

## Satisfacción de los profesionales tras la implantación de un protocolo de Triage en un Área de Atención Primaria

### Professional satisfaction after implantation of a triage protocol in Primary Health Care

**Fernanda del Castillo Arévalo** (Enfermera)

**Adamina Losada García** (Enfermera)

**Margarita Salido González** (Enfermera)

**Mercedes García García** (Enfermera)

**Teresa Fernández Prieto** (Enfermera)

**M<sup>a</sup> Luz Blanco Gutiérrez** (Enfermera)

*C.S de Contrueces (Gijón)*

*Manuscrito recibido: 07-06-2013*

*Manuscrito aceptado: 31-07-2013*

#### Cómo citar este documento

Del Castillo Arévalo F, Losada García A, Salido González M, García García M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez M<sup>a</sup> L. Satisfacción de los profesionales tras la implantación de un protocolo de Triage en un área de atención primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Dic; 1 (4): 6-19.

#### Agradecimientos

*Patricio Suarez, técnico de salud del área V de Asturias y a todas las personas que colaboraron en la cumplimentación de la encuesta.*

#### Resumen

##### Introducción

Para atender el aumento de los pacientes sin cita, se instauró en el Área Sanitaria V un protocolo de Triage, ello ha supuesto cambios organizativos.

##### Objetivos

- Conocer el grado de satisfacción de los profesionales ante el Triage.
- Evaluar su disposición sobre la resolución de procesos agudos por enfermería.

##### Material y Método

Estudio descriptivo transversal mediante aplicación de un cuestionario aplicado a médicos, enfermeras y administrativos

##### Resultados

- Se enviaron 321 encuestas, respondieron 257 (74%). El 98,1% de médicos y 92,3% de administrativos consideran necesario el Triage frente al 41% de enfermeras.
- El 75,3% cree que antes de la instauración del Triage no se demoraba la atención de una urgencia. El 76,4% cree que las personas atendidas mediante Triage presentan problemas poco o nada urgentes.

- La aceptación inicial de la medida fue positiva o muy positiva para el 76,6% de médicos, 59,4% administrativos y 11,3% enfermeras.
- La aceptación posterior fue positiva o muy positiva para el 43,99% de médicos y 60% administrativos y negativa o muy negativa para el 84,2% de las enfermeras.
- El 87,6% considera necesario ajustes organizativos.
- El 91,7% de médicos y 65,3% de enfermeras cree que las enfermeras podrían resolver procesos agudos.

### Conclusión

La aceptación del Triage es muy diferente según categoría profesional. La resolución por enfermería de procesos agudos es más aceptado por médicos que por enfermeras pero según los resultados parece darse las condiciones para su implantación.

### Palabras Clave

*Triage, Satisfacción en el trabajo, Atención Primaria*

### Abstract

#### Introduction

To attend to the patients who were coming without appointment a Triage program was started, it has supposed organizational changes

#### Objectives

- To know the grade of satisfaction of the professionals with this program.
- To evaluate his disposition to introduce protocols so that the nurses attend to sharp illnesses.

#### Methods

Descriptive transverse study across the application of a questionnaire to physicians, nurses and administrative.

#### Results

- Of 321 sent questionnaires 257 answered (74%).
- 98,1 % of the doctors and 92,3 % of the administrative believe necessarily the implantation of the triaje opposite to 41 % of the nurses
- The attention of the urgencies they were not late for 75,3 %.
- 76,4 % believe that the patients do not have urgent problems.
- 76,6 % of doctors, 59,4 % of administrative and 11,3 % of nurses considered this program to be positive or very positive, in this moment 43,9 % of doctors believes it and 60% of administrative. The nurses consider it to be a negative or very negatively in 84,2%
- They are necessary organizational changes for 87,6 %.
- 91.7 % of physicians and 65.3% of nurses believed that nurses could solve acute illnesses.

### Conclusion

This program has been differently accepted according to professional category.

The doctors accept better than the nurses that sharp illnesses could be attended by nurses.

### Keywords

*Triage, Primary health care, job satisfaction.*

## Introducción

Existe una percepción generalizada del aumento de la demanda asistencial<sup>1</sup>; las causas de este aumento son múltiples: las necesidades de salud, la percepción de los individuos de su estado de salud, el funcionamiento y organización del sistema sanitario, el modelo de sociedad, factores socioeconómicos como desempleo, bajo nivel de renta y educativo, etc<sup>2</sup>. A esto hay que sumar la demanda inducida por los profesionales; se ha comprobado que factores de la organización y del profesional explican entre el 55 y 63% de la variabilidad de la utilización de las consultas de Atención Primaria (AP), así por ejemplo un modelo de práctica próximo en su hacer a un internista o médico de urgencias de hospital aumenta el número de pruebas y consultas sobre un estilo más en sintonía con la atención primaria donde se contemplan más los aspectos psicosociales<sup>3</sup>

Este incremento de la demanda conlleva el aumento de los pacientes que acuden sin cita a su médico por tener la agenda diaria llena. Para paliar este hecho, en el Área Sanitaria V de Asturias se implantó en el año 2011 un sistema de triaje a realizar por las enfermeras. El Área Sanitaria V de Asturias tiene una población asignada de 300.204 tarjetas sanitarias (*TIS en abril 2013, fuente interna del cuaderno de gestión del Área V*), existen 14 Centros de Salud y 3 centros periféricos.

El triaje es un proceso de clasificación de la urgencia, de manera que se priorice la atención de aquellos pacientes más graves. Conforme a lo establecido por el Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos (ATLS) se denomina TRIAGE al método de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención.

El sistema de Triage está implantado en numerosos servicios de urgencia hospitalarios y desde hace unos años en algunos centros de AP; en la mayoría de los casos es realizado por enfermeras.

Existen cinco modelos de triaje estructurado con gran implantación, pero a nivel del estado español, la MTS (Sistema de Triage Manchester) y el SET (Sistema Español de Triage) son los que han alcanzado mayor difusión, existiendo adaptaciones de los mismos en diversas Autonomías<sup>4</sup>.

En nuestra Área Sanitaria se optó por un sistema de triaje adaptado, consistente en cuatro códigos de color: Rojo: urgencia, Amarillo: sin demora, Verde: puede esperar y Blanco: trámites burocráticos y se instaló un protocolo informático en OMI-AP con ocho problemas supuestamente más frecuentes, acompañados de un algoritmo de decisión.

La organización implantada consiste en que al paciente que acude al Centro de Salud y no tiene cita para su médico, pero quiere ser visto en el día, desde el área administrativa se le asigna una cita con su enfermera (aunque también tenga la agenda llena). La enfermera atiende a este paciente por delante de los demás y tras su valoración le cita con su médico, indicando el código de color y el problema por el que acude. En el proceso descrito no concurre la existencia de protocolos de actuación para la resolución de problemas por las

enfermeras, lo que contribuiría a ampliar sus competencias, evitaría duplicidades en la atención, aumentaría la eficacia y eficiencia, la distribución en las cargas de trabajo en los equipos y con ello se favorecería la sostenibilidad del sistema sanitario<sup>5,6</sup>. La capacidad de las enfermeras de AP para resolver problemas, para los que los usuarios demandan consulta indemorable, se ha demostrado que es alta y eficaz y cuando los motivos están protocolizados se alcanzan altas tasas de resolución y de satisfacción de los usuarios<sup>5,6</sup>

El sistema implantado en nuestra Área Sanitaria ha supuesto cambios organizativos que pueden afectar de distinta manera a la actividad de los profesionales implicados, por ello nos planteamos conocer el grado de satisfacción con esta medida, cómo creen que les afecta en su trabajo y si atañe a las relaciones interprofesionales, así como si estiman conveniente implantar protocolos de atención para determinados problemas a desarrollar por las enfermeras de AP.

## Objetivos

- Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de los equipos en los que se implantó el Triage con esta actividad.
- Evaluar la disposición de los médicos y enfermeras sobre la resolución de procesos agudos por enfermería.

## Desarrollo

### 1. Material y Método

Estudio descriptivo transversal, realizado mediante una encuesta autoaplicada (Anexo 1), efectuada en noviembre de 2012, en el Área Sanitaria V (Gijón),

**Población a estudio:** todos los médicos, enfermeras y administrativos de los centros de salud donde se instauró el triaje en el año 2011 para la atención de pacientes sin cita.

**Criterios de exclusión:** aquellos profesionales pertenecientes a los CS del Área Sanitaria en los que no se implantó el triaje y a los que pertenecen a un centro de salud que llevaba varios años desarrollando esta actividad con unas características y organización diferentes.

Previo al envío de la encuesta se contactó telefónicamente con coordinadores o personas clave de los equipos para que contribuyeran a su difusión.

**Las variables independientes son:** edad, sexo y profesión.

La encuesta se divide en dos partes, la primera dirigida a conocer el grado de satisfacción con el triaje para los tres grupos profesionales citados y la segunda dirigida a conocer la disposición para iniciar protocolos de resolución de procesos agudos por las enfermeras, que se envía solo a médicos y enfermeras.

La pertinencia de elaborar protocolos para determinados problemas se establece con una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 muy poco pertinente y 5 muy pertinente.

**Análisis estadístico:** En el análisis univariante, las variables se expresaron como números absolutos y porcentajes. En el análisis bivalente, la comparación entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba de  $\chi^2$ , y la t de Student para la comparación de medias en las variables cuantitativas.

## 2. Resultados

Se enviaron 321 encuestas, se han recibido 257 lo que supone un 74%. De ellas el 42,5% corresponden a médicos, el 15,4% a administrativos y el 42,1% a enfermeras.

**La tasa de respuestas por grupo profesional es:** médicos de un total de 122 responden 108 (88,5%), administrativos de 67 responden 39 (58,2%) y enfermeras de 132 responden 107 (81%). Siendo la profesión la variable que más influencia tiene en el estudio con una  $p < 0,000$  para la mayoría de las preguntas, se desglosará cada una de ellas atendiendo a esta variable.

El 23,3% son hombres y el 65,8% mujeres, 10,9% no contestan esta pregunta. El 65% de los que responden son mayores de 50 años. No hay diferencias a lo largo del estudio con relación al sexo, la edad solo se relaciona de forma significativa en las dos últimas preguntas.

En la **Tabla 1** se presenta un resumen de los resultados globales.

**Tabla 1:** Resumen de los resultados globales

	SI	NO	TOTAL (N)
Estiman necesario un sistema de triaje	73,6	26,4	257
Creen que existe incremento de demanda	82,9	17,1	257
Sin triaje la atención se demoraba	24,7	75,3	257
Conocen el protocolo escrito de triaje del Área	44,0	56,0	257
Se precisan cambios organizativos en el desarrollo del triaje	87,6	12,4	257
Las enfermeras están capacitadas para triar	95,6	4,4	205
Algunos problemas pueden ser resueltos por enfermeras	81,2	16,8	207
Consideran adecuado establecer protocolos para resolución de problemas por enfermeras	77,8	22,2	207

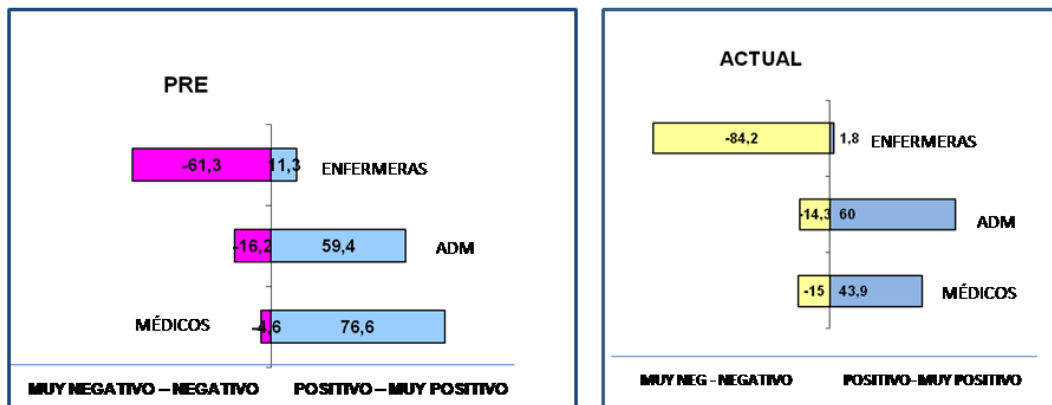
Consideran necesario la existencia de algún sistema de Triaje el 73,6%. Según grupo profesional: El 98,1% de los médicos, el 92,3 de los administrativos y el 41% de enfermeras.

El 75,3% cree que antes de la implantación del Triaje no se demoraba la atención de una urgencia más que en la actualidad. Por grupo profesional: El 54,7% de los médicos creen que no se demoraba la atención, el 67,6 de administrativos y el 98,1% de las enfermeras.

El 76,4% cree que las personas atendidas mediante Triaje presentan problemas poco o nada urgentes, el 21,6% de regular urgencia, un 2% urgentes o muy urgentes

El grado de aceptación de la implantación del Triaje en una escala Likert de 5 puntos, (**Figura 1**) fue muy negativo o negativo en el 30,4%, regular para un 22,9% y para el 46,6% positivo o muy positivo. Fue positivo o muy positivo para el 76,6% de los médicos, el 59,4% de los administrativos y el 11,3% de las enfermeras.

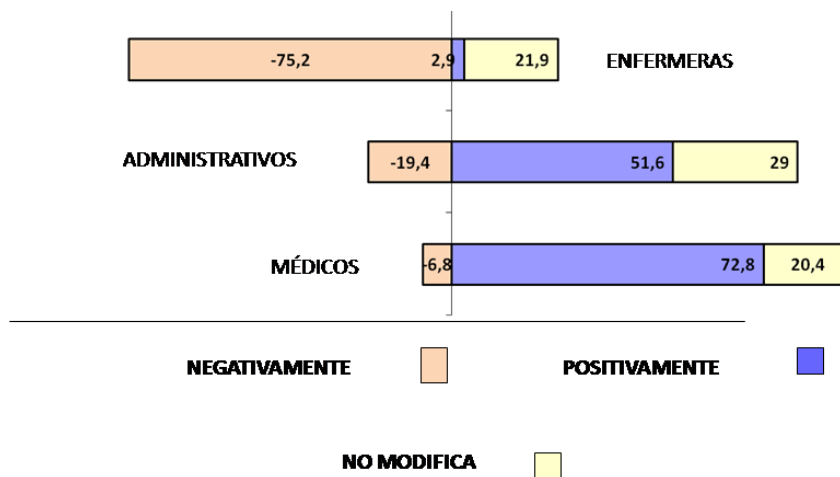
En el momento de distribución de la encuesta, 18 meses después, es muy negativo o negativo para el 44,8% de los que respondieron, regular para un 27% y positivo o muy positivo para el 28,2%. Es negativo o muy negativo para el 84,2% de las enfermeras y positivo o muy positivo para el 41,1% de los médicos y el 60% de los administrativos.



**Figura 1:** Satisfacción de los profesionales antes y ahora

El 87,6% cree que es necesario hacer ajustes organizativos

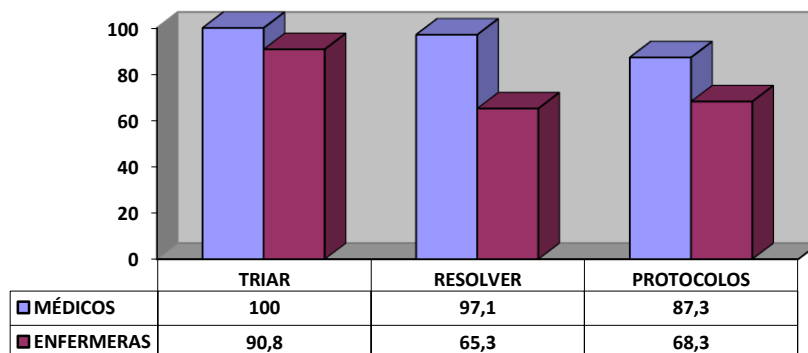
El 39,7% cree que afecta de forma positiva a su trabajo, el 38,4% de forma negativa y el 21,9% que no lo modifica. Por grupo profesional: Para el 72,8% de los médicos y el 51,6% de los administrativos les afecta de forma positiva, y al 75,2% de las enfermeras les afecta de forma negativa (**Figura 2**):



**Figura 2:** En qué forma afecta al trabajo

El 18,6% cree que afecta positivamente a las relaciones interprofesionales, el 37,6% de forma negativa y el 43,9% que no las modifica. Por grupo profesional: Afecta de forma negativa al 13,9% de los médicos, al 53,1% de administrativos y al 55,4% de enfermeras y de forma positiva al 36,6% de los médicos, 15,6% de los administrativos y 2% de las enfermeras.

En la segunda parte de la encuesta, dirigida solo a médicos y enfermeras, los resultados encontrados fueron (**Figura 3**).



**Figura 3:** Resolución de problemas por enfermeras

El 95,6% cree que las enfermeras están capacitadas para triar. El 100% de médicos y el 90,8% de enfermeras.

El 81,2% cree que algunos problemas pueden ser resueltos por enfermeras, el 97,1% de médicos y el 65,3% de enfermeras.

El 77,8% ve adecuado establecer protocolos de resolución, el 87,3% de médicos y el 68,3% de enfermeras.

En cuanto a los problemas susceptibles de protocolizar valorados entre 4 y 5, es decir como pertinente o muy pertinente es de un 68,2% para la disuria, 78,6% para la diarrea, 92,9% para las heridas, 91,0% para las quemaduras, 52,8% para las infecciones respiratorias agudas (IRAs), 79,5% para la anticoncepción de emergencia, 50,3% para la odinofagia, 41,6% para el ojo rojo y 46,9% para las lumbalgias.

### 3. Discusión

Destacamos la alta tasa de respuesta entre médicos y enfermeras, siendo algo menor entre los administrativos, por lo que pensamos que está bien representada la población a estudio. El hecho de contactar con personas "clave" de los equipos para que contribuyeran a su difusión posiblemente ha influido en la alta tasa de respuesta, así como el interés de los profesionales por mostrar su opinión sobre el tema.

Un dato interesante es la edad de los participantes ya que un 65% es mayor de 50 años, nos sugiere un sistema envejecido con poco recambio intergeneracional que debe preocupar. Esta realidad coincide con la manifestada por el Consejo General de Enfermería<sup>7</sup> que cifra en 40.000 los enfermeros que se jubilarán en 2020. Esta preocupación se extiende al Parlamento Europeo, que identifica como una de las principales amenazas de los sistemas nacionales de salud, el envejecimiento de los profesionales sanitarios, al respecto se dice "*El envejecimiento de los profesionales sanitarios es una bomba de relojería, ya que muchos de estos profesionales se están jubilando precisamente en el momento en que se está produciendo el envejecimiento general de la población, lo que, por ende, implica un aumento de las demandas de asistencia sanitaria y de asistencia de larga duración*"<sup>8</sup>.

La mala recepción que tuvo el triaje entre las enfermeras en el momento de su implantación, debido a que no se contara con ellas en la planificación ni organización, creemos que podría explicar en parte la diferencia en la estimación sobre la necesidad de algún sistema de triaje entre los tres grupos profesionales.

Llama la atención que el 73,6% considere necesario la existencia de algún sistema de Triage pero que el 75,3% crea que antes de su implantación no se demoraba la atención y que el 76,4% piensan que las personas atendidas mediante triaje presentan problemas poco o nada urgentes, lo que puede indicar que responde a necesidades de tipo organizativo pero no de necesidades poblacionales en cuanto atención a la urgencia.

Destaca que un 87,6% crean necesario hacer ajustes organizativos, esto puede explicar la diferencia en la satisfacción del sistema de Triage al comienzo y en el momento actual.

Nuestros resultados sobre la satisfacción con este sistema y cómo afecta al trabajo propio y a las relaciones interprofesionales, son muy llamativos, resultando inversos entre grupos profesionales, lo que para unos es muy positivo para otro grupo es muy negativo.

Contrasta con otros estudios<sup>9</sup> en los que la satisfacción de las enfermeras es positiva, pensamos que puede ser debido a la forma en cómo se implantó la medida, sin buscar consenso ni participación en la organización, respondiendo a intereses corporativos; en lugar de analizar las causas del aumento de pacientes sin cita y tratar, en base a ello, de buscar soluciones, se volcó a un grupo profesional lo que a otros molestaba.

Se ha visto en algunos trabajos que una buena parte de la actividad de las consultas médicas de AP corresponde a actividades burocráticas, llegando en algunos casos al 65% de los motivos de consulta, seguido de la actividad generada por los propios profesionales que alcanza en ocasiones un 55%<sup>10,11</sup>, lo que sugiere que hay un gran margen para introducir mejoras; no conocemos los datos de nuestra Área, luego no sería extrapolable, pero es presumible que no difiera en su conjunto del resto del Estado.

La necesidad de consensos y de participación de los profesionales en el desarrollo de los cambios organizativos, es fundamental para su aceptación y satisfactoria implementación, siendo las políticas de "todos ganan" las más adecuadas para conseguir buenos y duraderos resultados. El Proyecto de Mejora de la Organización del proceso asistencial en AP del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, es un buen ejemplo de ello (al menos sobre el papel), un proyecto, según dicen, ampliamente consensuado que persigue la calidad integral de la AP con una mejora de la satisfacción de profesionales y ciudadanos, en los que el primer pilotaje encuentran una alta satisfacción y aceptación del cambio de modelo asistencial por todos los profesionales implicados<sup>12</sup>.

Existen numerosos estudios sobre la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios, en ellos se manifiesta que la satisfacción repercute en la motivación y en la calidad global de los servicios ofertados, igualándolo a la preparación científica del profesional y constituyendo uno de los mayores protectores frente al estrés laboral y burnout<sup>13,14,15</sup>.

*"El La necesidad de consensos y de participación de los profesionales en el desarrollo de los cambios organizativos, es fundamental para su aceptación y satisfactoria implementación, siendo las políticas de "todos ganan" las más adecuadas para conseguir buenos y duraderos resultados."*



Además, una buena relación interpersonal aumenta el grado de satisfacción e ilusión por el trabajo, por contra, una mala relación en los equipos de AP se considera un factor de riesgo de desgaste<sup>16</sup>.

Supone un grave desconocimiento de la dinámica de los equipos imponer aspectos organizativos que puedan interpretarse como primar los intereses de un grupo profesional a costa de otros. Se ha visto que problemas que tienen que ver con deficiencias organizativas y funcionales se trasladan a las relaciones interprofesionales y que la solución de estas deficiencias, contribuiría a reducir el desencuentro que, en ocasiones, parece existir entre unos y otros profesionales<sup>17</sup>. Resulta sorprendente que en este caso se hagan justo las medidas contrarias, en lugar de aminorar ese desencuentro, se fomente.

Se ha destacado, así mismo, en la bibliografía, que los conflictos que deterioran la dinámica de trabajo en los equipos de AP, suelen surgir alrededor de la estructura de poder tradicional, incidiendo en que para conseguir un buen clima emocional se precisa un modelo asistencial de colaboración entre los distintos miembros del equipo<sup>18</sup>.

Por otro lado, se ha visto que el equipo funciona mejor cuando existe respeto profesional, hay una buena comunicación, contacto y colaboración entre los distintos miembros y se abandona el modelo jerárquico<sup>19</sup>. Pensamos que todos estos elementos deberían ser tenidos en cuenta por los equipos directivos.

Es sorprendente que un 97% de médicos frente a un 65% de enfermeras creen que hay problemas que pueden ser resueltos por enfermeras y un porcentaje similar vea pertinente el establecimiento de protocolos para determinados procesos. Para analizar las razones de estos resultados y contextualizar los resultados, habría que realizar otro tipo de estudio basado en técnicas cualitativas. Podríamos aventurar que una parte de la respuesta negativa de las enfermeras pueda ser un efecto rebote de la mala acogida que tuvo el Triage, pero no es suficiente.

Estas dos preguntas, eran las únicas en las que existía una relación estadísticamente significativa de la edad con el resultado, así las personas con más edad tienden más a responder que NO, siendo el valor *de* Ji al cuadrado de 12.43 y  $p = 0.014$  en la pregunta de si hay problemas que puedan ser resueltos por las enfermeras y de Ji al cuadrado es 9.20 y  $p = 0.056$  para la de si estiman pertinente el establecimiento de protocolos.

Hay un sector de enfermeras de Atención Primaria instalado en el rol de ATS y con pocas ganas de asumir nuevas tareas, pero también hay un importante sector que considera que antes de asumir tareas que no son propias, se debe reforzar la realización de las que sí lo son.

Algunas autoras consideran que la asunción de determinadas actividades, hasta ahora propias de los médicos, empobrece el papel de la enfermera, no aportan valor y no contribuyen al cuidado, en el término clásico de ayuda al enfermo<sup>20</sup>. Otras autoras<sup>21</sup> consideran que se debe valorar la asunción de determinadas tareas de forma que no impidan el propio desarrollo profesional y que para potenciar éste, se debe funcionar desde "sólidas bases disciplinares" y situarnos en "la parcela enfermera" en lugar de ocupar parcelas ajenas. Rosa M<sup>a</sup> Alberdi define el trabajo excelente como *aquel que cumple dos condiciones: soluciona problemas de los clientes y hace evidente la contribución profesional al bienestar individual y social*. Propone ante situaciones similares, hacernos dos preguntas: si la realización de esa determinada actividad ayuda a solucionar problemas y si contribuye a que se haga evidente la aportación de la enfermera<sup>22</sup>

Otros autores<sup>23</sup> abogan por que las consultas de enfermería sean otra puerta de entrada al sistema y den respuesta a la demanda habitual de gran número de pacientes para la solución de episodios agudos o procesos menores; consideran un requisito que estas consultas sean

resolutivas para evitar duplicidades y que para que estas consultas, realizadas por enfermeras, sean eficientes debe propiciarse una máxima colaboración interprofesional.

Existen ya numerosos trabajos que concluyen que las enfermeras pueden ser igual de resolutivas que los médicos<sup>24,25</sup>; la Biblioteca Cochrane Plus en una reciente revisión<sup>26</sup> concluye que *“una mayor disponibilidad de enfermeras atendiendo a los pacientes en su primer contacto con el sistema, en las consultas de atención primaria, conduciría probablemente a mayores niveles de satisfacción de los pacientes y calidad de los cuidados, sin comprometer la resolución de sus procesos”*.

En cuanto a los problemas susceptibles de protocolizar, vemos que se considera pertinente o muy pertinente en un 92,9% y un 91% para heridas y quemaduras, estos dos procesos se consideran propios de la actividad de las enfermeras y habitualmente llegan directamente a nuestras consultas desde el servicio de administración; para el resto de problemas, la respuesta es variada, siendo la anticoncepción de emergencia el siguiente proceso que se considera pertinente a protocolizar, lo que parece lógico ya que en el momento actual es de venta libre en farmacia.

Son varias las voces<sup>27,28,29</sup> que hablan de la necesidad de redistribución de competencias y reorganización de servicios de cara a dotar de mayor eficiencia al sistema sanitario; se propugna abandonar las tradicionales fronteras profesionales<sup>25</sup> dado que existen tareas intercambiables que pueden realizar unos y otros, poniendo el foco de atención en la mejora del sistema y de atención a los ciudadanos.

## Conclusiones

La aceptación del Triage en AP por los distintos profesionales de nuestra Área Sanitaria es muy diferente según categoría profesional, siendo muy positiva para los médicos, positiva para administrativos y muy negativa para las enfermeras.

Existe unanimidad en la demanda de cambios organizativos en la realización de esta actividad; los equipos directivos deberían recoger esta petición e instaurar medidas consensuadas que supongan mejoras organizativas globales bajo el espíritu de *“todos ganan”*.

La resolución por profesionales de enfermería de procesos agudos es más aceptado por médicos que por enfermeras, pero parecen darse las condiciones para su implantación.

## Bibliografía

1. Bellón Saameño JA. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras. Consultado 15 de marzo de 2013. Disponible en [http://www.ics.gencat.net/forum/plahivern/documents\\_suport/3\\_gestion.pdf](http://www.ics.gencat.net/forum/plahivern/documents_suport/3_gestion.pdf)
2. García Pérez MA, Martín Moreno V, Ramírez Puerta D, González Martínez Y, Hidalgo Vicario I, Escribano Ceruelo E et al . Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2013 Abr 27] ; 21(3): 219-226. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300008&lng=es).
3. Bellón Saameño, JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. Aten Primaria. 2006;38:293-8. - vol.38 núm 05
4. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2013 Abr 27]. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000200008>

5. Pascual M. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. *Emergencias* 2012; 24: 196-202
6. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L y Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria*. 2008;40(8):387-91
7. Consideraciones de la Organización Enfermera Colegial en relación con los acuerdos adoptados por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de fecha 18 de marzo de 2010. Consultado 27 de abril de 2013. Disponible en <http://www.coib.org/uploadsBO/Generica/Documents/LLEVADORES.PDF>
8. INFORME sobre la modernización de la protección social y el desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad. (2004/2189(INI)) Comisión de Empleo y Asuntos Sociales. Ponente: Milan Cabrnach. Parlamento Europeo. Documento de sesión. A6-0085/2005. Consultado 27 de abril 2013. Disponible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2005-0085+0+DOC+XML+V0//ES>
9. RafolsCrestani A, Sieira Ribot MA, De Ciurana Gay M, Franco Comet P, Font Roura P, Torrent Gon S. Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos?. *Semergen*.2010;36(10):562-565.
10. Millas Ros J. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico?. *Aten Primaria*. 2011;43(10):516-523
11. Pedrera Carbonell V, Gil Guillen V, Orozco Beltran D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya Garcia MI. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005; 35: 82-8.
12. Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en atención primaria. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. Dirección de Atención Primaria. 2009. Consultado 27 de abril de 2013. Disponible en <https://www.google.es/search?q=Proyecto+de+mejora+de+la+organizaci%C3%B3n+del+proceso+asistencial+en+atenci%C3%B3n+primaria.+Gobierno+de+Navarra%2C+Departamento+de+Salud.+Direcci%C3%B3n+de+Atenci%C3%B3n+Primaria.+&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>
13. Fernández Canti G. Satisfacción laboral y salud psíquica en el mundo sanitario ¿un lujo? *Todo Hosp* 1995; 118: 29-36.
14. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
15. García S, González JA. Factores de motivación de los profesionales de la salud en Aten Primaria. *FMC* 1995;2:1.).
16. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31(4):227-33
17. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2000;25:34-47.

18. March Cerdá JC, Oviedo-Joekes E, Romero Vallecillos M, Prieto Rodríguez MA y Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria*. 2009;41(2):69-75
19. Garcia Romera I, Danet Danet A, March Cerdá JC. El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;25:200-6.
20. Ferrer Arnedo C. El abordaje de la cronicidad: la enfermería comunitaria ante una estrategia asentada en el cuidado. *EFC*, Vol 1, nº 1, febrero 2013
21. Cuxart i Ainaud N. La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. Consultado 5 de mayo 2013. Disponible en [http://www.coib.cat/uploadsBO/Article/Documents/CONF%20NCUXART%206-06%20CAST\\_MAQUETAT.PDF](http://www.coib.cat/uploadsBO/Article/Documents/CONF%20NCUXART%206-06%20CAST_MAQUETAT.PDF)
22. Alberdi Castell R. "Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el poder de las enfermeras. *Revista ROL de Enfermería*, 1998; 239-240 (27-31).
23. Martín Santos F, Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comun* 2005, 1(1):35-42
24. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Consultada 1 de junio 2013. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
25. Tapia Valero C, Montero Morales C, Rodríguez Herrera M, Duarte Climents G, Sánchez Gómez MB, Vargas Álvarez C et al. La enfermera: primer contacto de los Pacientes en atención primaria. Revisión Sistemática. Banco de Evidencias en Cuidados. Portal de Salud Castilla y León. Consultado 16 de mayo de 2013. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/invesalud/banco-evidencias-cuidados>
26. La Biblioteca Cochrane Plus. Nurse practitioners frente a médicos en atención primaria: igual efectividad y pacientes más satisfechos. 2013 Número 3 ISSN 1745-9990. Consultado 27 de abril de 2013. Disponible en <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20797081&DocumentID=GCS15-2>
27. Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enferm* 2012; 15(6): 26-32
28. Ortún V. La enfermería en el mundo que viene. *Enfer Clin*. 2013; 23 (2): 45-47
29. Hernández Yañez JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Fundación Alternativas. Consultado 30 de mayo 2013. Disponible en <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>



SI  (1)                      NO  (2)

12. ¿Piensas que sería necesario algún tipo de ajuste organizativo?

SI  (1)                      NO  (2)

13. Consideras que el triaje afecta a tu trabajo diario de forma:

Positiva  (1)              Negativa  (2)              No se ha modificado  (3)

14. Consideras que el triaje afecta la relación interprofesional del EAP de forma:

Positiva  (1)              Negativa  (2)              No se ha modificado  (3)

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON A CONTESTAR SOLO POR  
PROFESIONALES SANITARIOS**

15. ¿Opinas que las enfermeras están capacitadas para realizar el triaje?

SI  (1)                      NO  (2)

16. ¿Consideras que algunos motivos de triaje podrían ser resueltos por enfermería sin necesidad de una consulta médica posterior?

SI  (1)                      NO  (2)

17. ¿Te parecería adecuada la incorporación de protocolos de actuación, en patología menor, para que las enfermeras puedan llevar a cabo la valoración, diagnóstico y tratamiento sin necesidad de consulta médica posterior?

SI  (1)                      NO  (2)

***En el caso de que hayas contestado que SI:***

18. De las siguientes patologías, valora de 1 (muy poco) a 5 (mucho) la pertinencia de elaborar alguno de estos protocolos.

18.1 Disuria	1	2	3	4	5
18.2 Diarrea	1	2	3	4	5
18.3 Heridas	1	2	3	4	5
18.4 Quemaduras	1	2	3	4	5
18.5 Sintomatología respiratoria de vías altas	1	2	3	4	5
18.6 Anticoncepción de emergencia	1	2	3	4	5
18.7 Odinofagia	1	2	3	4	5
18.8 Ojo rojo	1	2	3	4	5
18.9 Dolor mecánico lumbar	1	2	3	4	5

Otros: Especificar

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**