Atención Primaria. Enviado. En revisión.

Atencion Primaria <em@editorialmanager.com>

Mié 27/07/2022 11:11

Para: María Ángeles Vara Ortiz

This is an automated message.

Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña.

Dear Mrs Vara Ortiz,

We have received the above referenced manuscript you submitted to Atención Primaria.

To track the status of your manuscript, please log in as an author at <https://www.editorialmanager.com/aprim/>, and navigate to the "Submissions Being Processed" folder.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,
Atención Primaria

Atencion Primaria <em@editorialmanager.com>

Para: Usted

This is an automated message.

Manuscript Number: APRIM-D-22-00202

Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña.

Dear Mrs Vara Ortiz,

Your above referenced submission has been assigned a manuscript number: APRIM-D-22-00202.

To track the status of your manuscript, please log in as an author at <https://www.editorialmanager.com/aprim/>, and navigate to the "Submissions Being Processed" folder.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,
Atención Primaria

← Manuscritos en proceso de tratamiento del autor

Página: 1 de 1 (total de 1 manuscritos)

Mostrar 10 resultados por página.

Acción	Número del manuscrito	Título	Fecha inicial de envío	Fecha de estado	Estado actual
Vinculos	APRIM-D-22-00202	Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña.	Aug 22, 2022	Aug 31, 2022	Under Review

Página: 1 de 1 (total de 1 manuscritos)

Mostrar 10 resultados por página.

AP Atencion Primaria <em@editorialmanager.com>
Para: Usted

Estimado/a Mrs Vara Ortiz:

El equipo editorial de Atención Primaria ha evaluado el manuscrito "Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la Gestión Enfermera de la Demanda en Cataluña." (Ref. APRIM-D-22-00202) y considera que puede ser aceptado para publicación en la revista, siempre que se tengan en cuenta las recomendaciones de los evaluadores externos.

Puede encontrar estos comentarios y enviar la nueva versión de su manuscrito en la página web de la revista <https://www.editorialmanager.com/aprim/>.

Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la Gestión Enfermera de la Demanda por parte de las enfermeras de Atención Primaria de Cataluña.

Resumen

Objetivo: conocer la experiencia de las enfermeras de atención primaria en la aplicación de la gestión enfermera de la demanda (GED).

Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: atención primaria de Cataluña.

Participantes: enfermeras de atención primaria de Cataluña. Se estimó una muestra de 394 participantes alcanzando 405. La obtención de datos fue desde octubre de 2021 hasta enero de 2022.

Mediciones principales: se realizó un cuestionario *ad hoc* el cual exploraba aspectos referentes a la experiencia de aplicación de la GED: definición y manejo del programa, formación y aspectos legales del programa.

Resultados: las enfermeras entienden la GED como un triaje. Además, consideran que la implantación de la prescripción enfermera no mejora la aplicación de la GED. Manifiestan una falta de formación especialmente las enfermeras más noveles. La formación ideal en GED, consideran, debería incluir fisiopatología y supuestos prácticos. Siete de cada diez enfermeras desconocen el marco legal que ampara la GED y les provoca inseguridad no conocerlo. Seis de cada diez han dejado de ser resolutivas por miedo a las repercusiones legales. Las enfermeras que sí conocen el marco legal son las que han dejado de resolver en menor proporción.

Conclusiones: se constata la necesidad de formación general en GED y en los aspectos legales que dan cobertura al programa especialmente en las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia en atención primaria. De esta manera se mejorará la aplicación y aceptación del rol autónomo enfermero en la gestión de enfermedades agudas leves.

Palabras clave: Gestión enfermera de la demanda, formación, atención primaria, legalidad.

Impact of training and legal aspects on the application of Nurse Demand Management by Primary Care nurses in Catalonia.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the experience of primary care nurses in the application of Nurse Demand Management (NDM) program.

Design: Observational, cross-sectional descriptive study.

Location: Primary care in Catalonia.

Participants: Nurses in the field of primary care in Catalonia. A sample of 394 responses was estimated and 405 were finally obtained. Data collection was from October 2021 to January 2022.

Main measurements: An *ad hoc* questionnaire was developed which explored aspects related to the experience of applying NDM: definition and management of the program, training, and legal concerns of the program.

Results: nurses understand NDM as triage. In addition, they consider that the implementation of nurse prescription would not improve the application of NDM. They express a lack of training, especially among the younger nurses. They consider that the ideal training in NDM, should include physiopathology and practical cases. Seven out of ten nurses are unaware of the legal framework that protects NDM and feel insecure about not knowing it. Six out of ten nurses have stopped being resolute due to fear of legal repercussions. Nurses who are aware of the legal framework are those who have stopped resolving in the lowest proportion.

Conclusions: There is a need for general training in NDM and in the legal aspects that cover the program, especially for younger nurses with less experience in primary care. This will improve the application and acceptance of the autonomous nursing role in the management of acute minor illnesses.

Keywords: Nurse demand management, training, primary care, legality.

TEXTO

1. Introducción

Como consecuencia de un reordenamiento en el ámbito de la atención primaria (AP) del sistema sanitario catalán y con el objetivo de hacer el sistema sanitario más sostenible y derivar la demanda a aquel profesional que podría dar mejor respuesta dentro de su ámbito competencial, se creó la gestión enfermera de la demanda aguda (GED)¹. Este programa permite a la enfermera atender a personas con problemas de salud agudos leves y resolver completamente la demanda sin la intervención de un médico. Esta atención está guiada por unos protocolos basados en la evidencia científica y éstos están consensuados por los expertos, los cuales, llevan explícitos los motivos de consulta, los criterios de inclusión y exclusión, las preguntas clave para hacer una buena anamnesis y exploración, el tratamiento farmacológico o no farmacológico y los consejos de salud. Por tanto, el rol de la enfermera en atención primaria ha evolucionado y actualmente es mucho más avanzado que en épocas anteriores viéndose extendido su ámbito competencial². Esta práctica ya está muy afianzada en otros países. Ya en 2002, Horrocks evidenció en su revisión sistemática que la sustitución de enfermeras por médicos era eficiente y eficaz sin demostrar diferencias en los resultados en salud del usuario³. En España, diversas CCAA han implantado el liderazgo de enfermería en usuarios con patologías agudas leves^{4,5}. Aun así, pese al impulso que se le ha dado al programa, existen ciertas limitaciones a nivel legal que aun interfieren en la resolución autónoma por parte de la enfermera⁶.

La GED ha sido evaluada en términos de satisfacción⁷ y resolución⁸⁻¹¹. No se han encontrado trabajos que hayan estudiado la percepción de las enfermeras al aplicar la GED.

El objetivo principal de este estudio es conocer la experiencia de las enfermeras al aplicar la GED en Cataluña.

2. Material y métodos

2.1. Diseño y ámbito de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se recogieron de datos desde octubre de 2021 a enero de 2022. El estudio incluyó enfermeras que

trabajaban en AP de toda Cataluña. En ella trabajan 5027 enfermeras en el ámbito de AP.

2.2. Participantes

La población de estudio fueron todas las enfermeras de atención primaria. Los criterios de inclusión fueron enfermeras que trabajasen en centros de atención primaria y tuvieran correo electrónico activo. No se establecieron criterios de exclusión.

2.3. Tamaño muestral

El tamaño de la muestra se calculó partiendo del tamaño poblacional de 5027 enfermeras, con una variabilidad máxima del 50% ($p=50$) y un nivel de confianza del 95% (error $\alpha = 5\%$) y una precisión del 5%. El tamaño muestral estimado fue de 358 individuos. Asumiendo un 10% de posibles pérdidas, se incrementó a 394 participantes.

2.4. Variables y fuentes de datos

El instrumento de medida utilizado fue un cuestionario auto administrado realizado *ad hoc*. Para confeccionarlo se realizó una revisión de la literatura buscando cuestionarios validados que midieran este fenómeno no encontrando resultados. Se consultó con expertos para identificar los temas y subtemas relacionados con la experiencia de aplicación de la GED. Finalmente, este cuestionario constó de dos partes, la primera con 8 preguntas de características sociodemográficas y una segunda parte con preguntas relacionadas con la experiencia de aplicación de la GED. Las variables de estudio estaban relacionadas con la definición y manejo del programa, formación, legalidad. El cuestionario incluyó preguntas con respuestas dicotómicas y algunas de ellas de múltiple respuesta.

Se realizó una prueba piloto con 25 profesionales. Se hicieron las correcciones pertinentes y se preparó el cuestionario final.

El cuestionario, previos permisos pertinentes, se difundió vía correo electrónico, junto con una explicación del proyecto asegurando la confidencialidad y el anonimato. Todos los participantes debieron aceptar el consentimiento informado.

2.5. Análisis estadístico

Tanto la información sociodemográfica como las respuestas a las preguntas fueron analizadas mediante estadística descriptiva.

La variable cuantitativa edad se expresó mediante promedio, rango y desviación estándar (DE). Las variables categóricas como el género, estudios cursados, ámbito, lugar de trabajo y el año de finalización de los estudios y años trabajados en AP que se categorizaron a intervalos predefinidos, fueron expresadas mediante tablas de frecuencia y porcentajes. El resto de las variables fueron definición y manejo del programa, formación, legalidad, organización, competencias, opiniones percibidas de usuarios y otros profesionales, puntos fuertes y limitaciones del programa. Para analizar sus diferencias se realizaron pruebas de chi-cuadrado para dos variables categóricas y la prueba de U de Mann-Whitney para analizar la relación entre las variables cualitativas con las ordinales. Para las variables de respuesta múltiple se analizó si su distribución era diferente a la de una distribución aleatoria utilizando una prueba de chi-cuadrado de bondad de ajuste.

El intervalo de confianza establecido fue del 95%, asumiendo un error α del 5% en todas las mediciones.

El análisis se realizó con el programa informático R.

3. Resultados

Un total de 405 enfermeras completaron el cuestionario, 11 participantes más que la muestra estimada. De las 405 participantes, 91,1% fueron mujeres, con una media de edad de 45 años (DE=11 años) y rango de 23-65. El 21% de las enfermeras terminaron sus estudios hace menos de 10 años y casi un 45% de las enfermeras tenían menos de 10 años de experiencia en AP. La mayoría (52,2%) eran diplomadas, el ámbito de trabajo más numeroso fue el centro de atención primaria (92,6%) y un 79% de enfermeras trabajaba con adultos. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	Edad		
	n	%	IC 95%
20 - 35	97	24,0	20,05 – 28,33
36 - 45	107	26,5	22,36 – 30,92
46 - 55	127	31,1	27,03 – 36,03
56- 65	75	18,5	15,03 – 22,59

Género			
	n	%	IC 95%
Femenino	369	91,1	87,93 – 93,51
Masculino	35	8,6	6,27 – 11,78
No binario	1	0,2	0,04 – 1,38
Año finalización de estudios			
	n	%	IC 95%
< 5 años	32	7,9	5,65 – 10,94
5 - 10 años	53	13,1	10,14 – 16,72
10 - 20 años	95	23,5	19,59 – 27,82
> 20 años	225	55,6	50,68 – 60,32
Años de experiencia en AP			
	n	%	IC 95%
< 5 años	122	30,1	25,85 – 34,76
5 - 10 años	60	14,8	11,68 – 18,60
10 - 20 años	114	28,1	23,98 – 32,71
> 20 años	109	26,9	22,82 – 31,43
Estudios cursados			
	n	%	IC 95%
ATS	7	1,7	0,83 – 3,52
Diplomatura	213	52,6	47,72 – 57,40
Grado	52	12,8	9,92 – 16,45
Posgrado/Máster	101	24,9	20,97 – 29,37
Especialidad enfermería	26	6,4	4,41 – 9,24
Doctorado	6	1,5	0,68 – 3,19
Lugar de trabajo			
	n	%	IC 95%
Centro de AP	375	92,6	89,62 – 94,76
Centro de Urgencias de AP (CUAP)	26	6,4	4,41 – 9,24
Otros	4	1	0,38 – 2,51
Ámbito de trabajo			
	n	%	IC 95%
Adultos	320	79	74,78 – 82,69
Pediatría	51	12,6	9,70 – 16,17
Gestión de casos	9	2,2	1,17 – 4,16
Gestión	22	5,4	3,61 – 8,08
Otros	3	0,7	0,25 – 2,15

Concepto y aplicación de la GED

La amplia mayoría de enfermeras aplicaba la GED a diario (91,1%) y más de la mitad consideraba la GED como un triaje (67,7%). Para analizar el perfil de las participantes que sí que consideraron la GED como un triaje, lo analizamos con la variable independiente: años de experiencia en AP. Resultó que la percepción de la GED como un tipo de triaje se daba en

mayor proporción cuando las participantes tenían menor experiencia laboral en AP; menos de 5 años: 74,6%; entre 5 y 10 años: 63,3% entre 10 y 20 años: 71,9% y más de 20 años: 57,8%; ($U= 20426$, p-valor = 0,01).

Además, al estudiar si la formación realizada clarificaba el concepto de la GED, se observó que las enfermeras sin formación (75,1%) sí consideraban la GED como un triaje, mientras que las que tenían formación (61,6%), no lo consideraban así. Por tanto, se aplicó la prueba de X^2 resultando que la proporción de enfermeras que consideraban que la GED era una forma de triaje fue significativamente menor entre las enfermeras que habían recibido formación. ($X^2= 8,3756$, p-valor = 0,002).

En cuanto a la prescripción enfermera se quiso averiguar si creían que su implantación mejoraría la aplicación de la GED. La mayoría consideró que no (56,5%).

Asimismo, se presentaron unas afirmaciones y las participantes indicaron con cuál estaban más de acuerdo. El 55,1% apuntó que cuando el usuario se visitaba en AP siempre esperaba una prescripción farmacológica. Además, alrededor de la mitad de las enfermeras encuestadas (49,9%) creyeron que prescribían menos que el médico. Un 30,9% de las participantes opinó que la enfermera explicaba mejor el tratamiento de lo que lo haría un médico y, por último, un 22,7% de las enfermeras creían que difería la prescripción ofrecida por un médico o por una enfermera para cuando un usuario consultaba por un mismo problema de salud.

Formación

Un 55,3% de las participantes habían hecho formación en GED. De las que se habían formado ($n=224$) al 72% le resultó de utilidad esta formación. Asimismo, se preguntó acerca de la duración de la formación. Un 28,1% de la formación realizada en GED fue de menos de 4 horas, y un 33,9% de más de 8 horas. Ver **Tabla 1**.

Tabla 1. Formación de GED recibida por las enfermeras.

	Formación recibida en GED		
	n	%	IC 95%
Sí	224	55,3	50,43 – 60,07
No	181	44,7	39,92 – 49,56
Utilidad de la formación			

n=224	n	%	IC 95%
Sí	161	71,9	65,65 – 77,35
No	63	28,1	22,64 – 34,34

Duración de la formación			
n=224	n	%	IC 95%
Menos de 4 horas	63	28,1	22,64 – 34,34
Entre 4 y 8 horas	85	32,9	31,84 – 44,45
Más de 8 horas	76	33,9	28,04 – 40,35

Además, se analizó si la duración de la formación era o no relevante en la utilidad de la formación. Los resultados mostraron que, a mayor duración de la formación, más utilidad tenía. **Tabla 2.**

Tabla 2. Dependencia entre la utilidad de la formación en GED y la duración de ésta.

Duración de la formación	Utilidad de la formación		
	n	%	IC 95%
Menos de 4 horas	63	44,4	32,84-56,68
Entre 4 y 8 horas	85	78,8	68,99-86,16
Más de 8 horas	76	86,8	77,44-92,69

U= 2877, p-valor<0,001

Relacionando también los años de profesión y la formación en GED se visibilizó que el porcentaje de enfermeras formadas crecía con los años de experiencia en AP. **Tabla 3**

Tabla 3 Dependencia entre la recepción de formación en GED y los años trabajados.

Años trabajando en AP	Recepción de formación		
	n	%	IC 95%
Menos de 5 años	122	28,7	21,41-37,27
Entre 5 y 10 años	60	43,3	31,57-55,90
Entre 10 y 20 años	114	67,5	58,50-75,44
Más de 20 años	109	78,9	70,32-85,51

U= 10999; p-valor<0,001

Se quiso averiguar qué aspectos debería contemplarse en una formación ideal en GED. Las respuestas fueron: exploración física (91,4%), supuestos

prácticos (78,5%), farmacología (77,8%), fisiopatología (72,3%) y aspectos legales (66,9%).

Por último, se quiso saber quién creían que debería impartir la formación. El resultado fue que un 78,4% opinó que debería ser impartida por la empresa, un 54,6% los colegios profesionales, un 48,6% la universidad y un 25,4% las sociedades científicas. La diferencia en la distribución respecto a una distribución aleatoria fue significativa ($\chi^2=98,66$, $gl=3$, $p\text{-valor}<0,001$).

Aspectos legales

Al observar el conocimiento que las enfermeras tenían sobre el marco legal, se evidenció que solo el 28,6% lo conocía.

Al investigar sobre el perfil de las personas concedoras, se vio que la edad y los años trabajados en AP, eran uno de los factores relacionados con su conocimiento. **Tabla 4.**

Tabla 4. Diferencia entre el porcentaje de enfermeras que conocen el marco legal que ampara la GED en función de la edad y de los años trabajados en AP

	Conoce el marco legal que ampara la GED		
	n	%	IC 95%
<40	129	9,0	79,60 – 91,47
≥40 a	278	38,0	32,27 – 43,59
$\chi^2= 434,729$; $p\text{-valor}<0,001$			
Años trabajando en AP	n	%	IC 95%
Menos de 5 años	122	5,7	2,80-11,37
Entre 5 y 10 años	60	25,0	15,77-37,23
Entre 10 y 20 años	114	36,0	27,74-45,09
Más de 20 años	109	48,6	48,41-66,64
$U=9169,5$; $p\text{-valor}<0,001$			

Al 68,9% de las encuestadas, el desconocimiento del marco legal le provocaba inseguridad y un 58,8% dejó de resolver algún caso por miedo a las repercusiones legales.

Además, se quiso analizar si el no conocer el marco legal les provocaba inseguridad. A un 76,1% les provocaba inseguridad no conocerlo. Además,

se evidenció que la inseguridad eran variables dependientes del conocimiento del marco legal. De la misma manera se relacionó la inseguridad provocada por el marco legal con los años trabajados, demostrando que, a más años trabajados, menos inseguridad provocaba el marco legal. Ver **Tabla 5**.

Tabla 5. Diferencia entre la inseguridad provocada por el marco legal en función de su conocimiento, su experiencia en AP y la resolución.

	El marco legal le provoca inseguridad		
	n	%	IC 95%
No conoce	289	76,1	70,88– 80,67
Conoce	116	59,9	41,88– 59,78
$X^2= 23,484$; p-valor<0,001			
Años trabajando en AP	n	%	IC 95%
Menos de 5 años	122	78,7	70,60-85,02
Entre 5 y 10 años	60	71,7	59,23-81,49
Entre 10 y 20 años	114	67,5	58,49-75,44
Más de 20 años	109	57,8	48,41-66,64
$U=21198$; p-valor<0,001			

Por último, se relacionó la inseguridad que el marco legal producía en relación con la no resolución de los casos de GED por miedo a la repercusión legal. El porcentaje de enfermeras que habían dejado de resolver un caso por miedo a repercusiones legales era de un 70,6% (n=126) en el grupo de enfermeras a las que el marco legal les provocaba inseguridad y de un 32,5% (n=279) en el grupo que no sentían inseguridad. De esta manera se evidenció que las enfermeras más inseguras, habían dejado de resolver por miedo en mayor proporción ($X^2=50,356$; p-valor<0,001).

4. Discusión

La GED está ampliamente afianzada en el territorio español pero existe una heterogeneidad en la interpretación de lo que la GED es⁶. Hay profesionales que entienden y aplican la GED como un triaje, clasificando únicamente la gravedad del caso. Existen modelos de triaje avanzado, que consisten en la aplicación de protocolos donde el profesional que realiza el

triaje, inicia acciones diagnósticas o terapéuticas antes que el médico atienda al usuario¹². Este triaje podría asimilarse al concepto de GED, a diferencia que ésta también comprende una resolución total por parte de la enfermera¹³.

En diversos países como en EE.UU., UK o Nueva Zelanda, la atención a pacientes con enfermedades agudas leves por parte de enfermería ya está muy arraigada^{3,14}. Ya en 2005, una revisión Cochrane¹⁵ evidenció que las enfermeras bien formadas podrían ofrecer atención de igual calidad que la que ofrecería un médico. Otro estudio demostró que no existían diferencias entre un diagnóstico emitido entre una enfermera y un médico cuando se trataba de enfermedades agudas leves¹⁶. Una de las revisiones sistemáticas más recientes¹⁷ concluye que la calidad de la atención al paciente proporcionada por las enfermeras en el ámbito de la atención primaria es igual o superior, a la de los médicos.

En cuanto a la prescripción enfermera en España aún queda camino a recorrer en relación a otros países que la tienen más establecida^{18,19}. En España, han habido diversos vaivenes en la legalización de la prescripción enfermera²⁰, hecho que ha provocado reticencias a prescribir por parte de las enfermeras². Cabe destacar que las enfermeras en el presente estudio percibían que los usuarios esperaban siempre una prescripción médica y que las enfermeras prescribían menos que el médico. En el estudio de Williams²¹ lo corrobora y otro estudio encontraba que tanto médicos y enfermeras sucumbían a la presión ejercida por el usuario para obtener una prescripción tras la visita²². Cabe decir que el esfuerzo necesario para que un prescriptor novel seleccione la medicación idónea es notable ya se requiere cierta experiencia y formación²³.

Las enfermeras sienten que históricamente ha habido poca formación de GED, aunque la que ha habido refieren, ha sido provechosa. Una revisión sistemática²⁴ evidenció que las enfermeras al asumir más competencias, precisaban más formación, coincidiendo con los resultados del presente estudio. Pero la formación es más necesaria cuando se trata de patologías que históricamente habían sido tratadas por un médico y requieren de una exploración física complementaria como una auscultación respiratoria, una exploración neurológica o abdominal. Una buena estrategia sería la implementada por algunos países como Canadá o EEUU donde aplican la simulación virtual como formación continuada a las enfermeras de primera línea^{25,26}.

Si las enfermeras no tienen presente el marco legal que ampara la GED, ésta no será efectiva ni aplicada. Muestra de ello es el porcentaje de enfermeras que no resuelve por miedo y deriva al médico por inseguridad legal. Un estudio similar concluyó que una reducción de la inseguridad jurídica podría maximizar el valor añadido de las enfermeras²⁷. Además, en un estudio holandés quiso evaluar los efectos de la introducción de la plena autoridad legal de la práctica en los procesos liderados por la enfermera, resultando un aumento de la actividad autónoma de la enfermera. Además, los procesos asistenciales se organizaron de forma más eficiente, los servicios fueron realizados por el profesional sanitario más adecuado²⁸.

En conclusión, está demostrada la efectividad de la enfermera cuando aplica la GED. Aun así, se necesita hacer un acompañamiento formativo especialmente a las enfermeras más jóvenes y noveles en el ámbito de la atención primaria. Además, sería interesante alinear la legislación a la resolución completa por parte de enfermería, permitiendo liderar la prescripción de los procesos y ejecutando una baja laboral, si fuera el caso. Por último, es importante publicitar este marco legal que ampara la GED para eliminar reticencias e inseguridades. Con todo ello se observarían resultados beneficiosos en la práctica autónoma de enfermería en los procesos agudos leves, así como en los usuarios y el sistema sanitario.

5. Agradecimientos

Agradecemos a las direcciones institucionales por haber permitido el envío de los cuestionarios a las enfermeras de Cataluña. Además, queremos agradecer a todas las enfermeras que han respondido y aportado, contestando al cuestionario.

Además, este estudio ha sido financiado parcialmente por la “Fundació Infermeria i societat” en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-274/2018).

BIBLIOGRAFÍA

1. Grup de treball de la gestió de la demanda. Gestió de la demanda espontània. Generalitat de Catalunya, editor. Institut Català de la Salut; 2009. 1-48 p.
2. Hämel K, Toso BRG de O, Casanova A, Giovanella L. Advanced practice nursing in primary health care in the spanish national health system. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(1):303-14.
3. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Br Med J*. 6 de abril de 2002;324(7341):819-23.
4. Román-baquero J, Redondo-collado D. Resolución enfermera de los procesos leves autolimitados en atención primaria: estudio descriptivo. *Atención Primaria*. 2022;54.
5. Monsalvo San Macario E, Sarrión Bravo J. Consulta de alta Resolución: desempeñando competencias de la Enfermera Especialista en Familia y Comunidad. *Ene*. 2019;13(1):1-10.
6. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implementation of nurse demand management in primary health care service providers in Catalonia. *Atención Primaria*. 2017;49(9):518-24.
7. Brugués A, Peris A, Pavón F, Mateo E, Gascón J, Mateo F. Evaluation of Nurse Demand Management in Primary Care. *Atención Primaria*. 2016;48(3):2-8.
8. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, del Puig Deulofeu M, Buendia C. Nurse management of «same day» consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1811-6.
9. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, et al. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):61.
10. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurín E, Berlanga S, Galimany J, et al. A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(6):529-35.
11. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013;69(11):2446-57.
12. Soster CB, Anschau F, Rodrigues NH, Silva LGA da, Klafke A. Advanced

- triage protocols in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30(e3511).
13. Vara Ortiz MÁ, Fabrellas Padrés N. Concept analysis: Nurse demand management. *Atención Primaria*. 2019;51(4):230-5.
 14. Carryer J, Adams S. Nurse practitioners as a solution to transformative and sustainable health services in primary health care: A qualitative exploratory study. *Collegian*. 2017;24(6):525-31.
 15. Laurant MG, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2005.
 16. Pirret AM, Neville SJ, La Grow SJ. Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: a comparative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(3):716-26.
 17. Barnett M, Balkissoon C, Sandhu J. The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022;34(3):457-64.
 18. Mitchell A, Pearce R. Prescribing practice: an overview of the principles. *Br J Nurs*. 2021;30(17):1016-22.
 19. Saunders MM. Informing and Supporting the New Clinical Nurse Specialist Prescriber. *Adv Crit Care*. 2021;32(404-414).
 20. Romero-Collado A, Raurell-Torreda M, Zabaleta-Del-Olmo E, Rascon-Hernan C, Homs-Romero E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nurs Heal Sci*. 2017;19(3):373-80.
 21. Williams SJ, Halls A V., Tonkin-Crine S, Moore M V., Latter SE, Little P, et al. General practitioner and nurse prescriber experiences of prescribing antibiotics for respiratory tract infections in UK primary care out-of-hours services (the UNITE study). *J Antimicrob Chemother*. 2018;73(3):795-803.
 22. Djerbib A. A qualitative systematic review of the factors that influence prescribing decisions by nurse independent prescribers in primary care. *Prim Heal Care*. 2018;28(3):25-34.
 23. Lim AG, North N, Shaw J. Beginners in prescribing practice: Experiences and perceptions of nurses and doctors. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):1103-12.
 24. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*.

- 2019;2019(4).
25. Cole L, Boss L, Fowler D, Cheatham L. Using Leadership Simulation Scenarios With Graduate Nursing Learners to Support Frontline Nurse Leader Competency Development. *Nurse Lead*. 1 de agosto de 2021;19(4):405-10.
 26. Rouleau G, Gagnon M-P, Côté J, Richard L, Chicoine G, Pelletier J. Virtual patient simulation to improve nurses' relational skills in a continuing education context: A convergent mixed methods study. *BMC Nurs*. 2021;1:1-17.
 27. Lovink MH, van Vught A, Persoon A, Koopmans RTCM, Laurant MGH, Schoonhoven L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Heal Sci*. 2019;21(3):282-90.
 28. De Bruijn-Geraets DP, Van Eijk-Hustings YJL, Bessems-Beks MCM, Essers BAB, Dirksen CD, Vrijhoef HJM. National mixed methods evaluation of the effects of removing legal barriers to full practice authority of Dutch nurse practitioners and physician assistants. *BMJ Open*. 2018;8(6).

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema

1. La GED está implantada en el territorio catalán desde hace algunos años.
2. La GED es eficiente y efectiva en términos de resolución.
3. La GED implica una expansión competencial del rol autónomo de la enfermera.

Qué aporta este estudio

1. La GED al ser un concepto nuevo debería clarificarse para evitar confusiones en la práctica.
2. Las enfermeras más jóvenes y que menos experiencia tienen en atención primaria son las que tienen menos formación y son las más inseguras resolviendo.
3. Se precisa aumentar la formación general en GED para aclarar el concepto, para aumentar el conocimiento e informar del marco legal.

