

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN MORFOLOGÍA Y EVALUACIÓN EN
CIENCIAS DE LA SALUD.**

Análisis de efectividad y eficiencia de la cirugía menor en costes, calidad técnica y calidad percibida, según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza.

Enrique Oltra Rodríguez

Oviedo, 2013



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN MORFOLOGÍA Y EVALUACIÓN EN
CIENCIAS DE LA SALUD.**

Análisis de efectividad y eficiencia de la cirugía menor en costes, calidad técnica y calidad percibida, según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza.

Enrique Oltra Rodríguez

Oviedo, 2013

RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma:	Inglés:
Análisis de efectividad y eficiencia de la cirugía menor en costes, calidad técnica y calidad percibida, según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza.	Analysis of the effectiveness and efficiency of minor surgery in terms of cost, technical quality, and perceived quality, in relation to the professional staff and levels of assistance where it was performed.

2.- Autor	
Nombre:	DNI/Pasaporte/NIE:
Enrique Oltra Rodríguez	
Programa de Doctorado: MORFOLOGIA Y BIOLOGIA CELULAR	
Órgano responsable: DPTO.MORFOLOGIA Y BIOLOGIA CELULAR	

RESUMEN (en español)

La cirugía menor (CM) comprende una serie de técnicas quirúrgicas que se realizan en la piel, en las faneras o en el tejido celular subcutáneo para tratar lesiones que inicialmente no son sospechosas de malignidad.

En España, en la actualidad y desde tiempos remotos, estas técnicas son realizadas por profesionales de diferentes disciplinas (médicos, enfermeras, podólogos...), de diversas especialidades (dermatólogos, cirujanos, traumatólogos...) así como en distintos niveles de la asistencia sanitaria (atención primaria y hospital). Desde la década de los años noventa del pasado siglo se ha potenciado estructuralmente la realización de CM en atención primaria (AP), con resultados satisfactorios según reflejan los estudios realizados. Lo mismo ocurre en países de nuestro entorno desde hace aun más tiempo.

Revisada la bibliografía se observan escasos estudios consistentes de evaluación tanto de la calidad como de la satisfacción y aun menos si se trata de evaluaciones económicas, en estos últimos siempre se encuentran diferencias a favor de AP respecto a los hospitales, que oscilan entre un 30 y un 90% de los costes. Los análisis se realizan siempre teniendo en cuenta los

costes sanitarios directos referidos solamente al acto quirúrgico.

Por todo ello como objetivo de la presente tesis se plantea la evaluación y comparación no solo del acto quirúrgico, sino de todo el proceso asistencial, en relación a la calidad técnica y la calidad percibida por el usuario en los diversos entornos donde se lleva a cabo la CM. Así mismo se realiza una evaluación económica de esta tecnología sanitaria.

Métodos:

El análisis de la calidad técnica se ha realizado revisando el cumplimiento de la Normas Técnicas Mínimas (NTM) establecidas por el Ministerio de Sanidad sobre una muestra aleatorizada de 579 historias clínicas informatizadas en tres áreas de atención primaria y otra de 92 historias tradicionales en los hospitales de dos áreas sanitarias. El análisis de calidad percibida se ha llevado a cabo mediante encuesta telefónica basada en el modelo SERVQUAL a 255 usuarios a los que se les había realizado CM, así mismo se estudia la vivencia de los pacientes mediante entrevistas semiestructuradas y a través del método cualitativo de la Grounded Theory (Teoría Fundamentada). La evaluación económica se ha realizado mediante un análisis coste-consecuencia. Con este fin se estimaron los costes directos sanitarios y no sanitarios y los costes indirectos, utilizando diversas fuentes para la obtención de los datos necesarios y siguiendo, en general un enfoque "abajo-arriba". El estudio se llevó a cabo desde una perspectiva social en la medida en que además de los costes que supone para los servicios públicos de salud, se consideró el valor asumido directamente por los usuarios y el de la actividad productiva perdida por incapacidad laboral transitoria.

Entre los resultados encontrados cabe destacar:

Que la CM se realiza de forma segura, observándose un 2,3% de complicaciones leves.

Entre un 0,52% y un 0,6% de la población (IC 95%) precisó anualmente algún tipo de CM urgente o programada en su centro de salud. El grupo de edad más demandante de este servicio es el situado entre 36 a 55 años y la distribución por sexos globalmente muy similar, aunque los hombres requieren más CM urgentes (62,7%) y las mujeres más CM programadas (57,9%).

En atención primaria los episodios de CM los abren de forma muy similar tanto los médicos como las enfermeras, pero las intervenciones las realizan más éstas (62% de las programadas y 87% de las urgentes) que los médicos (38% de las programadas y 13% de las urgentes).

Los usuarios se declaran como satisfechos o muy satisfechos en un 89,48% cuando la intervención la realiza un médico en el hospital, en un 98% si es la enfermera de AP y en un 98,55% si es el médico en AP. El ítem con puntuación más baja es la percepción del tiempo de espera en el hospital, con el que están satisfechos el 50% de los usuarios.

Respecto a la calidad técnica según cumplimiento de NTM, la media global de cumplimiento de las mismas es de 88,32% médico de hospital, 62,96% enfermera de AP y 48,64% médico de

AP. Encontrándose claras oportunidades de mejora en lo que se refiere al consentimiento informado y a la solicitud de análisis histológico en AP y a constancia de anestesia y tipo de esta en el hospital.

Finalmente respecto a los costes tanto de la intervención quirúrgica y aun más si se considera el proceso completo, se cumple lo planteado en las hipótesis de estudio y son claramente más beneficiosos tanto para el sistema sanitario como para el usuario, cuando la CM se realiza en AP, siendo los costes totales encontrados en el estudio (costes directos sanitarios y no sanitarios, más costes indirectos) en AP (172,51€ cada proceso completo) 3,3 veces menores que en el hospital (587,89€). Proyectando esta diferencia al número de intervenciones que se realizan en los hospitales y que se podrían realizar en AP, la cantidad resultante, sin disminuir la calidad del proceso, supone un ahorro considerable. El ahorro estimado en los costes directos sanitarios del proceso completo, una vez contemplado el aumento del número de análisis histológicos que se debería solicitar en AP para mejorar la calidad, se sitúa en un intervalo que va desde casi 1,2 hasta algo más de 1,3 millones de euros al año por cada millón de habitantes.

Conclusiones:

La CM por la frecuencia en que es precisada por la población supone una considerable carga de trabajo para los servicios sanitarios.

La forma de resolver esta demanda se hace con gran satisfacción para los usuarios atendidos sin que se encuentren diferencias significativas según el profesional ni el nivel sanitario donde se realice.

Se detectan oportunidades de mejora para seguir incrementando la seguridad técnica y legal de la CM.

Dado el volumen de actividad y las diferencias económicas existentes entre realizar la CM en AP o en hospital, el ahorro que supone merecería ser tenido en cuenta en la planificación sanitaria.

Palabras clave:

Cirugía Menor; Enfermería; Economía; Evaluación de la Tecnología Biomédica; Calidad de la Atención de Salud.

RESUMEN (en Inglés)

Minor surgery includes a number of surgical procedures carried out on skin, skin appendages, or subcutaneous tissue in order to treat injuries that do not appear to be malignant at this initial stage.

Nowadays in Spain, these techniques are performed by professionals from different disciplines (doctors, nurses, podiatrists, etc.), and specialities (dermatologists, surgeons, orthopaedists, etc.), as well as at different levels of health care (primary care and hospital care), as, indeed, they have been for many years. From the 90s, minor surgery in primary care has been strengthened at a structural level, with satisfactory outcomes according to the studies carried out. The same has been happening in countries around Spain for even longer.

A review of the literature revealed that there were few consistent studies of the assessment of both the quality and the degree of satisfaction with this surgery, and even fewer when it comes to an evaluation of the economics. With regard to the latter, differences ranging between 30% and 90% of the costs were found in favor of primary care with respect to hospital care. Moreover, these studies have always been carried out taking into account exclusively the direct health costs referring to the surgery.

The aim of this thesis, therefore, is to assess and compare not just the surgery itself, but the entire care process in relation to the quality of the techniques employed and the quality perceived by the user in the different environments where the minor surgery takes place. In addition, an evaluation of the economics of this health technology will also be carried out.

Methods:

The analysis of the technical quality of the surgery was carried out by checking the extent to which the Minimum Technical Norms (MTN) established by the Ministry of Health were fulfilled in a randomized sample of 579 electronic medical records in three primary health-care areas, and a second sample of 92 traditional medical records in hospitals of two health-care areas. The analysis of the quality perceived was carried out by the means of telephone surveys of 255 users who had received minor surgery based on the SERVQUAL model. The experience of patients was studied through semi-structured interviews, and through the Grounded Theory qualitative method. The economic evaluation was carried out by means of a cost-consequence analysis. To this end, direct health care and non-health care costs and indirect costs were estimated using various sources in order to obtain the necessary data, following, in general, a bottom-up approach. The study was carried out from a social perspective to the extent that in addition to the costs entailed for the health public services, the value assumed directly by the users was considered, as well as the loss in productivity because of temporary disability.

Of the results obtained, the most significant are that:

Minor surgery is performed safely, with only 2.3% of minor complications.

Between 0.52% and 0.6% of the population (IC 95%) needed some kind of minor surgery per year, either urgent or scheduled, in their primary health care center. The commonest age range for this service lies between 35 and 55, and distribution by gender is very similar, though men require more urgent minor surgery (62.7%) and women were shown to need more scheduled minor surgery (57,9%).

In primary care the minor surgery which takes place is performed by both practitioners and nurses but, the procedure is performed to a greater extent by the latter (62% of the scheduled and 87% of the urgent) than by practitioners (38% of the scheduled and 13% of the urgent).

89.48% of users said they were satisfied or very satisfied when the procedure had been performed by a doctor in a hospital, meanwhile 98% felt this way when the minor surgery was performed by a nurse in primary care, and 98.55% if the minor surgery was performed by a GP. The item with the lowest score was the amount of time the user had to wait in the hospital, with 50% of satisfied users.

With regards to the technical quality of the minor surgery in relation to the fulfillment of MTN, the global overall average fulfillment was 88.32% for minor surgery performed by a doctor in a hospital, 62.96% for a nurse in a primary care centre, and 48.64% for a GP. Clear opportunities for improvement were found in relation to informed consent and the request for histological analysis in primary care, and to the recording of the use of anesthetics in hospitals, and of the type used.

Finally, with regard to the costs of surgery, particularly if the entire process is taken into account, the hypotheses put forward at the beginning of this study are confirmed. The costs are clearly more profitable, both for the health system and for the user, when minor surgery is performed in primary care. The total cost found in the study (direct health costs and non-health care costs, together with indirect costs), was 3.3 times lower in primary care (172.51€ per complete process) than in a hospital (587.89€). Taking into account the number of interventions that are carried out in hospitals, and that could be performed in primary care, the total amount resulting, with no loss in the quality of the process, means a considerable saving (up to 1.5 million euros per year per million inhabitants). The estimated saving in direct health costs lies somewhere between almost 1.2m to slightly more than 1.3m euros per year for every one million inhabitants, after taking into account the increase in the number of histological analyses that should be requested in primary care to improve the quality.

Conclusions:

Minor surgery constitutes a considerable amount of work for health services due to the frequency with which it is required by the population.

Users indicate high levels of satisfaction with the way in which the demand for minor surgery is met, with no significant differences found between the different professionals who perform the surgery, or the health care level at which it is carried out.

Opportunities were detected for continuing to increase the technical and legal security of minor surgery.

The volume of activity and the economic differences that exist between minor surgery in primary care and in hospitals, warrant taking into account the potential saving of surgery performed in primary care when planning health services.

Keywords: Surgical Procedures, Minor; Nursing; Economics; Technology Assessment, Biomedical; Quality of Health Care.



Universidad de Oviedo. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Departamento de morfología y biología celular.

Memoria del trabajo de investigación:

Análisis de efectividad y eficiencia de la cirugía menor en costes, calidad técnica y calidad percibida, según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza.

Presentada por:

Enrique Oltra Rodríguez. Máster en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante.

Para optar al título de Doctor por la Universidad de Oviedo.

Dirigida por:

Dr. Benjamín Fernández García.

Departamento de morfología y biología celular. Universidad de Oviedo.

Dra. Laura Cabiedes Miragaya.

Departamento de economía aplicada. Universidad de Oviedo.

Oviedo, 24 de junio de 2013

Materias según la NICCT de la UNESCO	329901 Enfermería	321399 Cirugía Menor	531207 Economía Sector Salud	3212 Salud Pública
--------------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------	-----------------------

Agradecimientos:

Cuando el discurrir de la vida ya ha avanzado un tramo significativo, te das cuenta de que se acumulan los errores que debes ir asumiendo, pero que los éxitos te pertenecen cada vez menos, ellos son de propiedad colectiva. Ambos, éxitos y fracasos son las dos caras de la misma moneda, ambos nos conforman de la misma manera.

El recorrido es de cada uno, pero no exclusiva ni posesivamente, el camino no hubiese sido posible sin el apoyo, el cariño, el amor, la enseñanza, el ejemplo... el acompañamiento en el caminar de muchos otros. Es por ello que sin ánimo de ser exhaustivo, y consciente de que la neblina del recuerdo impedirá que estén todos los que debieran estar, quisiera entregar mi más sincero agradecimiento:

Al Dr. Benjamín Fernández García. Juntos recorrimos maravillosos tramos de nuestras vidas, juntos "echamos" nuestros primeros puntos de sutura cuando compartimos nuestros inicios en la cirugía menor, y con su sabia dirección de esta tesis cerramos un círculo, seguro que para abrir muchos más.

A la Dra. Laura Cabiedes Miragaya, sin su contribución la parte económica de esta tesis nunca hubiese tenido la consistencia metodológica que presenta.

A quienes me acompañaron en el recorrido de la elaboración de la presente tesis, haciendo realidad que investigar o es en equipo o no es investigar, y que si a la ciencia se le añade amistad, la vivencia es fantástica: Cristina González, Sofía Osorio y Rosi Riestra.

A Paz Sánchez, a Cristina González y a Luis Mendi, con ellos aprendí, con ellos enseñé y con ellos asumí retos respecto a la cirugía menor, a su lado y con su afecto crecí en la cirugía menor y en la profesión.

Al ATS Yayo (D. Gonzalo Cuevas) y al Dr. Luis Vallina, ellos fueron mis inicios en la cirugía menor, me enseñaron y confiaron en mí allá por los años setenta del pasado siglo cuando yo aún no había iniciado mi andadura profesional, cuando yo aun no era ni siquiera un proyecto.

A mis grandes maestros quienes me enseñaron a comprender, amar, valorar y comprometerme con mi profesión sin techos ni límites, sin más horizonte que el servicio a las personas y a la sociedad, lo que viene a ser lo mismo: Ana Guti, Raquel Otero, M^a Teresa Piulach, M^a del Mar Martínez, José Ramón Martínez Riera y muchos otros en la cotidianidad del día a día.

A José Antonio Galiana, Manuel Domínguez y Francisco Javier Pérez, fundadores de Gadacime, escuela gaditana de cirugía menor, y a todos aquellos que con valentía y contra vientos, modas y mareas han entendido que la cirugía menor es una de las aportaciones que nuestra profesión puede realizar a la sociedad, así la entienden, así la defienden y así la desarrollan.

A Pablo Martínez Cambolor por su disponibilidad y por hacer que con su bonhomía el rigor de la estadística adquiriera una cara entendible y hasta amable. A la Oficina de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias por su inestimable apoyo.

A mis pacientes y a mis alumnos por depositar en mí su confianza y además honrarme con su agradecimiento, ellos han sido y siguen siendo mi referencia permanente.

A las montañas y a quienes me han acompañado en mis andaduras y en mis andanzas por ellas. Allí he aprendido que lo importante es el camino y no la meta, y también a soportar y superar las durezas. Me ha enseñado el significado de la cima y también que la cima nunca es el final.

A mis padres y hermanos, a los de toda mi vida y también a los de mi edad adulta, porque me quieren y porque les quiero.

Dedico esta tesis a Rosi y a Juan,
mi familia,
mis amores, mis compañeros de vida, mis cómplices,
mi felicidad, mi todo.

Índice de contenidos:

Gráficos, figuras y tablas:	9
Siglas y acrónimos:	13
1- Introducción y justificación:	15
1.1- Conceptos y definiciones relativas a la Cirugía Menor.	17
1.2- La cirugía menor en la historia de la enfermería.	21
1.3- Legislación en relación a la cirugía menor.	51
1.4- La evaluación de la CM como tecnología sanitaria.	55
1.5- Estado actual de la cuestión respecto a la CM.	63
2- Objetivos e hipótesis.	73
2.1- Objetivo general.	75
2.2- Objetivos específicos.	75
2.3- Hipótesis.....	75
3- Material y métodos: aspectos comunes a todas las fases de la investigación.	77
3.1- Ámbito del estudio.	79
3.2- Fases del estudio.	80
3.3- Aspectos éticos y legales.....	81
4- Parte I: Análisis de la calidad técnica.	83
4.1- Material y método.....	85
4.2- Resultados.	87
4.2.1: Características de la población.	87
4.2.2: Características de la muestra.....	88
4.2.3: Resultados de la CM Programable.....	91
4.2.4: Resultados de la CM Urgente.	103
4.3- Conclusiones.....	107
5- Parte II: Análisis de la satisfacción percibida por los usuarios e implicaciones de la intervención de CM en la vida diaria del usuario.	111
5.1- Material y método.....	113
5.2- Resultados.	123
5.2.1- Características generales de la muestra.	123
5.2.2- Resultados de la CM programada.....	126
5.2.3- Resultados de la CM urgente.....	137
5.2.4- Modelización de la satisfacción general.	143

5.2.5- Implicaciones de la intervención de CM en la vida diaria del usuario.....	147
5.3- Conclusiones.....	151
6- Parte III: Análisis cualitativo, vivencia percibida por los usuarios.....	155
6.1- Introducción al análisis cualitativo.....	157
6.2- Pacientes y método.....	161
6.3- Resultados.....	165
6.4- Conclusiones.....	175
7- Parte IV: Análisis económico.....	179
7.1- Material y método.....	181
7.2- Resultados.....	213
7.2.1: Resultados de la estimación de costes.....	213
7.2.2: Aproximación al coste de oportunidad de las intervenciones de CM en relación a las listas de espera hospitalarias.....	220
7.2.3: Síntesis del impacto de las intervenciones de CM en términos de la calidad técnica y de la calidad percibida por el usuario.....	222
7.2.4: Análisis coste-consecuencia.....	225
8- Discusión y conclusiones.....	227
8.1- Discusión.....	229
Limitaciones del estudio.....	239
8.2- Conclusiones.....	241
8.2.2- Conclusiones del estudio.....	241
8.2.3- Líneas futuras de investigación.....	242
9- Bibliografía.....	243
10- Anexos.....	257
ANEXO I: Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias.....	259
ANEXO II: Autorización de los responsables de los centros sanitarios estudiados.....	261
ANEXO III: Cálculo de costes. Aplicación de tasas de descuento.....	263
ANEXO IV: Cálculo de costes. Análisis de sensibilidad.....	265
ANEXO V: Publicaciones y presentaciones en reuniones científicas de los resultados de la Tesis.....	267
ANEXO VI: Premios y financiación.....	269

Gráficos, figuras y tablas:

Gráficos:

Gráfico 1: Distribución de la muestra según edad

Gráfico 2: Distribución de la muestra por sexos según tipo de CM

Gráfico 3: Distribución de la muestra según edad y sexo.

Gráfico 4: Agrupación por rangos de edades, según sexo y tipo de CM.

Gráfico 5: Diagnósticos encontrados en la muestra estudiada.

Gráfico 6: Tipo de intervenciones encontradas en la muestra estudiada.

Gráfico 7: Derivaciones de CM entre médicos y enfermeras de AP.

Figuras:

Figura 1: Diferenciación de la enfermería latina y anglosajona desde el S. XVI.

Figura 2: Esquema de la evaluación de tecnologías sanitarias.

Figura 3: Modelización de los factores de satisfacción (I).

Figura 4: Modelización de los factores de satisfacción (II).

Figura 5: Motivación para consultar la lesión.

Figura 6: Factores influyentes en la percepción del proceso.

Figura 7: Circuitos para la resolución de problemas mediante CM.

Figura 8: Circuito de derivación del paciente al hospital.

Tablas:

Tabla 1: Salarios en tres hospitales en el S XIX.

Tabla 2: Dimensiones de satisfacción del paciente

Tabla 3: Resumen estudios comparativos de evaluación económica de la CM llevada a cabo en el contexto británico.

Tabla 4: Resumen de estudios comparativos de evaluación económica de la CM llevada a cabo en el contexto español.

Tablas 5.a - 5.h: Características de la población y muestra a estudio.

Tablas 6.a - 6.v: Resultados de calidad técnica de la CM programada.

Tablas 7.a - 7.h: Resultados de calidad técnica de la CM programada.

Tabla 8: Cuadro resumen de CM programada.

Tabla 9: Cuadro resumen de CM Urgente.

Tabla 10: Los cinco criterios o dimensiones explorados por el Modelo SERVQUAL.

Tabla 11: Categorización de los cuestionarios utilizados en los estudios referidos y en el presente, dentro de las dimensiones SERVQUAL.

Tabla 12: Alfa de Cronbach eliminando cada elemento analizado.

Tabla 13: Causas de las encuestas de satisfacción no realizadas.

Tabla 14: Distribución de episodios programados y urgentes en la muestra total y en las encuestas recogidas.

Tabla 15: Distribución de intervenciones olvidadas de episodios programados y urgentes.

Tabla 16: Distribución de edad en la muestra calculada y en la obtenida.

Tabla 17: Distribución por sexos entre las encuestas contestadas y no contestadas.

Tabla 18: Distribución por nivel asistencial entre las encuestas contestadas y no contestadas.

Tabla 19: Distribución por profesional entre las encuestas contestadas y no contestadas.

Tabla 20: Percepción de la calidad según género.

Tablas 21.a, hasta 21.u: Resultados de la calidad percibida en la CM programada.

Tabla 22.a, hasta 22.i: Resultados de la calidad percibida en la CM urgente.

Tabla 23.a, hasta 23.o: Implicaciones de la intervención de CM en la vida diaria del usuario.

Tabla 24: Cuadro resumen de la calidad percibida en la CM programada.

Tabla 25: Cuadro resumen de CM urgente.

Tabla 26: Guía de la entrevista semiestructurada.

Tabla 27: Tipos de análisis de evaluación económica.

Tabla 28: Tipos de análisis de evaluación económica.

Tabla 29: Duración de las intervenciones de CM realizadas en AP, según diagnóstico.

Tabla 30: Tabla 30: Duración de las intervenciones de CM realizadas en el Servicio Andaluz de Salud, según diagnóstico.

Tabla 31: Duración de las intervenciones de CM realizadas en el hospital.

Tabla 32: Tipos de costes contemplados en el estudio.

Tabla 33: Tarifas autonómicas de CM y estudios histológicos, en euros y corregidas a junio de 2009 según variaciones del IPC.

Tabla 34: Normativa autonómica reguladora de las tarifas de los servicios sanitarios.

Tabla 35: Tarifas de consultas profesionales.

Tabla 36: Retribución del personal en el SESPA.

Tabla 37: Valor oficial de las consultas en el SESPA.

Tabla 38: Número de unidades y coste del material fungible necesario en CM.

Tabla 39: Coste del material clínico asistencial y de esterilización necesario para CM.

Tabla 40: Instrumental quirúrgico necesario para CM.

- Tabla 41: Costes del proceso previo a la intervención de CM.
- Tabla 42: Costes de la intervención de CM.
- Tabla 43: Costes del proceso posterior a la intervención de CM.
- Tabla 44: Costes sanitarios directos totales del proceso de CM.
- Tabla 45: Costes directos no sanitarios.
- Tabla 46: Costes indirectos relacionadas con la pérdida de jornadas laborales.
- Tabla 47: Costes totales: directos sanitarios y no sanitarios, más indirectos.
- Tabla 48: Ahorro según ciertos supuestos realizando la CM hospitalaria la opción menos costosa.
- Tabla 49: Listas de espera para consultas, técnicas y pruebas diagnósticas en dermatología (agosto 2011-julio 2012).
- Tabla 50: Listas de espera quirúrgicas en dermatología (febrero 2010 - enero 2011).
- Tabla 51: Resumen de la encuesta de calidad percibida por el usuario.
- Tabla 52: Resumen de la calidad técnica.
- Tabla 53: Resumen comparativo resultados/costes.

Siglas y acrónimos:

AE	Atención Especializada
AETS	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
AP	Atención Primaria de Salud
APD	Asistencia Pública Domiciliaria
ATS	Ayudantes Técnicos Sanitarios
AVAC	Años de vida ajustados por calidad
CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CCAA	Comunidades Autónomas
CI	Consentimiento informado
CM	Cirugía Menor
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DE	Desviación estándar
DUE	Diplomatura Universitaria en Enfermería
EETS	Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias
EFQM	European Foundation for Quality Management
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
EURONHEED	European Network of Health Economic Evaluation Database
GADICIME	Grupo Andaluz para el Desarrollo y la Investigación de la Cirugía Menor
GDR	Grupos de diagnósticos relacionados
GESBE	Gestión Sanitaria Basada en la Evidencia
ILT	Incapacidad Laboral Transitoria
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
IPC	Índice de precios al consumo
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NTM	Normas Técnicas Mínimas
PBAC	Pharmaceutical Benefits Advisory Comitee
SERVQUAL	Service of quality
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SNS	Sistema Nacional de Salud
SQL	Structured Query Language
TF	Teoría Fundamentada

1- Introducción y justificación:

1.1- Conceptos y definiciones relativas a la Cirugía Menor.

La primera definición de la época actual y la más clásicamente considerada sobre la Cirugía Menor (CM) data de 1986 y se la debemos al Dr. Menon quien la expuso en el artículo *Minor surgery in general practice*, publicado en la revista *The Practitioner*. Decía: *“La cirugía menor ambulatoria incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones posquirúrgicas significativas”*¹

Posteriormente, esta definición se ha ido completando o matizando por diversos autores, contemplando otros aspectos como aquellos que se refieren a que no se precisan instrumental quirúrgico ni instalaciones sanitarias sofisticadas, que respecto a la lesión no existan sospechas iniciales de malignidad, que no concurren circunstancias relativas a las condiciones de salud o de otra índole que supongan un riesgo inasumible en el ámbito de la atención ambulatoria, que el objetivo es en general terapéutico, pero también puede tener finalidad diagnóstica o que los cuidados postquirúrgicos que requiera sean poco especializados y pueden ser asumidos por el propio paciente o su familia^{2,3,4}.

Basándonos en las características definitorias mencionadas se pueden enumerar las lesiones susceptibles de ser abordadas y las técnicas utilizadas para su resolución.

Lesiones:

- Lipomas
- Quistes cutáneos y subcutáneos
- Lesiones de origen vírico (verrugas, papilomas, condilomas...)
- Heridas agudas y crónicas
- Traumatismos ungueales
- Otras alteraciones ungueales
- Cuerpos extraños en piel y tejido subcutáneo
- Queratosis actínica y seborreica
- Cuernos cutáneos
- Otras...

Técnicas:

- Sutura de heridas
- Desbridamientos de heridas agudas y crónicas
- Drenaje de abscesos
- Escisión de lesiones superficiales
- Cirugía ungueal
- Crioterapia
- Electrocirugía
- Extirpación de lesiones cutáneas y subcutáneas
- Otras...

Clásicamente se han descrito múltiples ventajas de realizar la CM en Atención Primaria (AP)^{5,6} tanto para el usuario como para el profesional y para el sistema sanitario.

Ventajas para el usuario:

- Servicio rápido, accesible y adecuado a sus necesidades
- Familiaridad con el ambiente sanitario y sus profesionales
- Ahorro de gastos directos en citas y desplazamientos

Ventajas para el profesional:

- Ampliación de posibilidades diagnósticas y terapéuticas
- Actividad gratificante y amena
- Resultados clínicamente satisfactorios, a corto plazo
- Refuerza la relación profesional-paciente
- Posibilidades de incrementar formación, de promocionar y económicas (en otros países)

Ventajas para el sistema sanitario:

- Buena aceptación por los usuarios
- Prestación sanitaria eficiente, disminución del coste de las intervenciones respecto a los hospitales
- Reducción de listas de espera hospitalarias

Aunque también han sido citados ciertos inconvenientes. Según Bremmer⁷ se dan tres inconvenientes fundamentales:

- Costo inicial del equipamiento y mantenimiento, de tiempo, de personal, (siempre hay otras prioridades en un Centro de Salud).
- Posibilidad de abuso y sobreutilización de un sistema más accesible: todo incremento en oferta genera un incremento en demanda.
- Aumento de niveles de responsabilidad (necesidad de pólizas de seguro, etc.).

Según Caballero⁸ habría que añadir los siguientes:

- Para el profesional:
 - Miedo a complicaciones o resultados insatisfactorios (aunque sean escasas nunca se puede evitar pensar en ellas y sus consecuencias).
 - Consumo extra del tiempo de consulta (la realización de esta práctica resta tiempo para otras actividades comprometidas en la Cartera de Servicios, como pueden ser atención a pacientes crónicos, a la mujer, etc.).
 - Necesidad de entrenamiento adecuado poco accesible actualmente.
 - Resistencia al cambio de la función profesional.
 - Exposición a reclamaciones médico legales. Pólizas de responsabilidad civil.
- Para el paciente:
 - En ciertos ámbitos, percepción de no acceso al mejor servicio posible (hospital).
- Para el Sistema:
 - Necesidad de coordinación entre niveles (Atención Primaria, Dermatología, Cirugía...). Posible sobrecarga de ciertos servicios especializados (solicitudes de estudios histológicos, etc.).
 - Conflicto de competencias entre especialistas.
 - Costes de equipamiento.
 - Posible sobreutilización (cirugía innecesaria que no repercutiría en la disminución de la demanda hospitalaria y originaría globalmente un aumento del gasto

sanitario sin repercusión clara en la salud de la población).

La CM puede clasificarse en función de diversos criterios como: básica y avanzada, cortante y no cortante o reparadora, urgente y programable o demorable. Esta última clasificación será la utilizada en el presente trabajo.

Si bien en las publicaciones de carácter didáctico, tanto libros como artículos en revistas, se abordan habitualmente todas las técnicas utilizadas, en las evaluaciones se observa un cierto sesgo pues la inmensa mayoría solo contempla la CM avanzada o cortante y demorable. Cabe reseñar que, en general, cuando se realizaron las diversas búsquedas bibliográficas en que amparar el presente trabajo, nos hemos encontrado con que la gran mayoría de las publicaciones españolas datan de los años 80 y 90 del pasado siglo, periodo en el que surgió la implantación por parte de la administración sanitaria de la CM en AP y consecuentemente se plantearon la mayor parte de las reflexiones, debates e investigaciones. Si nos remitimos a las publicaciones extranjeras, aun las encontramos de fechas anteriores, cuando este proceso de implantación de la CM se produjo en otros países.

Tradicionalmente, a lo largo de la historia como más adelante se verá, la CM fue realizada por los llamados médicos generales, de cabecera o de atención extrahospitalaria y también por los profesionales enfermeros que trabajaban en este ámbito de la asistencia, ya en tiempos más cercanos y en la actualidad, con la expansión de los hospitales y de otras especialidades médicas y quirúrgicas, también en las instituciones hospitalarias se realizan estas técnicas.

1.2- La cirugía menor en la historia de la enfermería^a.

La atención a las heridas y otras lesiones mediante las técnicas correspondientes, que en general podríamos agrupar dentro del actual concepto de CM, ha sido una constante a lo largo de la historia de las ciencias de la salud y muy particularmente de las profesiones precursoras de la actual enfermería, barberos sangradores, ministrantes, practicantes o Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) han estudiado, realizado y avanzado en las técnicas de CM al uso en cada momento histórico.

El paradigma de las actuales profesiones sanitarias es una construcción social fruto de diversos condicionantes coyunturales pero fundamentalmente es una herencia de toda la evolución histórica. Pretender entender la realidad de la actual CM realizada por enfermeras en España y la diferencia con otros entornos geográficos ignorando la historia no es posible.

Dice el Profesor Siles: *“Si todo ser humano y toda sociedad lo son en primer lugar porque tienen historia, las enfermeras y enfermeros no constituyen ninguna excepción y en cada etapa histórica pasada, presente o futura, fueron, son y serán lo que históricamente sean capaces de demostrar”*⁹. También Paloma Moral dice: *“No hay herramienta más poderosa que la Historia para la legitimación ideológica del presente”*¹⁰. En una actividad como la CM que en algún momento ha estado cuestionada, con distintos argumentos, desde dentro y desde fuera de la profesión, considerar la perspectiva histórica como parte de análisis global, no es baladí.

No es objetivo de este apartado la revisión exhaustiva de la historia de la enfermería ni tan siquiera del tema concreto que nos ocupa, se intenta dar unas pinceladas de trazo largo sobre algunos momentos históricos significativos para el entendimiento de la evolución del tema que nos ocupa. Se trata de proporcionar un significado histórico a una actividad ciertamente técnica que fue y sigue siendo una parte, no el todo, pero una parte importante e integrada en la actividad profesional y en las bases científicas de la enfermería al menos en España, complementando y no contraponiéndose a lo

^a El presente apartado ha sido elaborado a partir de fuentes documentales secundarias basándose en el capítulo 1 del libro “Suturas y cirugía menor para profesionales de la enfermería”^a del que el doctorando es autor.

que de forma definida ha venido llamándose cuidados de enfermería. La relación que en estos momentos mantiene en nuestro entorno la enfermería, entendida como disciplina, y la cirugía menor, como un grupo de técnicas que es, no ha surgido de la nada ni se trata de un hecho coyuntural, tiene unas largas raíces históricas que a continuación se tratará de ir detallando.

Se debe partir de la imposibilidad de utilizar definiciones absolutas y atemporales de conceptos como: cirugía menor, salud y enfermedad, enfermería o cualquier otra profesión, ni tan siquiera la propia ciencia ha sido conceptualizada de forma inamovible a través de los tiempos. Todas estas unidades de significado han ido evolucionando conforme se iba desarrollando la sociedad, ligadas de especial manera a las relaciones de poder establecidas, poder tanto social como interprofesional. También avanzaron según se incrementaba el conocimiento del universo en el que el ser humano se encontraba inmerso.

En cada momento histórico ha habido diversos grupos que han tratado de dar respuesta a las incógnitas surgidas de las vivencias y de los procesos vitales, en concreto del proceso de salud-enfermedad. En ocasiones, y no siempre, algunos de estos grupos también trataron de dar solución a los sufrimientos humanos, entendiéndolos en un principio como sufrimientos genéricos en el más amplio sentido (las sequías, la muerte, el dolor, las tormentas...) y especializándose posteriormente alguno de ellos hacia el sufrimiento relacionado con la salud.

Estos grupos han perseguido un estatus social de reconocimiento del servicio social prestado. Como grupos que son tienen intereses comunes y para su defensa se han ido asociando, de esta asociación han surgido en cada momento instrumentos para controlar el ejercicio de su actividad profesional, para transmitir controladamente e incrementar sus conocimientos y también para aumentar su aportación ó capacidad resolutive.

Cuidados y atención a las heridas y otros traumatismos en las culturas primitivas: cuestión de supervivencia.

En estos primeros tiempos no se encuentran definidas, ni por aproximación, las profesiones tal y como hoy las entendemos, incluso podría ser pretencioso encontrar allí sus raíces, pero de lo que se está seguro es que ya entonces había necesidades de cuidados y por tanto de alguien, mayoritariamente de género femenino, que cuidara. Entendiendo por cuidar un conjunto de actos, inicialmente ubicados en el ámbito doméstico y tribal, cuya finalidad era conservar la vida de los seres en vistas a reproducirse y perpetuar el grupo¹¹.

Desde el principio de los tiempos, el ser humano ha tratado de encontrar explicación a todas aquellas cuestiones que para él eran desconocidas, especialmente a las que le infligían sufrimiento. Por una parte buscó explicaciones desde el pensamiento mágico, creyó en seres sobrenaturales conceptuados primero como elementos de la propia naturaleza provistos de alma (animismo) y posteriormente como dioses; por otra parte mediante la observación y aplicando el empirismo como incipiente método científico, fue analizando y sacando conclusiones de los sucesos que se repetían en la naturaleza¹². También observaban las consecuencias que se provocaban al aplicar unas actuaciones u otras tanto sobre la tierra, como sobre los animales o en individuos de su misma especie.

Una de las mayores preocupaciones del ser humano primitivo, junto con la satisfacción de necesidades básicas de supervivencia (nutrición, abrigo, etc.) va a ser el minimizar las mermas provocadas por las enfermedades y las agresiones externas, estas eran muy abundantes por la debilidad física del hombre primitivo y la hostilidad de su entorno que atentaba contra su bienestar y en definitiva amenazaba su perpetuación como grupo y especie.

Para combatir la enfermedad y sus secuelas aun tendría que pasar mucho tiempo hasta que se alcanzase una mínima eficacia. Sin embargo, la aplicación de técnicas para la solución de lesiones traumáticas tales como la contención de la hemorragia, la oclusión de los tejidos internos expuestos al exterior a través de las heridas, la limpieza de las mismas y la inmovilización de fracturas entre otras¹³, fueron las primeras intervenciones “sanitarias” con resultados positivos, y del éxito de dichos cuidados de

salud va a depender la continuidad o no de las sociedades tribales y en consecuencia de la especie⁹. Posiblemente el conocimiento empírico fruto del razonamiento deductivo desde la experiencia con este tipo de lesiones fuese la primera aproximación al método científico aplicado en ciencias de la salud. El conocimiento se fue incorporando a la cultura y su transmisión posibilitó su incremento exponencial.

De los cuidados de supervivencia, entre los que se encontraban el proveer al grupo de los nutrientes mayoritariamente consumidos, fundamentalmente bayas, semillas, raíces y frutas; de cuidar a los niños, discapacitados y ancianos; y de curar las lesiones provocadas por traumatismos o agresiones, se encargaron las mujeres como cuidadoras.

Por tanto, en estas primeras épocas del ser humano, nos encontramos con dos líneas principales de abordaje de los problemas de salud. En principio son totalmente independientes, aunque más tarde irán confluyendo¹³.

La primera que aparece es el empirismo que se utiliza en las afecciones sencillas ó en aquellas en las que causa y efecto están claramente identificadas, a esta línea pertenece las ya mencionadas extracción de proyectiles, reducción de fracturas y luxaciones, atención a las heridas y hemorragias, etc. estas intervenciones comienzan a ser efectivas desde muy pronto y entre ellas se pueden citar las inmovilizaciones con vendajes y férulas, las curas, limpiezas, coaptación del borde de las heridas, cauterizaciones y otras.

La segunda línea terapéutica que aparece es la derivada del pensamiento mágico-religioso que trataba de explicar y dar solución a fenómenos y patología más compleja y que obviamente obtuvo, en un principio, peores resultados. Entre las prácticas incluidas en esta línea se pueden citar los rituales, la oración, el ensalmo, las ofrendas, los sacrificios y otras.

De estas dos orientaciones derivan dos de las figuras precursoras de las actualmente conocidas como profesiones sanitarias:

El empirismo lo utilizaban las cuidadoras expertas, sanadoras ó curanderas, básicamente mujeres en un principio, cuyos conocimientos eran transmitidos de

generación en generación o aprendizaje de otras coetáneas más expertas. Atendiendo a un simbolismo de género, estas figuras fueron inicialmente femeninas.

El pensamiento mágico era ejercido inicialmente por brujos, chamanes, sacerdotes o hechiceros que se dedicaban a ello de forma exclusiva. Sus conocimientos y poderes no eran aprendidos, sino que eran directamente recibidos de las divinidades, esto les otorgaba un poder y consideración social superior al resto de los miembros de la tribu, incluidas las cuidadoras, en un intento de congraciarse con quienes actuaban como intermediarios ante los dioses.

Dentro de los posteriores y complejos procesos de empoderamiento que acabaron con la hegemonía social del hombre sobre la mujer, se incluyó la monopolización por éste del ejercicio del pensamiento mágico, y las figuras que lo ejercieron fueron inicialmente masculinas.

Ya en las primeras culturas se encuentran referencias a técnicas que se podrían clasificar de CM y así en Egipto se pueden citar los papiros de Hearts (1.550 a.C.) que contiene una sección detallada sobre el postramiento que producen las fracturas y sus consecuentes cuidados, y sobre los cuidados a las quemaduras, y el de Edwin Smith (1.500 a.C.) en el que se incluía el libro de las heridas, técnicas de vendajes, reducción, entablillamiento y suturas¹⁴.

Las precursoras de las actuales profesionales enfermeras en las culturas clásicas: Egipto, Grecia, Roma... aseguraban la continuidad de la vida ayudando a través de sus prácticas de cuidados. Se ubican en contextos de escasa valoración social y cultural, siendo en general mujeres, con la consideración social que estas tenían en la época, ó incluso esclavos¹¹, en muchas ocasiones se sumaban ambas condiciones, mujeres y esclavas. De las tareas de curación se ocuparían miembros masculinos de la sociedad, manteniéndose la hegemonía del sexo masculino.

Edad Media: Aparición de la figura del barbero sangrador.

La sociedad medieval sufre graves problemas de salud que suponen importantes repercusiones incluso desde el punto de vista demográfico. Se produjo un fuerte descenso poblacional causado por guerras, hambrunas y epidemias, estas últimas

debido a las condiciones de vida e higiene de la época como el hacinamiento y la insalubridad de las ciudades, y a su transmisión mediante grandes movimientos poblacionales como fueron las emigraciones masivas del campo a la ciudad, las peregrinaciones y las guerras.

Ejercicio del barbero sangrador en las ciudades.

En la Edad Media aparecen por primera vez las figuras del barbero sangrador y del maestro sangrador, figuras primordiales para entender el desarrollo de la enfermería y que estaban íntimamente ligados a las competencias en CM, aunque no eran las únicas, y por ello nos detendremos un poco más en ellas. Su ejercicio profesional tenía autonomía de competencias y funciones establecidas.

El barbero cuidaba la higiene de sus clientes, lavándoles la cabeza y cortándoles el pelo y la barba, funciones de gran importancia para la salud pública en un momento histórico con las características ya descritas. Además curaba heridas, colocaba emplastos y practicaba sangrías, entre otras técnicas al uso en la época. El maestro sangrador supervisaba el trabajo del barbero, además aplicaba ventosas, daba masajes, drenaba abscesos, extraía piezas dentales y reducía fracturas y luxaciones entre otras técnicas que se consideraban más especializadas⁹.

El taller de los barberos sangradores solía estar, al igual que en otros gremios, en los bajos de la casa, en cuyo primer piso habitaba la familia, e incluso en muchas ocasiones también los aprendices. El taller solía tener las puertas abiertas, con bancos y mesas dispuestas alrededor de la entrada a modo de vestíbulo y sala de espera. Los barberos con menos recursos económicos que no podían instalar una consulta o taller se dedicaban a recorrer las calles con su instrumental a cuestas, ofreciendo sus servicios⁹.

Los servicios de estos profesionales eran requeridos por siervos de cualquier condición, pero especialmente artesanos y campesinos que acudían a los locales del barbero sangrador y que podían pagar sus servicios, pero no los del médico ni los del llamado cirujano latino, cuyo título procede de haber realizado sus estudios en la lengua culta de la época. Así mismo los barberos eran requeridos por aristócratas a quienes atendían en sus palacios, pero a estas clases altas accedían menos y siempre

por indicación de los médicos de cámara, quienes defendían su espacio y su cuota de influencia. El barbero también ejercía sus funciones, como consultor externo y generalmente a tiempo parcial, en los hospitales, institución esta a la que acudían los enfermos y menesterosos de más bajo estrato social sin posibilidades de costearse los cuidados y remedios a sus dolencias.

En las ciudades donde existían cirujanos barberos, las comadronas tenían la obligación de llamarlos ante cualquier dificultad que surgiese en el parto, su tarea consistía en extraer al niño si había muerto, generalmente troceado, mediante ganchos y otros instrumentos quirúrgicos, y si era la madre la fallecida, hacer cesárea postmortem tratando de salvar la vida del hijo⁹.

De esta manera el barbero sangrador se constituiría en un recurso técnico más especializado que las matronas y las enfermeras y enfermeros hospitalarios, como luego veremos.

Otras profesiones más o menos relacionadas con la salud que coexistieron en aquellos momentos eran: bismadotes, algebristas, batidores de cataratas, ensalmadores, drogueros, físicos, especieros, boticarios... no todas tuvieron continuidad histórica.

En la Baja Edad Media y debido a la expansión de las ciudades donde se desarrollaba una gran actividad de comercio y artesanía, surgen los gremios que regulaban el aprendizaje y realizaban el control de los oficios garantizando la calidad de los productos o servicios ofrecidos, así mismo ejercían la defensa de sus intereses colectivos. Los gremios tenían cofradías ó hermandades de carácter religioso que se financiaban mediante cuotas de los cofrades. Actuaban como cajas de socorro social y ofrecían protección para los miembros e incluso para sus familias cuando las cosas no les iban bien, como en situaciones de enfermedad, ruina, invalidez, muerte... Las cofradías llegaron incluso a tener sus propios hospitales.

Durante el S. XIII se estableció como un gremio más el de barberos sangradores. Las enfermeras y enfermeros hospitalarios no llegaron a constituirse en gremio al no materializarse como grupo laboral, lo cual fue un gran lastre tanto para su desarrollo como para su reconocimiento social¹⁵. La situación gremial facilitó una estructuración de los conocimientos propios de la disciplina desarrollada por los barberos

sangradores que le permitió incluso entrar en el ámbito de la universidad durante el S. XIV, a diferencia de lo que ocurrió con los cuidadores enfermeros cuyo sentido exclusivamente caritativo, dimensión religioso espiritual y por tanto no profesional, bloqueó la sistematización de los conocimientos disciplinares e impidió la transmisión regular de sus conocimientos hasta mucho tiempo después¹⁴.

En el S. XVI, los Reyes Católicos en su esfuerzo por ordenar la vida nacional crearon la institución del Protomedicato y del Protocirujano para controlar oficialmente a médicos y cirujanos latinos. Para la regulación oficial de las figuras de barbero sangrador, cirujano menor ó cirujano romancista que al igual que los anteriores, tampoco estaban bajo las normas de las órdenes religiosas, se creó en el S. XV y posteriormente, en el año 1500 se reguló por la Pragmática de los Reyes Católicos, la institución del Protobarberato compuesta por los llamados Barberos Mayores era inicialmente independiente de las dos instituciones médicas antes citadas. Entre sus funciones estaba la de examinar y acreditar a estos profesionales y en algunos casos y épocas, también a las matronas.

“... no consientan, ni den lugar, que ningún barbero, ni otra persona alguna pueda poner tienda para sajar, ni sangrar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas, sin ser examinado primero por los dichos nuestros barberos Mayores personalmente...” de la Pragmática de los Reyes Católicos¹⁶.

Respecto a las relaciones de los barberos sangradores con los médicos, el Tribunal del Protomedicato, máximo órgano médico en el reino, dicta que *“ningún cirujano romancista ni sangrador en los lugares donde hubiere médico, pueda por si hacer a los enfermos que asistiere, evacuaciones, sangrías, ni recetar purgas ni otros medicamentos”* Nos encontramos aquí algo que se va a volver a repetir reiteradamente a lo largo de los siglos venideros, y es que un órgano ajeno a la enfermería, en este caso el Protomedicato, trata y en buena medida consigue, regular responsabilidades, funciones o competencias en este caso por los cirujanos romancistas y los sangradores.

Estos procesos de supremacía de unas profesiones sobre otras tuvieron que ver más que con la calidad, la efectividad o la exigencia social, con las relaciones de las profesiones sanitarias con el poder establecido, estando mejor posicionados, en este

sentido, los médicos que eran quienes atendían a la corte que las precursoras de las actuales enfermeras, que en aquel momento atendían a clases menos influyentes.

Relación de los barberos sangradores con la enfermería hospitalaria

Debido a la expansión del cristianismo y a que muchas personas buscaban resguardo, sustento y atención de sus necesidades básicas, creció el movimiento monacal. En los monasterios se afianzó la institucionalización de los cuidados de enfermería, impartidos en general, a enfermos de clases bajas. La religión postulaba la extensión de la caridad a los enfermos, a pesar de que la enfermedad se consideraba un castigo de la divinidad y una forma de redimirse mediante el sufrimiento y que en aquellos momentos los enfermos de clases bajas gozaban de un estatus de parias similar al de los marginados ó delincuentes.

En España la primera institución donde está documentada la existencia de personas dedicadas a administrar cuidados es en el Hospital de Mérida fundado por el Obispo Masona en el año 580. En la Casa dels Malats, fundada en Barcelona en 1117 por el Obispo Guillem Tarroja, ya se cita la práctica de sangrías y la limpieza de llagas. Entre el personal que atiende estos primitivos hospitales además de sacerdotes, religiosas y religiosos, hospitaleros y hospitaleras, aparecen médicos, cirujanos y ministros, entre otros. Es en el Hospital de San Sebastián en Córdoba fundado por el Rey Fernando en 1236 cuando se cita por primera vez la presencia de barberos como profesionales ligados a los hospitales. En los hospitales se administraban cuidados básicos y en alguno también cuidados terapéuticos como medicaciones, alimentos a los que se les suponían propiedades curativas o cura de heridas, en general indicados por los médicos u otros profesionales consultores como eran los barberos¹⁷.

En Cataluña, a finales del S.XIV era muy utilizado un tratado de divulgación médico de Juan XXI, El Tesor de pobres, que estaba traducido al catalán y al alcance de médicos y otros profesionales, en el que se citan variados remedios para múltiples males entre ellos, lipomas y también heridas¹⁸.

Renacimiento: Afianzamiento y normatización del barbero sangrador en el hospital y en la sociedad. Repercusiones del reformismo luterano en el desarrollo de la enfermería.

En este tiempo se desarrolla una auténtica revolución cultural que recupera y se acerca a las culturas grecorromanas clásicas, se busca el conocimiento del universo y de la naturaleza, aplica la razón en todos los campos del saber, lo que produjo grandes avances en la ciencia y recupera los valores de la dignidad humana: libertad individual de espíritu y pensamiento, autonomía moral, etc. Se inicia la secularización de la vida política, y la pérdida de poder de la Iglesia avocará en la Reforma Protestante en el S. XVI, hecho este que condicionará el desarrollo de la enfermería.

En esta época de gran florecimiento artístico, humanista y científico, con Bramante, arquitecto del Vaticano, Miguel Ángel, Vesalio, el gran humanista Leonardo da Vinci... y en España Lebrija, Garcilaso, Luis Mercado, Luis Vives... cabe destacar entre tanto erudito a un hombre importante en el desarrollo de la CM y de la cirugía en general, es Ambrosio Paré, quien empezó como aprendiz de barbero sangrador en París y llegó a trabajar en los más prestigiosos hospitales de la época y como cirujano del ejército francés, revolucionó las técnicas quirúrgicas, siendo pionero entre otras muchísimas innovaciones técnicas, en la aplicación de enfriamiento o congelación de la zona operatoria como anestesia local.

Gutenberg con su invento de la imprenta posibilitó la difusión del conocimiento. Las técnicas de cirugía menor llegaron a más profesionales de forma estandarizada a través de manuales impresos, dejando de estar sometidas a la variabilidad propiciada por la enseñanza oral o a través de los muy escasos manuscritos existentes.

En Europa durante el renacimiento se impone el movimiento reformista que no se conforma solo como un hecho religioso y que va a condicionar de forma importante el futuro de la enfermería. El reformismo, encabezado por Lutero en 1517, es consecuencia de la aparición de nuevas ideas e intereses, el nacionalismo frente al universalismo representado por la Iglesia de Roma, la aparición de la burguesía y lo que ello supuso como cambio en la estructura económica, la degeneración moral de la iglesia, mercantilizada y enzarzada en luchas de poder, la necesidad de desarrollo científico y cultural chocante con el catolicismo ultramontano, etc⁹.

Los protestantes parten de la afirmación teológica de la salvación de las almas sólo por la fe, es decir por el simple acto de creer, lo que hace innecesario el sufrimiento y las obras de caridad como mérito de redención. La enfermedad pierde su sentido de sufrimiento purificador y salvador, perdiendo también la atención al enfermo su sentido salvador para quien ejerce esta atención¹⁴.

En el centro y norte de Europa, donde se implantó el reformismo, una de las primeras y más llamativas consecuencias fue la supresión de las órdenes religiosas, incluidas las que se dedicaban al cuidado de los enfermos, y el desmantelamiento de los hospitales con la expulsión de monjas y monjes dedicadas al cuidado, en un principio sin ser sustituidos por otras figuras. Esto que provocó graves problemas en el momento y desencadenó la llamada “época oscura” para los más desprotegidos y para las cuidadoras/enfermeras religiosas, generó que mucho antes que en la Europa católica, no reformista, se profesionalizara la enfermería con su concepción moderna. En este entorno anglosajón quedó muy claramente separado el ámbito de los cuidados a los que se dedicó la enfermería laica profesionalizada, del ámbito de la curación, en el que se incluía la gran mayoría de las intervenciones técnicas como eran las de CM, a lo que se dedicó la medicina.

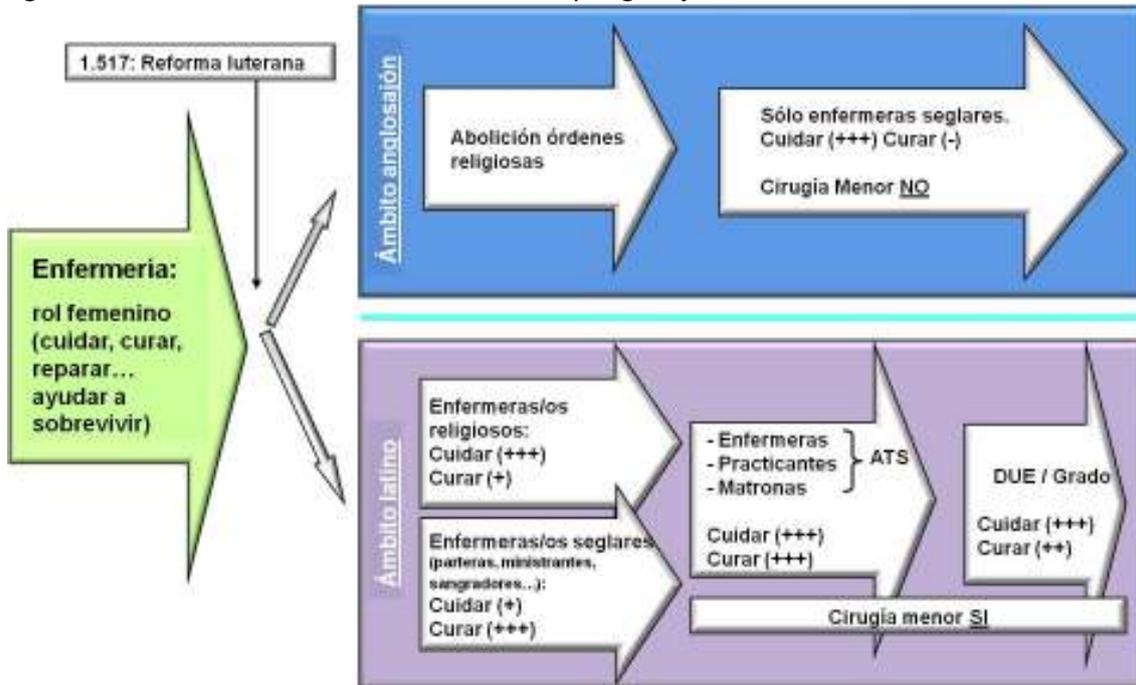
La distribución de funciones profesionales en la actualidad en el ámbito luterano sigue respondiendo a esta concepción dicotómica del cuidar/curar, que se refleja en las competencias de ambas profesiones enfermería/medicina y ello puede explicar el poco desarrollo que en esos países tiene la CM dentro de la enfermería.

Así en un principio los cuidados de enfermería en los hospitales son puestos en manos de personal laico de clase baja, sin formación ni normas como las que existían profundamente implantadas en las órdenes religiosas, personas que trabajaban en ellos “por necesidad” en contraposición con la “vocación caritativa” característica del “orbe romano” y no va a ser hasta después de dos siglos cuando los cuidados y por ende la enfermería anglosajona, inician un camino de verdadera profesionalización¹⁴.

En el sur de Europa, donde el catolicismo de Roma siguió imperante, las órdenes religiosas continuaron cuidando a los enfermos en las instituciones hospitalarias, enfermos que seguían perteneciendo en general a clases bajas. Los médicos atendían en casas y palacios a los enfermos que podían pagar sus servicios, y quedó una franja

social intermedia como artesanos, pequeños comerciantes, burgueses... atendida por toda una serie de profesionales no religiosos, entre los que sigue destacando el barbero sangrador y posteriormente sus sucesores (Figura 1).

Figura 1: Diferenciación de la enfermería latina y anglosajona desde el S. XVI.



Fuente: Suturas y cirugía menor para profesionales de la enfermería³

Los barberos y el Hospital de Juan de Dios de la ciudad de Granada.

En este tiempo se crea el paradigmático Hospital de Juan de Dios de la ciudad de Granada, su fundador muere en 1550 y tras un periodo de reflexión, maduración y asentamiento, se redacta “La norma, la regla y constituciones para el Hospital”, que fue publicada con pié de imprenta en la casa de Hugo Mena, el año 1585.

Cuando se establece el organigrama del Hospital, se cita la profesión de barbero:

“Demás de esto habrá un Hermano Mayor, y veintitrés Hermanos Profesos y de capote, una mujer que sea Madre y Prefecta de las salas de las mujeres enfermas, un Enfermero Mayor y otros Menores en cada sala, un Refitolero, un Botiller, un Despensero, un Ropero, un Cocinero, un Sacristán, Médico, Cirujano, Barbero, tres Porteros, un Mayordomo; de los cuales y de cómo han de administrar sus oficios se tratará en los títulos siguientes por sus capítulos”¹⁹.

Dentro del capítulo “Del médico, cirujano y barbero” se regula la relación del hospital con estos tres profesionales, siendo los dos primeros ajenos a él y pudiendo ser el tercero tanto externo como interno del Hospital.

Llama la atención el cuidado que se pone en que los enfermos reciban la atención que precisan y en ese sentido se refleja el compromiso que estos profesionales tienen de no faltar a la visita e incluso en caso de faltar, de enviar un sustituto de suficiente experiencia y habilidad.

“... y si alguna vez faltaren voluntariamente y sin dejar sustituto, apuntará las faltas que se hicieren el enfermero mayor, para que si fueren en cantidad por el mucho descuido de ellos sean multados por el tiempo que faltaren, y si tanto fuere su descuido se nos avise, para que proveamos del remedio necesario”¹⁹

Una prueba más de la independencia que en aquellos momentos existía entre las profesiones, es que queda determinado que no es el enfermero mayor quien toma las decisiones de penalizar a los médicos, cirujanos ó barberos que no cumpliesen con sus responsabilidades, si no que lo pone en conocimiento del Hermano Mayor que es quien organizativamente está por encima del resto de profesionales y el encargado de sancionar a cualquiera de ellos si fuese preciso.

Queda establecido que la visita diaria, sea colectiva de todo el equipo asistencial y respecto al barbero dice:

“El barbero si fuere oficial que residiere en el dicho hospital, asistirá en la visita al médico para sangrar, sajar o echar ventosas y hacer otros beneficios que el médico mandare pertenecientes a su oficio, y si no estuviere en casa residente, vendrá muy de mañana para si pudiere hallarse a la dicha visita, o si no para que informado de lo que el médico mandó, lo haga con brevedad; y si no viniere a tiempo, llamarse a otro que lo haga, y pagarse ha del dinero de casa, el cual se descontará después de su salario.”¹⁹

Los barberos y la Orden de los Obregones.

En el siglo XVII, en plena decadencia económica, militar y social del reino de España, Bernardino Obregón funda la Orden de los Hermanos Enfermeros Pobres. En el llamado Siglo de Oro Español, en concreto en 1623, los Hijos de la Congregación del Padre Bernardino Obregón escriben “Instrucción de enfermeros y modo de aplicar

remedios a todo género de enfermedades y acudir a los accidentes que sobrevienen en ausencia de médicos”. Este manual es uno de los primeros en que se tratan de forma extensa los cuidados y no solo los básicos como la alimentación, higiene, movilizaciones..., sino también la aplicación de remedios como unturas, fomentos, ventosas, actuación ante hemorragias y colecciones purulentas, que eran de los pocos cuidados técnicos que se conocían en la época. En la presentación, el padre Andrés Fernández dice:

“Diome tanto trabajo la ignorancia y no saber el oficio de enfermero... que siempre me parecía que no hacía cosa bien hecha... y así me pareció cosa muy justa manifestar y enseñar a otros lo que tanto me costó en veinticuatro años de experiencia”²⁰.

En 1634 la Orden publica las Constituciones ó reglamento para sus hospitales, donde deja clara su concepción de la enfermería hospitalaria, a la que exime de la aplicación de técnicas para que no reste tiempo de las otras funciones que debe cumplir y hace alguna referencia a la figura de los barberos como profesionales ajenos al hospital y consultores para que ejerzan en ellos su profesión, al igual que en la Orden de S. Juan de Dios, es llamativo el celo que esta Orden de los Obregones pone para que las profesiones consultoras externas al hospital den atención de calidad a los enfermos.

“En ninguna manera sangrarán nuestros Hermanos a los enfermos, ni harán oficio de Cirujanos, si no fuere en caso urgente, para que no se diviertan de nuestro Instituto, que es de Enfermeros”²¹

“Acompañarán a los Médicos quando visitaren a los enfermos para que sepan lo que ordenan; y viendo que son descuidados en acudir a las visitas a sus horas, o que visitan con prisa, lo dirán a los Hermanos Mayores, para que hagan poner en ello remedio, para que no padezcan los enfermos; y lo mismo harán con los Cirujanos y los Barberos, y hallando que no hacen bien su oficio, procuren que se traigan otros, y en particular adviertan a los Barberos, que miren como sangran, para que no salgan mancos del hospital los pobres”²⁰

Otra institución hospitalaria de la época es el Hospital Real de Granada, en cuyas normas actualizadas por el rey Felipe IV, también se encuentran referencias a los barberos:

“Hanse de hallar, el Enfermero o la Enfermera, con el Médico y Barbero en las visitas, para que vean el remedio que aplican a cada enfermo y ejecuten lo que se ordenare puntualmente.”²²

En la misma línea se desarrollaban los cuidados tanto de enfermería como de asistencia de los barberos sangradores en los hospitales que surgieron en las rutas de peregrinación, especialmente en la de Santiago.

Los barberos en otros hospitales.

Del S XVI al S XVIII, los cuidados de enfermería que se desarrollaban en los hospitales seguían atendiendo las necesidades básicas y seguían siendo realizados fundamentalmente por las órdenes religiosas, llegando a contabilizarse en España 40 masculinas y 35 femeninas. Trabajando tanto en hospitales como en el gremio o en los domicilios de los enfermos continúan existiendo las figuras de barberos sangradores.

Simón López, barbero de los hospitales de Valladolid y Salamanca, en 1651 y tras veintitrés años de profesión, termina el manuscrito “Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo”, del que no hay constancia que pasase a imprenta, quizás por acción de la censura imperante en la época. En esta obra de 565 páginas, el autor muestra las tareas y funciones que realizaba el barbero, las técnicas que empleaba y los conocimientos existentes sobre la materia y cómo debían desempeñarse de forma metódica criticando con acritud a quienes no lo hacían así²³.

El enfermero Diego Bercebal en el S XVII escribió “El recetario medicinal” en el que deja clara la relación de los enfermeros de la institución con los sangradores como profesionales consultantes.

En el año 1756, en un solo hospital como el de la Santa Cruz de Barcelona, se describen hasta cuarenta y ocho puestos de trabajo distintos entre los que se incluye al barbero.

Una preocupación que aparece con bastante frecuencia reflejada en las normas de los hospitales, es la referente al pago de servicios a los profesionales consultores externos, entre los que como decimos se encuentran los barberos sangradores. En las normas del citado Hospital de la Santa Cruz de Barcelona se dice: *“Queda entendido que el barbero no debe ni le ha de ser permitido tomar paga alguna, ya sea grande o*

pequeña, directa o indirectamente, de ningún paciente que esté en el hospital, ni curar con medicinas del hospital a los que son de fuera”²⁴.

También en las Constituciones del Hospital Real de Granada, firmadas por los Reyes Católicos y reformadas en 1632 por Felipe II dice: *“El médico, cirujano y barbero, y los enfermeros, ni otra persona alguna reciban, ni lleven dinero, regalos, ni otra cosa de los enfermos por recibirlos ni curarlos en el dicho Hospital, y hallándose lo contrario, los Visitadores lo castiguen con mucho rigor, y aviendo reincidencias los echen del Hospital”¹⁶.*

Atención de enfermería fuera del hospital.

Algunos sangradores, como hemos visto, trabajaban para los hospitales atendiendo a los enfermos ingresados, siendo controlados por la normativa de estas instituciones, sin embargo en la atención extrahospitalaria las cosas no discurrían de la misma manera.

En 1.515, el Corregidor del Principado de Asturias D. Pedro Manrique de Lara refiere a la reina doña Juana *“que estuvo muy malo, y por el mal aparejo que hay de médicos y boticarios en aquellas montañas, tuvo necesidad de venillos a buscar a Castilla y después que plugo a Dios dalle salud, bolbio al Principado”²⁵.*

En 1.594 las Ordenanzas del Principado de Asturias hubieron de autorizar el ejercicio de intrusos que, de buena fe y gratuitamente, supliesen la carencia de personal facultado, es decir el ejercicio de los que *“se quitan unos a otros el cavello y hacen la barva, y toman la sangre de las heridas y descalabraduras, por no haber barvero ni ceruxano examinados para ello”²⁶.*

Como se aprecia en las anteriores citas, ya en esta época comenzaba a preocupar la demografía profesional sanitaria y que esta estuviese en consonancia con las necesidades de la población. También se aprecia cómo se comenzaba a distinguir a los profesionales con licencia para ejercer, de aquellas personas intrusas sin licencia, pero que también ejercían. En cierta medida se puede entender como un interés por garantizar la calidad de la atención profesional.

Cuando se quedó sin ninguna organización que ordenara la profesión de los barberos sangradores, tras desaparecer el Protobarberato, las cosas empeoraron y como dice Cecilio Eseverri:

“Los cuidados extrahospitalarios iban defendiéndose como buenamente podían. Los practicantes que salían de las escuelas o de la facultad del Hospital de Antón Martín; los discípulos del hermano Matías de Quintanilla, con sus apuntes debajo del brazo, en la mesa de estudio, o en las alforjas o talegas, sobre las grupas de viejas y desvencijadas mulas, andando de pueblo en pueblo y de casa en casa, sabían lo que buenamente habían aprendido en sus años mozos. Interés y entusiasmo no les faltaba; la eficacia ya dependía de muchas circunstancias”²⁴.

Hay que recordar que en esta época y aun en épocas muy posteriores, el único profesional sanitario existente al alcance de los enfermos en las zonas rurales fue el barbero sangrador y más tarde sus sucesores. En las ciudades podía haber otros profesionales pero en general inaccesibles a las clases sociales bajas por barreras económicas.

En toda América Latina, los conquistadores españoles se encontraron con los conocimientos y prácticas que las culturas autóctonas tenían sobre la salud y la enfermedad que no siempre respetaron o incorporaron al bagaje que ellos aportaban. Dichos conocimientos tenían un considerable desarrollo, superior en muchos casos al que llevaban los colonizadores, como ejemplo, se utilizaba la analgesia e incluso la anestesia mediante derivados de la coca, el curare y los hongos psicotrópicos, el uso de plantas medicinales, la reducción e inmovilización en traumatismos óseos, la cirugía... En cuanto al tratamiento de las heridas por los indígenas, el cronista Fray Pedro de Aguado refiere que *“las heridas las lavaban muy bien con agua tibia y las partes maceradas las quitaban con cuchillo de pedernal, aplicando luego plantas, de las cuales tenían una rica tradición oral”*.

Los cuidados de salud siguieron la misma concepción existente en el país colonizador, no llegándose a producir intercambio cultural e incluso impidiéndose el desarrollo del saber autóctono. Cada una de las muchas órdenes religiosas que llegaron a América con los conquistadores, fundó sus propios hospitales, cuya estructura, personal y funciones era idéntica a los ya descritos en la España de la época.

Seguían existiendo barberos sangradores como profesionales ajenos al hospital que acudían a él para realizar técnicas específicas. La figura del sangrador también aparece integrada como parte de los efectivos de la armada y el ejército, estando descritos hasta los útiles mínimos de los que debía disponer para cumplir su cometido²⁷.

Quizás sea en este momento de divergencia iniciada en el ámbito religioso con el cisma luterano y extendido a todo el entramado social y sanitario, donde podamos encontrar la explicación a las distintas concepciones de la enfermería, además si en un principio Norteamérica fue colonizada por la Europa anglosajona, en la actualidad la influencia que aquella tiene en todos los órdenes se está viendo reflejada en algunas corrientes de la enfermería mundial, incluidos los países del entorno latino. Este cruce de corrientes plantea interrogantes de identidad en nuestro entorno incluso en nuestros días y de ellos no se escapan los debates internos que algunos sectores de la profesión plantean incluso sobre la práctica de la CM.

Siglo XVIII: La Ilustración.

Durante este siglo y el siguiente, se producen revoluciones de diversa índole (política, industrial...) que se fueron influyendo mutuamente y modificando la relación entre las clases sociales y también su calidad de vida. Aparecen las clases medias, mientras que los estratos más bajos apenas mejoran nada sus condiciones en estos principios de la revolución industrial. Las revoluciones francesas y americana comienzan a reivindicar los derechos de las personas, elevándolas a la categoría de ciudadanos.

La concepción de la salud y la enfermedad va desterrando la visión religiosa y la etiología sobrenatural, encuadrándose en el positivismo de Comte y en la Ilustración de los enciclopedistas franceses, se empieza a ver la causalidad física, biológica y mecánica de las patologías. Posteriormente con la aportación del marxismo se contempla también el factor económico, social... En este marco avanza la ciencia sanitaria y esto influye también en la CM al incorporar conceptos novedosos hasta ese momento como asepsia, analgesia y anestesia...

El Protobarberato, de cuyo desarrollo normativo se tiene referencia desde 1.500 y que funcionó durante largo tiempo regulando la práctica de barberos y sangradores, entre

otros oficios, es anexionado en 1751 por el Protomedicato y desaparece en 1780 por Real Cédula promulgada por Carlos III.

En las Ordenanzas de las Constituciones de los Reales Hospitales General y de la Pasión de Madrid, del año 1760, están reflejados los puestos de trabajo con gran precisión, y aparece la figura de Practicante en sustitución del antiguo Barbero, siendo sustituido el Barbero Mayor por el Practicante Mayor, este último tenía como cometido suplir ausencias y enfermedades del cirujano del hospital y enseñar al resto de los practicantes. Llama la atención en esta época que al sangrador se le considera especialidad, pues para acceder a esta categoría había que ser previamente practicante, reunir ciertos requisitos entre los que estaba *“la antigüedad, la vida y costumbres y el método que hayan observado en la asistencia y alivio de los pobres enfermos”*, también tenían que superar un examen realizado ante el Cirujano Mayor¹⁶.

Ya en 1620 en el Hospital General de la Villa de Madrid, denominado del Venerable Padre Antón Martín, funcionaba una escuela o “facultad” (es decir, que facultaba) de practicantes. A estos estudiantes, además de las clases normales “de cirugía, apósitos y vendajes” se les formaba en gramática y cultura general. Uno de sus más destacados profesores, el Padre Fray Matías de Quintanilla, que también era Cirujano Mayor y Enfermero Mayor, escribió en 1630 un importante libro de texto de la época “Breve compendio de cirugía”, en principio era un manuscrito y pasaba de mano en mano entre los alumnos los cuales lo iban copiando de forma amanuense. Uno de ellos, Ignacio Gutiérrez, consciente del riesgo de que desvirtuasen el original ó que lo plagiasen, lo mandó imprimir en 1683 y así llegó a nuestra época²⁴.

En la mayoría de las poblaciones rurales de la época, el único personal sanitario seguía siendo el ministrante ó práctico, que en algunos sitios era cirujano romancista y en otros barbero sangrador.

En Asturias, a mediados del S XVIII sólo hay cinco médicos y en la ciudad de Oviedo ejercen cinco cirujanos y algunos sangradores, más ninguno era “cirujano latino” hasta que en 1.730 se contrata al francés Juan Delgart²⁸.

En esta época sigue preocupando tanto la calidad de atención como los errores cometidos por los profesionales y el intrusismo existente entre las profesiones sanitarias:

“Había en este Principado gran porción de sujetos sin título ni ciencia que reparten misturas, desparraman purgantes, sangran, dirigen, operan y arrojan veneno sobre los miserables enfermos... uno de esto sujetos en menos de dos horas aplicó a una enferma dos sangrías, de que le siguió la muerte... otro sin título ni aprobación, tomó varios partidos de cirujano, y en la actualidad lo tiene el Convento de Santa María de la Vega, con sueldo, no obstante estar procesado, a instancias de los sangradores de esta ciudad, por carecer de título; llegando a tanto su arrojo, que no se detiene a dar certificados como si fuese legítimo médico o cirujano”²⁶.

Las actividades profesionales de los cirujanos romancistas siguen siendo reguladas en este siglo, se continúan delimitando sus funciones, pero siempre bajo supervisión del médico. Desde finales del S. XVIII son admitidos como alumnos de los colegios de cirugía para convertirse en ayudantes del médico. En ciertos casos y tras superar diversos exámenes, los cirujanos romancistas podían acceder a alguna plaza de cirujano que quedase vacante, no estando en este momento claramente diferenciadas, en el ámbito académico, ambas profesiones.

Los cuidadores hospitalarios, en los países católicos, seguían dependiendo de las órdenes religiosas, que eran las encargadas de darles formación y disciplina, pero no tenían el reconocimiento social ni académico del que disfrutaban los practicantes.

Siglo XIX: Inicio de la unificación de las profesiones enfermeras y aparición de la figura del practicante.

Este siglo supone un punto de inflexión en la profesión enfermera, se reconoce el valor que realmente tienen los cuidados de enfermería en la salud de la población y por tanto se avanza sustancialmente en la regulación y formación rigurosa de los profesionales.

En el ámbito anglosajón esta realidad cristaliza de la mano de la culta y paradigmática Florence Nightingale, en la sanidad militar del ejército británico durante la guerra de Crimea.

En el entorno español, como luego se verá se hacen esfuerzos por difundir los conocimientos necesarios para el ejercicio de la enfermería y por regular esta profesión, regulación que llega al máximo exponente con la ley Moyano, aglutinadora de diversas profesiones en la figura del practicante, que tanta importancia ha tenido en la sanidad española y que tan ligada ha estado a la CM.

Las múltiples confrontaciones bélicas presentes en esta época, han hecho avanzar sorprendentemente el conocimiento sobre la evolución de las heridas y sobre las técnicas de tratamiento, aparece por ejemplo la conocida como técnica de Friedrich.

En esta centuria sigue existiendo un importante sector de la población, sobre todo gente sin muchos recursos económicos y zonas agrarias con pueblos de pocos habitantes donde los “facultativos de carrera corta” como se llamó también por aquel entonces a los practicantes, son el único recurso sanitario disponible. A pesar de todas las regulaciones, en la práctica diaria se siguen presentando dificultades para deslindar las competencias de los diferentes tipos de profesionales de las que no escapan las relativas a la CM²⁹.

Para tratar de ordenar el campo de las profesiones sanitarias, Carlos IV dicta la Real Cédula de 6 de mayo de 1804, por la que se suprime el Protomedicato y todas sus funciones, incluidas las referidas al control de los practicantes, pasando a depender de las facultades de medicina y de los Reales Colegios de Cirugía. Estos eran los encargados de examinar y acreditar tanto a los cirujanos, como a los practicantes. A los primeros antes de poder ser examinados se les exigía cinco años de estudio en el Colegio, mientras que a los segundos se les exigen tres años de prácticas con un cirujano que debía certificarlas, para luego pasar al examen. A los practicantes solamente se les hacía un examen teórico-práctico, y se les pedía certificado de bautismo, limpieza de sangre y haber practicado con un cirujano. En el examen, además de otras materias se evaluaban los conocimientos sobre las arterias y las venas, las ventosas, el arte de sajar, así como la extracción de dientes y muelas²⁹. En esta Pragmática se dice también: *“Mando, que en ninguno de los pueblos de mis*

dominios se permita el ejercicio de estas facultades a quien no presente ante los justicias título correspondiente, que deberá registrarse en los libros del Ayuntamiento³⁰”.

La sangría sigue siendo una técnica ampliamente extendida y frecuentemente utilizada en este siglo. Como señaló en 1874 el catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz, Profesor Juan Ceballos, España es el único país del entorno en el que existe la figura profesional del sangrador.

Para ver la consideración que tenían las diferentes profesiones sanitarias a mediados del S. XIX, podemos observar la siguiente comparación de salarios, en reales, en tres hospitales:

Tabla nº1: Salarios en tres hospitales en el S. XIX.

	Almería	Guadalajara	Valladolid
Director	-	3.300	3.000
Capellán	2.190	1.460	1.825
Médico	2.190	2.000	1.100
Cirujano	2.190	2.000	1.500
Practicante	2.555	1.271	1.460
Enfermero	1.830	585	1.460
Enfermera	730	-	-
Cocinera	730	1.460	1.095

Fuente: Carasa, 1985¹⁵

Comienzan a aparecer manuales donde se compendian los conocimientos de estos profesionales como el escrito en 1851 por el catedrático supernumerario de la Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Sevilla en Cádiz, el gaditano Rafael Ameller Romero “Compendio de flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor o ministrante”, que tuvo gran éxito y se reeditó tres veces en 11 años. El autor especifica que escribe exclusivamente para los alumnos de cirugía ministrante, flebotomistas y sangradores que deben cursar por dos años los estudios teóricos que corresponden a la cirugía menor, también hace mucho énfasis en que estos profesionales no incurran en intrusismo y deja claro el manifiesto carácter limitador de los conocimientos que esos “prácticos” deben adquirir. En cuanto a temario sobre técnicas de cirugía, describe el instrumental (lancetas, ventosas, sanguijuelas...), nociones de anatomía, características, efectos deseados y no deseados de la técnica y

habilidades necesarias en el profesional. Otros capítulos los dedica a los vendajes, a la aplicación de medicaciones y al arte del dentista u odontotécnica en el que incluía las prótesis dentales. Otros libros de la época son: Compendio de cirugía menor (1866) de Nicolás Ferrer Julve, Manual para el uso de practicantes (1866) de José Calvo ó el Vademecun del practicante (1871) de Juan Marsillac^{29, 32}.

Las profesiones de sangrador, cirujano romancista ó de segunda, barbero y ministrante, se unifican en 1.846 según Real Orden de 29 de junio en el título de ministrante, en dicha orden se dictan normas para el ejercicio de la cirugía menor o ministrante. A pesar de ello, no en todo el territorio nacional se consigue dicha unificación, por lo que siguen ejerciendo y formándose las anteriores profesiones lo cual confundía a la población respecto a quién debía dirigirse ante un problema de salud o cuando precisaban una técnica concreta. Por ello la llamada ley Moyano, por ser promovida por el ministro Claudio Moyano, o Ley de Bases para la Instrucción Pública de 21 de noviembre de 1.861, vuelve a unificarlas definitivamente bajo el título de practicante, eso sí, suprimiendo esta vez las anteriores denominaciones. En todo momento, tanto los ministrantes como los practicantes asumieron las funciones de las profesiones que sustituían, entre las que se encontraban explícitamente las de la CM.

Los requisitos para acceder a los estudios de practicante, y la duración y contenido de los mismos va variando según diversas normativas, adaptándose a las necesidades de las nuevas estructuras sanitarias y a la incorporación de nuevas técnicas. En todo caso tanto los requisitos de acceso como los contenidos siguen difiriendo entre los planes de estudio de los practicantes y los de las enfermeras. Los estudios de practicante, inicialmente solo se pueden cursar en los hospitales públicos de siete ciudades españolas (Madrid, Barcelona, Granada, Sevilla, Santiago, Valencia y Valladolid), siempre que tengan un mínimo de sesenta camas y estén ocupadas habitualmente por más de cuarenta enfermos, posteriormente deben revalidar sus conocimientos en las facultades de medicina para poder tener acceso al ejercicio profesional³¹.

Entre las técnicas que realizaban los ministrantes y los iniciales practicantes, se encuentran: la cura de heridas, la reducción de fracturas y luxaciones, las emisiones sanguíneas bien por flebotomía, con sanguijuelas o mediante escarificaciones con o sin ventosas; el cauterio por calor, químico o por electricidad; las suturas y cura de

heridas; los sinapismos, cataplasmas y emplastos, los vendajes, las inyecciones que inicialmente eran solo hipodérmicas, las vacunaciones y el arte del dentista que fundamentalmente consistía en la limpieza de la dentadura y las extracciones, aunque tampoco descartaban las prótesis dentales³¹.

El prestigio social de los practicantes que ejercen fuera de los hospitales va en aumento en función de sus destrezas técnicas, siempre subordinado a un médico, aunque en el medio rural suele ser el practicante el único profesional del que se dispone y por tanto la realidad entra en contradicción franca con la formativa pues no es supervisado ni dirigido por nadie. Incluso diversas disposiciones legales como el Reglamento de 16 de junio de 1827 amplía la capacitación legal de estos profesionales cuando es el único sanitario presente, amparándose en que la situación sea de mucha urgencia. La consideración social no es la misma para los profesionales que trabajan en los hospitales.

En España la desamortización llevada a cabo por Mendizábal y Madoz produjo un notable deterioro de la asistencia hospitalaria, apareciendo carencias en el personal y en los servicios de enfermería que impartían las órdenes religiosas. Estas carencias van siendo cubiertas en los hospitales por personal seglar, que al igual que tras la Reforma Luterana en los países anglosajones estaba poco formado y era indisciplinado. Es por ello que en España se impone una reforma de la profesión cuya máxima impulsora, desde el análisis y las críticas a la realidad fue Concepción Arenal. Las críticas, muy feroces en algunas ocasiones, las sistematiza desde la observancia de lo que Arenal llamó los cinco principios: Falta de cuidado, honestidad, aseo, orden, y mala alimentación. Respecto al principio de la honestidad, Arenal hace un apunte en el que queda reflejada la consideración que en aquellos momentos se tenía de quienes trabajaban en el hospital: *“En una sala de mujeres solo deben entrar el sacerdote, el médico y el practicante, este último sólo cuando las hermanas no puedan hacer las curas o dar la medicación”*³³.

Arenal, al igual que critica a las enfermeras por la mala calidad de los cuidados que impartían, por el deficiente nivel de decoro personal, la desidia... también tiene críticas para los practicantes a los que por su indisciplinada y mal funcionamiento en los hospitales, culpa en parte del caos imperante en los mismos. Dice que la gran cantidad

de practicantes que se precisan, por su mala organización y efectividad, actúa en detrimento del número de enfermeras cuidadoras y hermanas de la caridad. Es tal el descontrol, que por los hospitales pululan practicantes honorarios que van a perfeccionarse y a introducirse para acabar acomodándose en el hospital, también existen practicantes meritorios que sin tener terminada la carrera acuden a realizar prácticas, pero en realidad su cometido es hacer el trabajo de los titulares que no aparecen por sus puestos. Los estudiantes oficiales también realizan el trabajo encubierto.

Concepción Arenal abogó en 1.880 por la necesidad de unificar todas las profesiones enfermeras (enfermera, practicante y matrona) y propone la creación de una única Escuela de Enfermería, idea casi visionaria, muy avanzada para la época que no se cumplió hasta casi un siglo más tarde.

En 1896, el Dr. Rubio Galí crea la primera escuela de enfermeras Santa Isabel de Hungría, cuya idea concibió al conocer en Inglaterra, donde fue embajador, la obra de F. Nigthingale⁹.

A mediados del Siglo XIX se organiza la Asociación General de Practicantes de España con el fin de defender su parcela profesional elevando sus reivindicaciones al gobierno. Trata de separar la labor del practicante del quehacer de la barbería que de forma residual sigue arrastrando, pues por una parte, algunos barberos hacen labor de practicantes y por otra en algunas convocatorias de plazas en pueblos pequeños se introduce como reclamo el que los practicantes puedan contratar con los vecinos *“tanto la cirugía menor como la barba”*. Así mismo luchan para que los estudiantes de medicina no puedan ocupar plazas de practicantes en los hospitales y en este sentido Concepción Arenal hace la siguiente referencia crítica *“Los practicantes elegidos entre los estudiantes de medicina, cirugía o farmacia solo prestan servicio por muy poco tiempo y cuando empiezan a ser útiles como auxiliares del médico o farmacéutico, se ausentan y salen del hospital”*.

En el Reglamento Benéfico-sanitario de 1.891 se determina la obligatoriedad de que bajo la dirección de los facultativos municipales, los ayuntamientos sostengan económicamente a los practicantes que desempeñen el servicio de cirugía menor¹⁶.

El profesor J. Siles dice que *“El término practicante ha cargado de significado una parte fundamental de la historia de las profesiones sanitarias y ha influido decisivamente en la preservación de la vertiente más técnica de la enfermería”*⁹.

Siglo XX: Consolidación de la enfermería actual.

En lo que se refiere a la profesión enfermera, los inicios de este siglo no dejan de ser una continuación de lo acontecido en el S. XIX, lo mismo ocurre con la CM, se sigue profundizando en las técnicas y sobre todo divulgando el saber conocido, como ejemplo de ello se podría citar el “Manual del practicante y de partos normales”³³, escrito por el médico Emilio García Sierra y publicado en 1906, en el que se describen los conocimientos que necesitaba un profesional de la época, en los mismos términos de otros manuales vistos previamente, y el libro “Cirugía elemental”, del doctor Rafael Gómez Lucas, publicado en 1948, en el que se incluían técnicas y principios de CM.

A mediados del Siglo, la creciente tecnificación de la atención sanitaria y el incremento del número de hospitales, incluidos en los sucesivos Planes de Desarrollo del franquismo, sitúa al hospital y al médico, y no al usuario, como eje del sistema sanitario, dejando a la enfermera como mera auxiliar al servicio de aquel profesional. Esto queda ratificado cuando en 1955 se cumple la aspiración de Concepción Arenal y se unifican las profesiones de enfermera, practicante y matrona en un único título de ATS, cuyo nombre transluce su concepción como ayudantía y en tareas técnicas, sin referencias ni a la salud ni a la población.

En este marco, la CM queda bastante desplazada e incluso se podría decir que en cierta forma poco considerada, al estar fuera del hospital y verse ensombrecida por las expectativas que abrían las grandes intervenciones diagnósticas y terapéuticas de la época (tratamientos del cáncer, grandes cirugías, novedosas y complejas técnicas diagnósticas...) y se relega por una parte a las urgencias de los grandes hospitales y por otra a la atención extrahospitalaria, donde queda en manos de algunos médicos y sobre todo de los ATS de la llamada Asistencia Pública Domiciliaria (APD), que siguen cultivándola sobre todo en los llamados ambulatorios de las ciudades y muy especialmente en los consultorios rurales.

Las funciones de los profesionales de la enfermería siguen teniendo en esta época una marcada diferencia de género, esto se ve reflejado en los planes de estudio que eran diferentes según fuese la escuela de ATS masculinos o femeninos. Entre estas diferencias se encuentran las materias referentes a CM, mucho más desarrolladas cuando las enseñanzas eran dirigidas a hombres que a mujeres.

Cuando realmente se ha producido un cambio significativo en la profesión enfermera es en el último tercio del siglo, cambio enmarcado en la consolidación de los citados avances científicos y tecnológicos, la introducción del concepto holístico de la atención a las personas no solo enfermas, sino que también a las sanas. Este cambio es muy marcado en las condiciones socio-sanitarias de nuestro entorno: extensión de la cobertura sanitaria a toda la población, desarrollo de la atención primaria de salud, exigencia de calidad por parte de los usuarios, entre otras.

En este contexto se produce en 1977 la transformación de la enfermería en profesión universitaria, Diplomatura Universitaria en Enfermería (DUE), que pasa de estar centrada en tareas auxiliares del médico a asumir un papel autónomo en los cuidados y de colaboración con diversas profesiones en la asistencia global a los usuarios. La entrada en el Espacio Europeo de Educación Superior, y desde el curso 2009-2010 al constituirse los estudios de enfermería en Grado y acceder al Máster y al Doctorado aun ahonda más en este sentido.

Esta época, al igual que otras anteriores, no está libre de tensiones que dificultan el desarrollo necesario para que la enfermería ocupe su espacio profesional autónomo: el retraso en la implantación de las especialidades de enfermería, los impedimentos para que las enfermeras pudiesen optar a todos los niveles académicos y regir, por tanto, las directrices formativas de su profesión, y las dificultades para desarrollar sus competencias y capacidades que en el quehacer cotidiano se encuentra muchas enfermeras. No es hasta entrado el Siglo XXI cuando estas barreras comienzan, lentamente, a ceder.

La CM realizada por enfermeras pese a no estar ajena a estas tensiones, sigue siendo ejercida por estas cotidianamente. De forma paradójica el servicio se ve mermado a finales del Siglo XX. Aunque aparecen planteamientos institucionales por parte del extinto Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) de potenciación de la cirugía menor en

la atención primaria en los años noventa del Siglo XX, la normativa derivada de este hecho ha dado lugar a que muchas enfermeras se encuentren con cortapisas para su realización, contradiciendo los criterios de eficiencia, dificultando la des-hospitalización de cuantas intervenciones sean posibles y negando el bagaje histórico acumulado y que se ha desarrollada a lo largo de este capítulo.

Por todo lo anterior cabe destacar.

Algunas de las técnicas que hoy se conocen como de cirugía menor, forman parte de las intervenciones sanitarias que primero utilizaron la observación como aprendizaje (método ensayo-error) y que primero consiguieron los resultados positivos que se perseguían con ellas.

Merece una reflexión la concepción inicial de los hospitales, que nacen como instituciones que acogen enfermos y otras personas cuyas necesidades son solo de cuidados de enfermería. La atención médica ó quirúrgica, ejercida por distintas profesiones, se puede realizar en múltiples lugares según costumbre y condiciones de los enfermos, es decir, puede desarrollarse en los locales que los profesionales tienen en sus barrios gremiales, en el propio domicilio del paciente o en el hospital.

Los barberos sangradores fueron considerados como un recurso técnico más especializado que las matronas y las enfermeras hospitalarias, las cuales recurrían a los primeros cuando se enfrentaban a técnicas para cuyo ejercicio no estaban preparadas. Como ilustración anecdótica, podemos recordar que reminiscencias de esta situación aun se podían observar bien avanzado el S. XX en algunos hospitales incluso de la red pública, donde existían ATS masculinos (muchos de ellos provenientes de los practicantes) que se ocupaban de realizar técnicas especializadas a los enfermos ingresados en las unidades de enfermería.

Si bien hoy en día existen concepciones que abogan por definir restrictivamente los criterios históricos de lo que es un acto enfermero¹⁰, en España este proceso no es lineal ni simple. Aunque en épocas más pretéritas los cuidados estrictamente entendidos dispensados en los hospitales por órdenes religiosas, se pudiesen separar claramente de otro tipo de atención otorgada por las diversas profesiones

“protoenfermeras” (sangradores, ministrantes, practicantes...), el que dichas profesiones hayan ido confluyendo y aglutinándose hasta unirse todas en la titulación de ATS y posteriormente en la de Diplomados Universitarios y Graduados en Enfermería, hace compleja la delimitación y condiciona la herencia de funciones.

En un momento en el que la hegemonía anglosajona se extiende por prácticamente todas las áreas del conocimiento y la sociedad, también alcanza a la enfermería, poniendo en cuestión algunos matices conceptuales y funciones pertenecientes a la idiosincrasia propia de nuestra cultura, herencia de nuestra historia de raíces latinas.

Conseguir la integración de la cirugía menor y otras técnicas practicadas por las enfermeras desde tiempos remotos en la moderna concepción de la enfermería, es un reto al que nos enfrentamos. Lo contrario sería renunciar a proyectar sobre la propia profesión y sobre la sociedad una parte de la memoria colectiva y renunciar también a ofrecer un servicio enfermero a la población, servicio que como se ha podido ver, se viene otorgando durante siglos y se sigue otorgando en la actualidad con eficiencia.

1.3- Legislación en relación a la cirugía menor.

La CM se encuentra incluida en España como prestación sanitaria del SNS en el ámbito de Atención Primaria desde 1995³⁴. Sin embargo no es hasta 1997 cuando el INSALUD potencia la CM, comenzando con la realización de una experiencia piloto de Cirugía Menor en Atención Primaria con la finalidad de valorar los siguientes aspectos: la pertinencia de ofertar CM en los Centros de Salud valorando la calidad de atención y la aceptación por parte de la población.

Desde el año 2003 la CM aparece definida en la cartera de servicios de Atención Primaria. Esta práctica es regulada por el Real Decreto 1277/2003 por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios³⁵. Dice en el epígrafe U.64: Cirugía menor ambulatoria: unidad asistencial donde, bajo la responsabilidad de un médico, se realizan procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso. Esta normativa, además de definir la actividad de forma poco rigurosa, ha causado gran disfunción en múltiples centros de atención primaria en los que la CM era realizada y organizada por los profesionales de la enfermería y que desde este momento, por la citada norma y por otras causas concomitantes, paralizan o disminuyen su realización. Además esta normativa se verá anulada por la superación que supone la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)³⁶, norma de rango superior, que en su artículo 7.2.a relativo a las funciones de los enfermeros dice: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Evidentemente el diagnóstico médico de la lesión y la prescripción terapéutica quirúrgica o de otro tipo es competencia del profesional médico y sobre él recae la responsabilidad sobre ello. Sin embargo es el profesional que realiza las técnicas el responsable de las mismas, no existiendo un responsable único del proceso cuando en él intervienen varios profesionales con competencias profesionales sobre aspectos concretos del mismo. En lo que se refiere a la dirección del programa de CM en AP, le

corresponderá al profesional capacitado para ello y al que la empresa encomiende dicha tarea.

El Consejo General de Colegios de Enfermería de España en ejercicio de su competencia en materia de regulación de la profesión, en su Circular 17/90 de 5 de febrero de 1990, incorpora la CM como competencia profesional del profesional de la enfermería, definiéndola como: aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo, y que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria.

Varias especialidades de enfermería en el programa oficial de la especialidad recogen la competencia en CM:

- La Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo³⁷, en su apartado 4.3.2 Área asistencial, dice que al final del período formativo se habrá adquirido la capacidad de:

g) Realizar los procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral.

- La Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria³⁸, en su apartado 5.1 de competencias relativas a la clínica y metodología avanzada, dice:

h). Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de cirugía menor en los ámbitos de intervención de la enfermería familiar y comunitaria.

- La Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica³⁹, en su apartado 3 de Definición y perfil profesional del especialista vinculado a sus competencias profesionales, dice:

24. Realizar y/o colaborar en los procedimientos de cirugía menor más habituales en el ámbito pediátrico y los cuidados relacionados de forma efectiva y segura.

El Proyecto de Programa de la Especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica, en estos momentos en proceso de aprobación por los organismos competentes y posterior

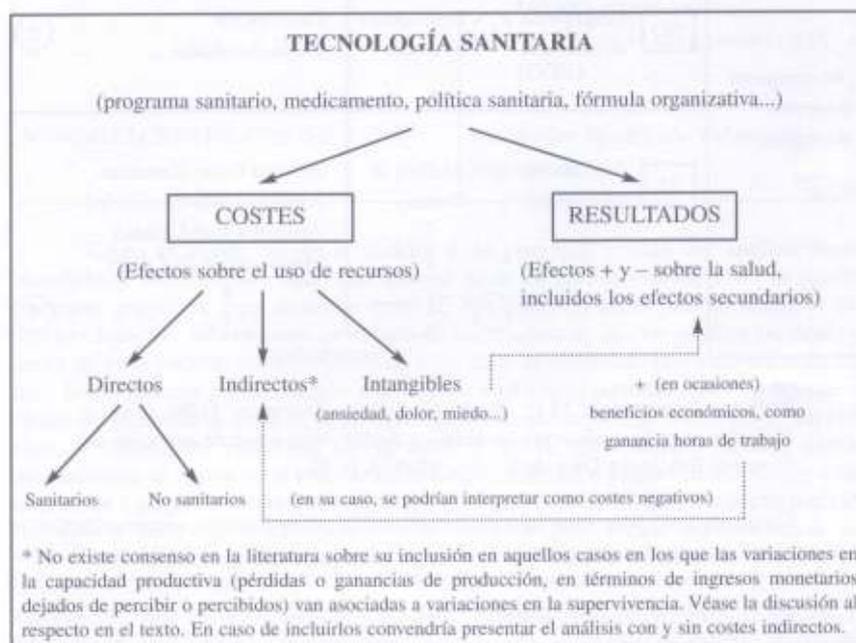
publicación, también recoge la competencia siguiente: Capacidad para ejecutar los procedimientos de cirugía menor y sus cuidados asociados de formas efectiva y segura.

1.4- La evaluación de la CM como tecnología sanitaria.

Se entiende por tecnología sanitaria cualquier método destinado a: promocionar la salud, prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades o mejorar la rehabilitación o los cuidados incluso a largo plazo. No solamente son tecnologías sanitarias los nuevos medicamentos o los dispositivos sanitarios sofisticados, también se consideran como tales las intervenciones de salud pública, los programas con impacto sobre la salud de las poblaciones y la organización de los servicios sanitarios⁴⁰.

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) tiene como objetivo promover el uso apropiado de las tecnologías sanitarias en términos de seguridad, efectividad, accesibilidad y equidad, proporcionando información necesaria para la toma de decisiones⁴¹. Evaluar tecnologías sanitarias consiste en darles un valor⁴² y esto supone analizar su impacto tanto en términos de los efectos, positivos y negativos, sobre la salud, como de los efectos sobre el uso de los recursos, refiriéndose tanto a los costes tangibles como intangibles (Figura nº 2).

Figura nº 2: Esquema de la evaluación de tecnologías sanitarias.



Fuente: Cabiedes Miragaya-2003⁴²

Las tecnologías sanitarias condicionan la evolución y sostenibilidad del sector sanitario, debido a que su uso, la introducción de innovaciones y la organización de las

prestaciones ejercen presiones en el sistema. Por ello, las políticas sanitarias actuales tienden hacia la racionalización del uso de las tecnologías, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, beneficio social y también adecuación de costes.

En principio, cualquier intervención que conlleve una elección entre varias alternativas y tenga una repercusión en salud o en el empleo de recursos, o en ambos, es susceptible de ser evaluada económicamente. Evidentemente la Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias (EETS) debe realizarse sobre tecnologías que hayan demostrado su efectividad o al menos su eficacia. No tendría sentido una EETS sobre una alternativa cuyos resultados de salud no son los deseables⁴³.

La conveniencia de realizar una EETS surge del hecho de que los recursos son siempre escasos, mientras que las necesidades son ilimitadas o por lo menos siempre superiores al potencial determinado por los recursos y la tecnología disponibles en un momento dado del tiempo. La EETS pretende contribuir a una asignación eficiente de los recursos, comparando el coste y los resultados de dos o más alternativas. Si bien la eficiencia no tiene porqué ser el único criterio a considerar en la asignación de recursos, la EETS puede ayudar a tomar decisiones.

Los responsables de la toma de decisiones en el ámbito sanitario tienen el deber de poner a disposición de los ciudadanos aquellas tecnologías que ayuden a mejorar la esperanza o la calidad de vida, siendo conscientes de que esto supone un gasto sanitario que debe ser asumible desde una perspectiva de sostenibilidad del sistema sanitario, sin la cual los principios de equidad y justicia social se tambalean⁴⁰. De hecho, los problemas económicos actuales de la sanidad pública tienen un innegable componente exógeno, pero también son derivados de un crecimiento poco racional, en muchas ocasiones por intereses ajenos al bien social. Esta trayectoria que se ha prolongado en el tiempo dificulta la gestión de cualquier tipo de disminución por lógica y necesaria que sea; parece que sólo los incrementos son posibles⁴⁴.

Por ello los responsables de la gestión sanitaria deben disponer de elementos analíticos rigurosos y consistentes para informar la toma de decisiones, siguiendo un enfoque de Gestión Sanitaria Basada en la Evidencia (GESBE). En este marco se encuentra la EETS cuyo objetivo es comparar el impacto de la intervención sobre el

estado de salud de los individuos afectados con el impacto de la intervención sobre el consumo de recursos correspondiente a diversas tecnologías sanitarias sometidas a comparación⁴⁵.

La presentación previa de estudios de EETS con vistas a decidir sobre su inclusión en el catálogo de prestaciones públicas, y en su caso decidir también sobre el precio o la financiación pública de la prestación, es obligatoria en un número reducido, aunque creciente, de países. En una reciente revisión⁴⁶, se han contabilizado siete países. A modo de ejemplo, cabe citar: Reino Unido, donde en el año 1999 se creó el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE); Australia que cuenta desde 1993 con un organismo oficial e independiente denominado *Pharmaceutical Benefits Advisory Comitee* (PBAC), que emite sus recomendaciones como paso previo a la financiación de medicamentos; o Canadá, que desde el año 1993 cuenta con la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) encargado de revisar la evidencia aportada por los fabricantes de tecnologías sanitarias⁴⁷.

En España corresponde a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) creada en 1994 y dependiente del Instituto de Salud Carlos III, desarrollar funciones de evaluación de las tecnologías sanitarias que permitan fundamentar técnicamente la selección, incorporación y difusión en el sistema sanitario español de las prestaciones sanitarias en relación a su ordenación en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Paralelamente siete Comunidades Autónomas (CCAA): Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid y País Vasco, disponen de sus propias Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, pero el impacto efectivo que poseen esas evaluaciones sobre las decisiones sanitarias autonómicas es muy reducido.

La evaluación de tecnologías sanitarias es recogida por primera vez en la legislación española en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud⁴⁸, en los siguientes términos:

Artículo 21.2. Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidos a evaluación por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores a propuesta de las comunidades autónomas.

Esta Ley ha sido recientemente modificada, en lo que a evaluación de tecnologías sanitarias se refiere, por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones⁴⁹, estableciendo en el artículo 2. Siete, que: *«Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a evaluación, con carácter preceptivo y previo a su utilización en el Sistema Nacional de Salud, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.»*

De esta Red forman parte la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, así como las siete agencias u órganos evaluadores autonómicos mencionados previamente.

La Disposición transitoria segunda del Real Decreto-ley 16/2012, de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, dice: *“En tanto no se elabore la normativa de desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, permanecerá en vigor el 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 actualización⁵⁰, en todo lo que no se oponga a la presente norma”*.

Así es que, hasta el momento, no se ha establecido un procedimiento sistemático de evaluación, que por otra parte, no se restringe a la evaluación económica en sentido estricto, sino que prevé el procedimiento más adecuado en cada caso (como informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados y otros), tal y como determina el mencionado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

En el año 1993 se empezó a trabajar en crear unas reglas claras y consensuadas sobre cuestiones técnicas y metodológicas de los estudios de EETS⁵¹. Recientemente se ha publicado una propuesta de guía, elaborada por un grupo de economistas de la salud, debatida y consensuada con expertos nacionales del ámbito académico, de la asistencia sanitaria, de la industria, y de las agencias de evaluación de tecnologías^{52, 40}.

No existen restricciones sobre el momento en que debe realizarse un estudio de EETS. Puede efectuarse antes de iniciar la implantación de la intervención o el programa,

durante o después sobre actuaciones ya en marcha⁴³. Por tanto, no solo la incorporación de nuevas tecnologías puede ser analizada a la luz de la EETS, sino que también pueden someterse a este análisis muchos procesos que se vienen realizando por tradición o por la fuerza de la costumbre y de forma no reflexionada, y que pueden ser susceptibles de optimización. En este supuesto se encuentra el presente estudio.

Aunque la metodología de la EETS se viene desarrollando y perfeccionando desde hace varias décadas, en la actualidad aun no está completamente implantada como apoyo a la toma de decisiones. López Bastida et al⁴⁰ plantean la necesidad de adoptar unas reglas claras y consensuadas por parte de los agentes del sistema sobre las cuestiones técnicas y metodológicas que deben respetar los estudios de EETS, proponiendo una guía del proceso de evaluación.

Entre los obstáculos existentes para que los responsables de las decisiones de política sanitaria utilicen la evaluación económica, Drummond et al⁵³ mencionan los déficits metodológicos en estos análisis: por una parte, la fiabilidad del método, y por otra, la aplicabilidad de los resultados a otros contextos diferentes. López Bastida et al⁴⁰ plantean que la EETS es un área pluridisciplinar incipiente de conocimiento científico y por tanto en permanente avance, lo que obliga a una necesaria estandarización de los métodos empleados si se quiere contar con una cierta homogeneidad en la realización de los análisis, en su interpretación y en la utilidad que aporten a los gestores sanitarios.

En la mayor parte de las referencias bibliográficas, incluidos los resúmenes encontrados en la base de datos europea para los estudios de evaluación económica (*European Network of Health Economic Evaluation Database: EURONHEED*), observamos que las comparaciones se realizan fundamentalmente entre fármacos y en menor medida entre otras tecnologías, pero siempre con la intencionalidad de evaluar una tecnología que presumiblemente se quiere introducir como novedad. Además, cuando se utilizan referentes de impacto, éstos suelen ser el incremento de años de vida ajustados por calidad (AVAC).

La CM como tecnología sanitaria que es y especialmente considerándola como una prestación del Sistema Nacional de Salud, debe ser evaluada, máxime si como se ha visto, existen diversas alternativas para su realización. En este trabajo se trata de

evaluar la CM utilizando como resultados la calidad técnica y la calidad percibida por los usuarios, y como costes aquellos directos tanto sanitarios como no sanitarios, así como los indirectos. Todo ello en cuanto a todo el proceso de resolución del problema y no solamente al acto quirúrgico.

La calidad percibida por los usuarios, tanto de las prestaciones realizadas en el servicio de salud como en cualquier otro tipo de servicio, ha sido desde hace mucho tiempo objeto de interés tanto de profesionales como de gestores de dichos servicios fundamentalmente porque no se puede considerar una atención de calidad si quien es objeto de ella no la percibe como tal. La satisfacción de los pacientes se considera una medida o indicador de la calidad de los servicios sanitarios.

Ya la Ley General de Sanidad establece dentro de los principios generales que “... los recursos sanitarios deben ser utilizados para hacer efectivas las prestaciones sanitarias y mantener altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados”⁵⁴.

Sea cual sea el modelo que se examine de gestión de la calidad en la empresa sanitaria, todos recogen de una u otra forma la orientación hacia el cliente. Los estándares de acreditación de la *Joint Commission*, el modelo de excelencia conocido como *European Foundation for Quality Management (EFQM)*, el denominado Modelo Iberoamericano o las nuevas normas ISO 9001:2000, presentan algunas diferencias en sus contenidos, pero una de las similitudes comunes a los citados 4 modelos es que destacan como característica primordial la necesidad de basarse en información contrastada acerca de las preferencias y tendencias en la opinión de los distintos tipos de clientes⁵⁵.

A la clásica visión clínica de eficacia y seguridad se han añadido otros puntos de vista como la efectividad⁵⁶ y cuando se considera el papel del ciudadano usuario como agente activo y centro del sistema sanitario la prestación no puede definirse y medirse solamente desde la perspectiva del proveedor, y necesariamente, como se ha dicho, nos debemos plantear la satisfacción del receptor como estándar de calidad y se debe considerar los déficits detectados por este como verdaderas áreas susceptibles de mejora. La calidad percibida por el paciente y la satisfacción son conceptos muy próximos y en muchas ocasiones intercambiables⁵⁷.

La calidad percibida por el usuario tiene diversos factores que la condicionan, en cierta medida está mediatizada por los resultados, es decir cómo haya quedado resuelto el problema por el que el individuo acudió a los servicios de salud, pero aun más que por eso, que podría parecer más objetivable y ponderado, son las expectativas que el usuario se ha hecho sobre dicha atención, qué espera de ella, la forma de ser prestada, las aspiraciones a una solución total o parcial... y en ello influyen experiencias anteriores propias o de su entorno, estereotipos sociales, cultura de los derechos adquiridos... R. Díaz⁵⁸ refiere que las expectativas se producen a partir de los siguientes elementos:

- Las necesidades personales y las situaciones del momento.
- Las experiencias propias en el servicio (satisfacción anterior)
- La recomendación de los expertos (tanto familiares como profesionales)
- El impacto de las comunicaciones (informaciones directas de los responsables de gestión de los servicios de salud o de fuentes de información independientes del sector sanitario)
- La cultura y la educación de cada paciente.

La calidad percibida del servicio es entendida como la diferencia que hay entre las expectativas de los clientes y lo que realmente perciben, situándose el punto crítico para lograr un nivel óptimo en que estas se igualen o incluso se superen en lo que algunos autores denominan “calidad sorpresa” que englobaría los aspectos no esperados por el cliente y que generan una fuerte sensación de “buen servicio”⁵⁹.

JJ Mira⁵⁵ en una revisión bibliográfica internacional que realiza desde 1975 hasta 2002, identifica múltiples dimensiones que condicionan tanto la satisfacción del paciente como la calidad percibida, entre las que se encuentran: accesibilidad, comunicación, instalaciones, competencia profesional, cortesía, tiempos de espera, empatía, confort, capacidad de elección, como fundamentales entre otras muchas. La autora R. Díaz⁵⁸ refiere que los aspectos fundamentales de la satisfacción se relacionan con:

- Relaciones interpersonales (tipo y profundidad de la información ofrecida según la demanda del paciente sobre su problema de salud, amabilidad, actitud receptiva, trato humano en general con los pacientes, interés, etc.)

- Aspectos técnicos de la atención (diagnóstico y tratamiento correcto)
- Aspectos relacionados con el confort (características y estado de las instalaciones, hostelería, horarios de visitas, etc.)

En un metaanálisis realizado con 221 estudios por J. Hall y MC Dornan⁶⁰ en 1988, al que también hace referencia por PJ Saturno⁶¹, se observan las dimensiones de satisfacción del paciente y la frecuencia con la que aparecen en los estudios analizados (Tabla nº 2).

Tabla nº 2: Dimensiones de satisfacción del paciente

	Frecuencia (%)
Relación interpersonal	65
Información	50
Calidad general	45
Competencia técnica	43
Burocracia	28
Acceso	27
Coste	18
Instalaciones	16
Resultados	6
Continuidad	4
Atención a problemas psicosociales	3

Fuente: J. Hall y MC Dornan⁶⁰

A pesar de que cada vez esté más valorada la percepción de la calidad y la satisfacción por parte del usuario, en España no existe una tradición de investigarla y cuando se hace, los métodos, enfoques e instrumentos son tan variados y en algunos casos poco rigurosos que no es posible su comparación. Por otra parte, habitualmente se suele medir la satisfacción general y no la aportación que a dicha satisfacción realizan los diferentes profesionales que intervienen en la provisión de la prestación, quedando en general mayoritariamente reducida a los profesionales médicos. En lo que se refiere a la satisfacción y calidad percibida por los pacientes sometidos a intervenciones de CM, en España se comienza a estudiar y se han encontrado algunas publicaciones⁶²⁻⁶⁷ que presentan las mismas características ya citadas.

1.5- Estado actual de la cuestión respecto a la CM.

Desde que en España se implantó en 1984 el nuevo modelo de Atención Primaria (AP), de forma paradójica los médicos de familia abandonaron en buena medida la práctica de la CM y decayó su formación sobre este tema^{68, 69}, siendo también insuficiente la formación continuada⁷⁰. Si bien en el programa formativo de su especialidad⁷¹ en el apartado 9.1.9: problemas de la piel incluyen las competencias en CM, parece que su implantación no es efectiva en todo el territorio del Estado.

En España, en general, los programas de formación de grado de medicina no contemplan la formación en competencias específicas para la CM. Tampoco existen Instituciones que acrediten, reciclen y reacrediten la competencia de los profesionales en estas técnicas como ocurre en otros países⁷². Aunque la preocupación por este aspecto de la formación médica no se circunscribe solo a nuestro entorno como se puede observar en algún artículo referido a otros países⁷³.

Evidentemente todas las especialidades médicas de carácter quirúrgico tienen capacitación profesional tanto formal como real para la realización de técnicas de CM y son varias las que de una u otra forma las practican, entre otras: dermatología, cirugía general y plástica, traumatología, cirugía infantil, etc. Así mismo en el programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria⁷¹, se contempla formación en CM que cada vez va siendo más efectiva.

En otros países de nuestro entorno el debate y la implantación real de la CM en AP ya se ha realizado con anterioridad a los años 90 del pasado siglo, así países anglosajones como Reino Unido (desde la entrada en vigor del *New Contract for General Practitioners* en 1990), EEUU, Canadá, Holanda, Suecia, etc., la cirugía menor se viene realizando desde hace años y de forma habitual en AP, estos programas han sido evaluados con unos resultados muy positivos^{74, 75}.

Diversas Instituciones de Estados Unidos de América (*American Board of Family Practica, The National Procedures Institute*) y Reino Unido (*General Medical Council, Royal College of General Practitioners in conjuntion whit the Royal College of Surgeons*) son quienes determinan cuáles son los procedimientos que, según el grado de

entrenamiento y de acreditación, pueden realizar los médicos de Atención Primaria y así mismo imparten formación al respecto⁷².

Las actuales enfermeras y quienes ejercían las profesiones precursoras de la actual enfermería (ATS, Practicantes, Ministrantes, Cirujanos Romances, Barberos Sangradores...) como ya se ha visto, han realizado CM a lo largo de toda la historia hasta nuestros días^{9, 14, 15, 16, 76, 24}. En las últimas décadas y probablemente “por defecto”, es decir porque ningún otro profesional lo hacía en AP, las enfermeras han asumido mayoritariamente y en muchas ocasiones casi en exclusiva la CM en este primer nivel de la asistencia sanitaria^{77, 78}.

Esta realidad de la enfermería respecto a la CM ha sido así en nuestro entorno, respondiendo a la tradición histórico-sanitaria de los países latinos, sin embargo en los países anglosajones, el uso habitual de los cuidados de enfermería no incluían la CM ni otras técnicas habituales en el entorno mediterráneo.

En la actualidad por diversas razones entre las que se encuentran la escasez de profesionales, la necesidad de optimizar recursos, la satisfacción obtenida por los usuarios⁷⁹ y la eficacia demostrada por las enfermeras cuando realizan CM, se está iniciando la implantación de CM realizada por enfermeras⁸⁰ también en múltiples países no latinos como Australia⁸¹, Kenia⁸², el Reino Unido⁸³ o Arabia Saudí⁸⁴.

En España la situación de la CM cambió cuando el INSALUD en 1997 decidió potenciar la CM en AP e introducirla como programa en la cartera de servicios. Esta decisión se produce tras una positiva evaluación de la experiencia piloto de CM en AP llevada a cabo con 520 profesionales, en 118 equipos de AP de varias CCAA y efectuándose más de 5.000 intervenciones en las que no se producen complicaciones^{85, 86}. Desde entonces la progresión ha sido vertiginosa y en el extinto INSALUD se registraron y contabilizaron en 1998, 16.000 intervenciones, que llegaron a 70.000 en el año 2.000⁸⁶.

Actualmente tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como los Servicios de Salud de varias CCAA contemplan la CM como procedimiento terapéutico dentro de su Cartera de Servicios comunes de AP^{4, 87}, algunas como Andalucía han desarrollado un plan estratégico de potenciación de la CM haciendo especial incidencia en su realización por

las enfermeras⁸⁸. Sin embargo, en otras CCAA, como Asturias, tras varios años en la que estuvo incluida la CM en sus Carteras de servicios, últimamente ha dejado de estarlo contraviniendo la norma establecida por el Ministerio de Sanidad.

La literatura científica establece como clave para el éxito o fracaso de la CM en AP, realizada por los distintos profesionales, la capacitación real y no teórica o supuesta de quienes la han de desempeñar^{78, 84, 89, 90, 91}. En España los estudios de las profesiones precursoras de la actual enfermería universitaria siempre han garantizado las competencias básicas tanto teóricas como prácticas que garantizaban el desempeño de la CM, actualmente el plan de estudios del Grado en Enfermería continua manteniendo dichas competencias⁹²⁻⁹⁴. Y también en los programas de formación de las especialidades en enfermería del Trabajo³⁷, Familiar y Comunitaria³⁸, Enfermería Pediátrica³⁹ y en el Proyecto de Enfermería Médico Quirúrgica, se contemplan competencias en CM.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica intensiva sobre investigaciones y publicaciones españolas que abordasen la evaluación de la CM de uno u otro modo, los resultados se exponen a continuación. Cabe destacar que dos de los artículos, de un mismo autor, que inicialmente parecían aportar más a los objetivos de esta búsqueda y de este estudio en general, han tenido que ser desechados, uno por coincidir con la única tesis encontrada en población y características de la misma pero diferir en resultados y otro por coincidir con el anterior en características de la muestra y algunos resultados, siendo diferentes las poblaciones estudiadas. En ambos casos se desecharon al no encontrar explicación a dichas coincidencias y divergencias.

La parte importante de las investigaciones realizadas hasta el momento tienden al estudio de la incidencia de complicaciones o la concordancia diagnóstica respecto a los resultados de anatomía patológica⁹⁵. Respecto a la concordancia entre el diagnóstico clínico realizado inicialmente por el médico de familia y el diagnóstico cierto determinado por el estudio histológico existe un nivel variable que va desde el 86% encontrado por Díaz Gallego et al en 2012⁹⁶ hasta el 31,3% referido por Delgado Zafra et al también en 2012⁹⁷, pasando por el 77,42% del estudio de Vaquero et al en 2002.

También se ha planteado en algunos estudios la satisfacción de los profesionales que practican la CM, que por tanto se les supone motivación y de los usuarios^{62, 66, 67}, pero

sin un enfoque desde la calidad total del proceso y mucho menos desde los resultados⁶³ ni comparativamente entre la CM realizada en el hospital o en atención primaria.

Sin embargo, en la actualidad se está empezando a cuestionar los indicadores que habitualmente se están utilizando para estas valoraciones relativas a la calidad⁹⁸.

Por otra parte, en prácticamente toda la bibliografía existente sobre la CM en AP se ensalzan los beneficios que para el sistema sanitario tiene la realización de la CM en AP, respecto a la Atención Especializada, tanto en orden económico⁷², como de reducción de listas de espera^{95, 99}. En nuestro entorno aun no se encuentran estudios comparativos entre ambos niveles que avalen con rigor todos los beneficios referidos¹⁰⁰.

Si se observa la situación actual de las publicaciones existentes sobre CM realizada en AP en España, y sin pretensión de realizar un análisis bibliométrico profundo, cabe destacar la escasez de publicaciones enfermeras sobre ese tema, a pesar de ser una actividad realizada cotidianamente. En ese sentido, se pueden observar estudios publicados por profesionales de la medicina sobre CM realizada por enfermeras⁹⁷. En buena parte de los estudios se desestiman y por tanto no son incluidas en las investigaciones, ciertas técnicas que responden perfectamente a las definiciones admitidas de CM^{2, 3, 4, 76}, como: suturas, desbridamiento de úlceras cutáneas, drenaje de abscesos, etc.^{63, 64} y sin embargo se incluyen otras técnicas como ganglión de muñeca, artrocentesis, infiltración en tendón o articulación y otras¹⁰⁰, o incluso la extirpación de lesiones con diagnóstico de malignidad¹⁰¹, que no responden a la definición de cirugía menor. Este aspecto probablemente merecería un análisis bibliográfico más profundo.

Sin embargo y como se ha indicado la asunción por parte de enfermería de competencias en CM está en franco auge no sólo en España, sino también en múltiples países de entornos diferentes, llegando en algunos ámbitos a áreas tan específicas como la CM oftalmológica^{102, 103} o incluso la CM estética¹⁰⁴.

Por tanto, es necesario visibilizar y evaluar la calidad de las intervenciones de CM que realizan las enfermeras de APS, al igual que la que realizan el resto de las profesiones y especialidades.

Como ya se ha mencionado, en muchas de las publicaciones sobre CM consultadas se hace referencia al menor coste resultante cuando ésta se realiza en atención primaria respecto a si se realiza en el hospital. Sin embargo, en nuestro país se encuentran pocos estudios que cuantifiquen dicha diferencia y cuando la cuantifican, generalmente no dejan claramente especificado el método con que se ha realizado el análisis, lo que dificulta o llega a impedir su valoración o su réplica. En otras ocasiones se presentan limitaciones importantes por la escasa dimensión de las muestras estudiadas.

La mayoría de los estudios de impacto económico son británicos y cuantifican este ahorro en torno a un 30% del coste del proceso hospitalario cuando éste se realiza en atención primaria. En todos estos estudios se compara la práctica de los médicos generales o de familia con especialistas de hospital, generalmente dermatólogos y cirujanos. Estos estudios^{75, 105, 106} se inician a finales de los años 70 del pasado siglo, mientras que en nuestro país se tarda en iniciar la realización de estudios en esta línea unos 20 años más, llevándose a cabo fundamentalmente a finales de los años 90 y principios del Siglo XXI.

A modo de ejemplo, entre los estudios británicos se pueden citar: O'Cathain et al¹⁰⁷, que en 1989 encontraron un ahorro del 26,4%, y en época más cercana, en 2008, George S. et al⁷³ que, en un estudio con 568 pacientes intervenidos por 60 médicos de AP y 60 de hospital, cifraron la diferencia en un 36,79% (Tabla 3).

Tabla nº 3: Resumen estudios comparativos de evaluación económica de la CM llevada a cabo en el contexto británico.

Investigador principal	O'Cathain ¹⁰⁷	George S. ⁷³
Año de publicación	1987	2008
Revista	Br J Gen Pract de enero de 1992; 42 (354): 13-17.	Health Technol Assess. 2008, 12 (23): 33-38.
Ámbito	5 médicos generales y el hospital del distrito de Rotherham. Inglaterra. 12 semanas	Sur de Inglaterra
Muestra	88 pacientes AP y 105 pacientes hospital	568 pacientes. 60 médicos de AP y 60 de hospital
Entidades comparadas	AP vs. hospital	AP vs. hospital
Costes unitarios encontrados en AP	33,53 libras	449,74 libras

Costes unitarios encontrados en contraparte	45,54 libras	1222,24 libras
Ahorro	26,4%	63,2%

Fuente: Elaboración propia

En nuestro entorno los estudios encontrados reflejan diferencias importantes en sus resultados que posiblemente tengan que ver con el método seguido, con la dificultad para encontrar datos que en ocasiones obligan a hacer extrapolaciones indirectas, o con la falta de estandarización en la contabilidad de los diferentes centros sanitarios y en las diferentes CCAA. También puede suponer un obstáculo el hecho de que todos los estudios fuesen realizados casi exclusivamente por profesionales de la medicina que ejercían en AP sin inclusión de otros profesionales, especialmente economistas, al menos para la poca claridad con la que está descrito, en general, el proceso de evaluación económica.

En la Tabla 4 se presenta la comparación realizada en varios estudios.

Vaquero Martínez et al., en un estudio con 95 lesiones de 84 pacientes¹⁰⁰, publicado en 2002, tratan de comparar costes entre AP, mutuas de seguros privadas (Ibermutuamur y Salugesa) y hospital, pero los criterios con los que realizan el cálculo de costes difiere en los tres niveles de atención.

Tárraga et al en su estudio, realizado en el año 2001 con 185 pacientes¹⁰⁸, calcularon su coste y lo compararon con las tarifas que ofrecen las compañías de seguros privados para intervenciones similares, encontrando un ahorro a favor de la AP entre el 112 y el 259%.

Pérez Rodríguez MT en su tesis doctoral leída en 2002⁷² compara los costes de la CM realizada en 1998-2001 a 711 pacientes en AP y lo que supondría haberlo hecho en clínicas privadas pertenecientes a ADESLAS y ASISA, cifrando la diferencia en un 49%.

Delgado Zafra et al., en un estudio realizado con 291 pacientes en 2011⁹⁷, comparan los costes de la CM realizada por enfermeros en AP respecto a la realizada en el hospital, concluyendo que el ahorro es de un 83,3%, aunque las especificaciones que aparecen en el artículo donde publican los resultados no permiten evaluar detalladamente el método y por tanto la calidad.

Díaz Gallego et al⁹⁶ en 2012, estudiando 1827 intervenciones realizadas en AP y comparándolas con los hospitales públicos de referencia, establecen la diferencia en un 42,5%.

Cruzado Quevedo et al¹⁰⁹ publican en 2003 un estudio realizado durante el año 1998 con 479 pacientes intervenidos en un centro de salud de Murcia, en el que si bien no hacen comparaciones con otras entidades ni niveles de atención sanitaria, incluyen un amplio abanico de costes, algunos no contemplados en estudios previos de nuestro país, como: costes previos a la intervención, recursos humanos, material fungible, esterilización del material, anatomía patológica, costes administrativos y costes generales. Concluyen que el coste medio por procedimiento se eleva a 7.676 pts. (46,13€), situándose en 1.755 pts. (10,55€) si se trata de criocirugía, que es el procedimiento que menos recursos precisa.

Tabla 4: Resumen de estudios comparativos de evaluación económica de la CM llevada a cabo en el contexto español.

Investigador principal	Tárraga López ¹⁰⁸	Vaquero Martínez ¹⁰⁰	Pérez Rodríguez ⁷²	Delgado Zafra ⁹⁷	Díaz Gallego ⁹⁶
Año de publicación	2001	2002	2002	2012	2012
Revista	Aten Primaria 2001; 27(5):335-8	Aten Primaria 2002.30(2):86-91	https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=293547	Med Fam Andal 2012;13(1):28-33	Comunicación en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Bilbao, 13-15 de junio de 2012
Ámbito	3 CS de Albacete durante 1 año	CS Rio Nacimiento – Almería durante 1 año	CM realizada durante 36 meses en CS de S. Lorenzo de la Parrilla - Cuenca	CS. Cabra, Córdoba	CM de 2 CS de Barcelona durante 9 años
Muestra	185 pacientes	95 lesiones de 84 pacientes	711 pacientes	291 pacientes	1.827 CM de 1.175 pacientes

Investigador principal	Tárraga López ¹⁰⁸	Vaquero Martínez ¹⁰⁰	Pérez Rodríguez ⁷²	Delgado Zafra ⁹⁷	Díaz Gallego ⁹⁶
Entidades comparadas	AP vs. tarifas compañías privadas de seguros	AP vs. Ibermutuamur, Salugesa y hospital	AP vs. ADESLAS y ASISA	Enfermeros AP vs. hospital	AP vs. hospital
Costes unitarios encontrados en AP	Entre 5.948 y 8.584 pts.	1.431,2 pts.	Entre 35,97 y 51,60 €	107,73 €	65,08€
Costes unitarios encontrados en contraparte	Entre 14.170 y 24.000 pts.	Centro privado: 15.200 pts. Centro especialidades distrito: 8.498 pts. Hospital público: 24.547 pts.	Entre 54,48 y 70,11 €	645,90 €	Sólo el global
Comparación del ahorro	*112-259 %.	*Coste 6, 10 y 17 veces menor en AP	*49%	**83,3%	*42,5%
Observaciones		Reconoce que el cálculo de costes puede no ser completamente comparables entre sí.		Considera todos los gastos incluidas consultas de derivación	No especifica los conceptos contabilizados

Fuente: Elaboración propia

En la bibliografía encontrada hasta el momento, solamente se ha abordado el análisis de los costes económicos directos desprendidos de la realización de la técnica quirúrgica, del acto quirúrgico concreto y aislado, sin considerar el resto del circuito que compone el proceso sanitario completo desde el primer acto diagnóstico, hasta el alta definitiva de la lesión resuelta. Se incluyen, no en todos los estudios, los gastos del personal que directamente interviene en ella y de los materiales consumibles utilizados. Sólo en algún estudio se entró a considerar alguna estimación respecto al material quirúrgico, pero sin tener en cuenta las amortizaciones previstas para el resto

de elementos materiales necesarios. Tampoco se han encontrado análisis en los que se incorporen los costes indirectos, ni los directos no sanitarios que son asumidos por el usuario⁹⁹. Superar alguno estos déficits es la aportación diferencial que pretende realizar el presente trabajo.

Aunque ya en 1999, Johnston et al¹¹⁰ planteasen que el impacto de las intervenciones sanitarias sobre los recursos consumidos se puede clasificar potencialmente en tres grupos: los costes sanitarios, los costes no sanitarios y el coste de las transferencias, parece que sigue siendo habitual que solamente se aborden los costes directos. Incluso en estudios internacionales de EETS como ha encontrado MF Hutter en su tesis de mayo de 2012¹¹¹ (*Análisis comparativo de la metodología de los estudios de evaluación económica de tecnologías sanitarias en Europa*), donde refiriéndose a costes indirectos señala que: “la tendencia observada para el conjunto de países es la de no calcular este tipo de costes en algo más que el 80% de los casos. Los estudios que registran la mayor frecuencia en su cálculo son los provenientes de los Países Bajos y de los Nórdicos, coherente también con el hecho de que es en estos países donde las evaluaciones económicas se realizan desde la perspectiva social”.

En consecuencia, uno de los objetivos del presente estudio es aproximar, de la forma más precisa posible, el coste de la CM, incluyendo:

- Costes directos sanitarios asumidos por el sistema público de salud.
- Costes directos no sanitarios asumidos por el usuario, como son el coste de los desplazamientos, tanto del transporte como del tiempo invertido y tanto de los pacientes como de los acompañantes, en su caso.
- Costes intangibles, entendidos en el sentido restringido (dolor, ansiedad, sufrimiento...), aunque sin asignarles un valor monetario.
- Las consecuencias que supone para el sistema sanitario uno u otro tipo de organización de la actividad.

En definitiva, la perspectiva adoptada es la de la sociedad y no sólo la del sistema público de salud, y las comparaciones incluyen la CM realizada en hospitales y atención primaria, por médicos y por enfermeras.

Todo lo expuesto previamente sugiere la necesidad de buscar una base, en la realidad de nuestro entorno, a las teóricas aportaciones positivas que la CM en AP hace al sistema sanitario y a los propios usuarios⁶⁵ en términos de eficacia, efectividad¹¹² y eficiencia.

Este estudio pretende, desde una perspectiva de evaluación de tecnologías sanitarias, aportar claridad a los mencionados interrogantes desde la comparación cruzada, entre las dos profesiones que ejercen la cirugía menor: médicos y enfermeras; y los dos niveles donde se realiza: atención primaria y atención hospitalaria, de la calidad científico-técnica, la calidad percibida por los usuarios y los costes implicados.

Objetivos e hipótesis.

2.1- Objetivo general.

Analizar la efectividad y eficiencia de las técnicas de CM en costes, satisfacción del usuario y cumplimiento de los criterios de calidad conocidos como normas técnicas mínimas (NTM) (Anexo 1), según los profesionales que las realizan y los niveles asistenciales donde se llevan a cabo.

2.2- Objetivos específicos.

- Conocer la calidad percibida por los pacientes respecto a la CM realizada por los profesionales y en los dispositivos sanitarios a estudio.
- Conocer el proceso tal como lo perciben los pacientes desde su diagnóstico hasta la intervención.
- Conocer el cumplimiento de las NTM de la CM realizada por los profesionales y en los dispositivos sanitarios a estudio.
- Comparar los resultados obtenidos en atención primaria respecto a los obtenidos en atención especializada.
- Comparar los resultados obtenidos cuando la realización de las técnicas corresponde a las enfermeras de atención primaria, respecto a los médicos de familia, de urgencias hospitalarias y dermatólogos.
- Comparar los costes de las intervenciones según el nivel asistencial y los profesionales que las realizan.

2.3- Hipótesis.

En el presente estudio se ha partido de las siguientes premisas hipotéticas

- a) Los resultados observados en relación a la calidad no presentan diferencias ni en relación a los profesionales que la realizan ni al nivel asistencial.
- b) Los resultados percibidos por los pacientes son más positivos cuando las técnicas se realizan en atención primaria que cuando son llevadas a cabo en atención especializada.
- c) Los costes se incrementan en función del nivel asistencial y de los costes relativos a los gastos de personal que supone quien realiza la CM, optimizándose en enfermería de atención primaria.

3- Material y métodos: aspectos comunes a todas las fases de la investigación.

3.1- Ámbito del estudio.

Se ha estudiado la CM realizada durante el año 2009 (1 de enero a 31 de diciembre) en Atención Primaria de las Áreas Sanitarias III, IV y V de Asturias correspondientes a Avilés, Oviedo y Gijón que prestan atención a una población de 799.472 habitantes y donde existen 44 centros de salud con una plantilla orgánica de 416 médicos de familia y 452 enfermeras.

Inicialmente para comparar la CM realizada en AP se pretendía tomar como referencia las intervenciones llevadas a cabo en los hospitales y centros de atención especializada de dichas Áreas, así se hizo en el Área V donde se estudió la casuística en AP, en el Hospital de Cabueñes y en el centro de atención especializada Casa del Mar, donde está derivada parte de la dermatología de dicho hospital.

No ha sido posible disponer de los datos del Hospital Universitario Central de Asturias, de Oviedo, por dificultades en los registros existentes que imposibilitaron su participación y de los correspondientes al Hospital San Agustín de Avilés por las discrepancias con las condiciones planteadas por la gerencia de dicho hospital.

Para incrementar la población de intervenciones realizadas en el hospital, se incorpora al estudio por intencionalidad y oportunidad el Hospital Valle del Nalón del Área Sanitaria VIII. Se analiza y valora que al ser la parte comparativa entre la CM realizada en AP frente a la Atención Especializada (AE), es indiferente que los hospitales correspondan directamente a las Áreas de AP puesto que no hay ningún tipo de conexión entre ambos niveles asistenciales que pudiese condicionar los resultados.

Los hospitales estudiados cubren la atención sanitaria a una población de 384.511 habitantes.

3.2- Fases del estudio.

El estudio ha sido diseñado en cuatro fases o partes diferenciadas que se expondrán a continuación tanto en método específico como en resultados y conclusiones parciales:

- Análisis de la calidad técnica: Cumplimiento de las NTM y repercusión de la CM en la vida cotidiana del paciente. Se compara entre los dos niveles de asistencia y las dos profesiones que realizan CM en AP. La población se obtiene de los registros de CM propios de cada hospital y los datos de la muestra calculada se extraen de las historias clínicas. En AP al existir historias clínicas informatizadas la búsqueda de la población se realiza de forma informatizada y los datos de la muestra calculada se extraen de las historias clínicas informatizadas.
- Análisis de la satisfacción percibida por los usuarios: Satisfacción percibida, explorada mediante el modelo SERVQUAL (*Service of quality*). Los datos se obtienen de la misma muestra que la obtenida para la calidad técnica mediante encuesta telefónica. Los distintos subgrupos de la comparación son los mismos que en la calidad técnica.
- Análisis cualitativo de la vivencia percibida por los usuarios: Análisis cualitativo mediante Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) a través de entrevistas semiestructuradas a un grupo intencional de pacientes informadores claves según los expertos que les realizaron las intervenciones.
- Análisis económico: Se realiza estimación de los costes económicos y sociales de la CM y una evaluación económica de la tecnología sanitaria, cirugía menor, a través del método de análisis de coste-consecuencia, comparando también los mismos grupos antes reseñados.

3.3- Aspectos éticos y legales.

3.3.1: Confidencialidad de datos y permisos de los responsables.

Se ha solicitado autorización formalmente por escrito para la realización del estudio al Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, quien la ha concedido por considerar que el estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse. (ANEXO I)

Así mismo se ha solicitado permiso y se ha obtenido respuesta positiva de los responsables de los centros sanitarios que se han estudiado. (ANEXO II)

Los datos obtenidos fueron tratados confidencialmente conforme a lo que establece la Ley Orgánica 157/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (B.O.E. número 298 de 14 de Diciembre de 1999), para lo que se codificaron las entrevistas, encuestas y datos de historias clínicas disociándolos de la identidad de los pacientes. Dicha codificación quedó bajo custodia del doctorando.

Dada la naturaleza de las bases de datos que surgen en el estudio, que en ningún caso son nominales, no fue necesaria su inscripción en el registro oficial de bases de datos.

3.3.2: Consentimiento informado.

A los usuarios a quienes se les solicitó su colaboración para ser encuestados telefónicamente y a quienes se entrevistó de forma presencial, se les informó de la finalidad del estudio, del método, del tiempo aproximado de la duración de la entrevista y de su carácter voluntario. Se les explicó el carácter independiente de la encuesta y del encuestador (independencia sobre todo del Servicio de Salud) y se les solicitó su consentimiento informado, en el caso de las encuestas semiestructuradas grabadas, este consentimiento explícito consta al principio de cada grabación.

3.3.3: Otras consideraciones éticas.

A los usuarios a quienes se citó para ser encuestados o entrevistados, se les ofrecieron las alternativas necesarias para que el tiempo empleado perjudicase lo mínimo al desempeño de sus actividades habituales, adaptando el horario a sus necesidades.

A las personas a quienes se les realizó la entrevista semiestructurada, se les ofreció apoyo, para sustituirlos si fuese necesario, en alguna tarea de cuidado de personas

dependientes, niños o ancianos, aunque nadie lo requirió. Así mismo se les ofreció facilidades de transporte hasta el lugar de la entrevista, que al ser realizadas en los centros de salud más próximos a sus domicilios y elegidos por ellos, tampoco fue necesario.

Estos aspectos que son primordialmente requisitos éticos de trato a las personas que participaron en la investigación, servirán además para minimizar la limitación que pudiesen suponer el sesgo que estas dificultades de acceso conllevan.

4- Parte I: Análisis de la calidad técnica.

4.1- Material y método.

Para la determinación de la población a estudio se utilizan dos procesos:

1- Captación de casos de CM a través de los diversos tipos de registros existentes en los hospitales a estudio en los que se recogen los casos de CM intervenidos en dichos hospitales.

En el Hospital Valle del Nalón se utilizan los libros de registro de actividad quirúrgica de los quirófanos donde se realizan intervenciones de CM. En el Hospital Cabueñes se utilizan también los libros de registro de los quirófanos, tanto del propio hospital como del centro de atención especializada de la Casa del Mar donde está diferido parte del servicio de dermatología. También se cuenta con el registro informatizado de entrada de muestras al servicio de anatomía patológica. Se cruzan los datos provenientes de ambas fuentes para evitar la pérdida de algún episodio de CM.

2- Identificación exhaustiva en la historia clínica informatizada de AP (OMI-AP) de todos los posibles episodios estandarizados que se pudiesen relacionar de alguna forma más o menos directa con casos de CM, tanto por el tipo de lesión o entidad patológica como por la técnica aplicada.

Se elaboran criterios de búsqueda en *Structured Query Language* (SQL) y se realiza la solicitud de los datos al Centro de Gestión de los Servicios Informáticos del Principado de Asturias, de quienes depende la informatización del Servicio de Salud.

Se depuran las bases excluyendo los casos de pacientes en edad pediátrica por la propia idiosincrasia de estos pacientes, los episodios relacionados con úlceras y heridas crónicas por no ser objetivo de este estudio y los abiertos por profesionales de la salud en formación (residentes).

Cuando se abren las historias clínicas en busca de episodios reales de CM, aparecen episodios que por la entidad patológica (diagnóstico que figura en el episodio abierto) sí lo podrían ser, pero por la resolución del proceso no lo llegan a ser, entre las diversas causas se encuentran: lesiones menores, tratamientos médicos y no quirúrgicos, errores en el registro, que no se resuelven en AP por ser derivados a otros niveles de atención, etc. En estos casos se realiza una reposición por el siguiente episodio de la lista que responda a las mismas características de profesional que lo realiza (médico/enfermera) y el tipo de CM que fuese (urgente/programada). Si el siguiente

episodio tampoco era válido se continuaba la búsqueda hasta encontrar uno con las características requeridas y que sí lo fuese.

Los episodios se agrupan en urgentes y programables y dado que su idiosincrasia es completamente diferente se estudian independientemente, como dos grupos distintos.

Entre los urgentes se incluyen: las heridas cutáneas, las colecciones de pus y los traumatismos en uñas cuya intervención no admite demora. Este tipo de CM se estudiará solamente en AP.

En los programables se consideran: las tumoraciones benignas cutáneas y subcutáneas, las lesiones cutáneas de origen vírico y las uñas distróficas entre otras, cuyo abordaje puede ser temporalmente demorable. Este tipo de CM se estudiará tanto en AP como en hospitales.

La muestra se calcula con un 90% de potencia teórica, error tipo 1 del 5% y unas pérdidas del 20%, partiendo del supuesto inicial que la satisfacción esperada difiera en un 25 % (55% hospital frente a 80% AP), mientras que entre enfermeras y médicos de AP no se presenten diferencias. En cuanto a la calidad técnica se aceptó inicialmente que no se encontrarían diferencias.

Las variables continuas se describen mediante medias y desviaciones típicas. Las variables categóricas se describen mediante frecuencias relativas y absolutas. La comparación de las medias por distintos grupos se realizó mediante las pruebas robustas de Welch. La independencia entre las variables categóricas se contrastó usando el test exacto de la Chi-2 o, el test exacto de Fisher, según el caso. Valores de P inferiores a 0.05 fueron considerados estadísticamente significativos.

4.2- Resultados.

4.2.1: Características de la población.

En el total de todas las Áreas de AP y en todos los hospitales se encuentran 54.477 episodios susceptibles de ser resueltos mediante técnicas de CM, de los cuales 31.204 corresponden a lesiones de tratamiento urgente y 23.273 programables. La distribución de las muestras se pueden observar en la tabla siguiente:

Tabla 5.a: Número de intervenciones y muestras según profesionales.

	nº intervenciones urgentes	muestra
Enfermeras AP	19370	211
Médicos AP	11834	129
Total	31204	340

	nº intervenciones programadas	muestra
Hospital (Médicos hospital)	1748	100
Enfermeras AP	3019	80
Médicos AP	18506	160
Total	23273	340

Total intervenciones	54477
Total casos muestra	680

De las 100 historias de la muestra de CM realizadas en el nivel hospitalario, 8 no pueden ser localizadas y se estudian 92.

En atención primaria para conseguir la muestra calculada reponiendo los casos fallidos, ha sido necesario revisar 6.980 historias electrónicas, con la distribución reflejada en la siguiente tabla.

Tabla 5.b: Población y muestras en AP.

Atención Primaria	Nº total de episodios "teóricos"	Nº de historias revisadas para conseguir la muestra	Muestra calculada	Muestra conseguida	Porcentaje de la muestra conseguida sobre la calculada
Urgentes	31204	3938	340	322	94,7
Programables	21525	3042	240	257	107,1
total	52729	6980	680	579	85,1

En todo caso, en los episodios programables la muestra conseguida fue mayor que la calculada, y en urgentes y muestra total, las diferencias no alcanza al 20% de pérdidas con las que se calculó la muestra.

Haciendo una inferencia del número de historias que se tuvieron que abrir para conseguir la muestra necesaria se puede estimar que el número de CM reales entre el total de episodios teóricos de AP es de:

Para las URGENTES, se tendría que la estimación del número de cirugías menores reales realizadas en las Áreas Sanitarias estudiadas y en el año 2009, es de 2.705, entre 2.441-2.969 con un IC de 95%, lo que supone entre un 0,3 y un 0,37% de la población total atendida.

Para las PROGRAMABLES es 1.813 con un IC del 95%: 1.618-2.008, lo cual supone entre un 0,2 y un 0,25% de la población.

En total tendríamos: 4.524 (4196-4852), es decir entre un 0,52% y un 0,6% de la población total adscrita a las Áreas Sanitarias estudiadas, necesitó algún tipo de técnica de cirugía menor realizada en AP.

Con los datos obtenidos de los hospitales, se obtiene que el 0,45% de la población acude anualmente al hospital a que le realicen alguna técnica de CM.

4.2.2: Características de la muestra.

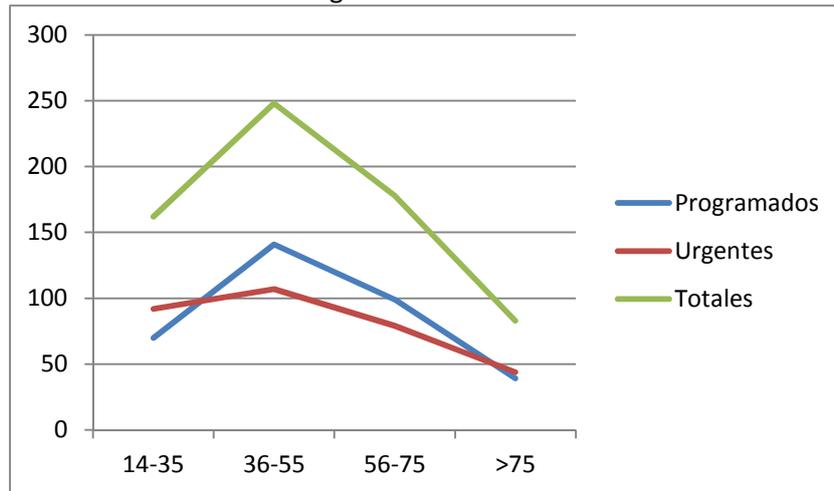
Distribución según edad:

El grupo de edad que más demanda CM tanto urgentes como programadas es el comprendido entre 35 y 55 años, siendo el que menos el de las personas más mayores, por encima de 75 años.

Tabla 5.d: Distribución según edad.

Años	Programados		Urgentes		Totales	
	n	%	n	%	n	%
14-35	70	20,1	92	28,6	162	24,1
36-55	141	40,4	107	33,2	248	37,0
56-75	99	28,4	79	24,5	178	26,5
>75	39	11,2	44	13,7	83	12,4
Totales	349	100	322	100,0	671	100

Gráfico 1: Distribución de la muestra según edad



Distribución según sexo:

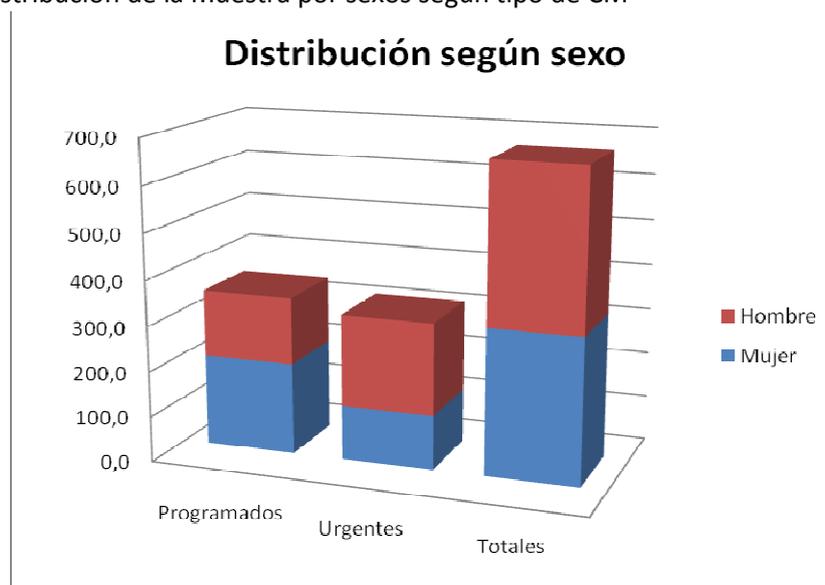
Los hombres van mayoritariamente a tipos de cirugías urgentes, mientras que las mujeres acuden más a programables, siendo esta diferencia significativa.

Tabla 5.e: Distribución por sexos según tipo de CM

Sexo	Programados		Urgentes		Totales	
	n	%	n	%	n	%
Mujer	202	57,9	120	37,3	322	48,0
Hombre	147	42,1	202	62,7	349	52,0
Totales	349	100,0	322	100,0	671	100,0

(P<0,001)

Gráfico 2: Distribución de la muestra por sexos según tipo de CM

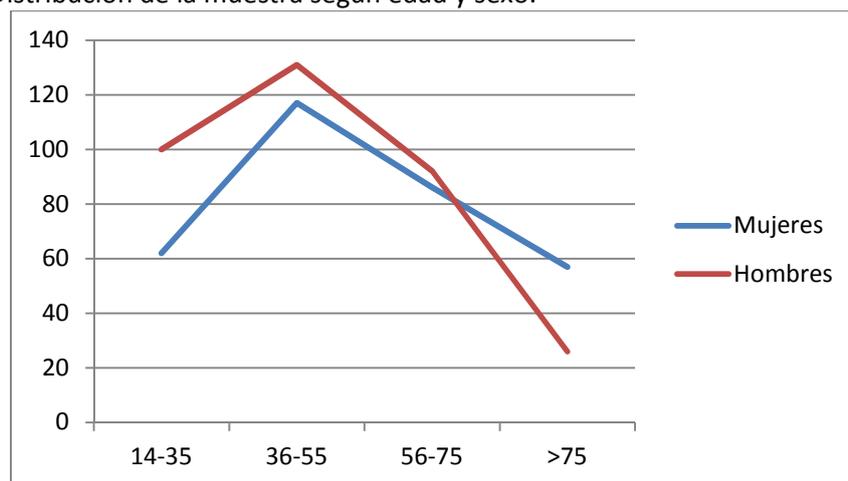


Distribución según correlación edad y sexo:

Tabla 5.f: Distribución de la muestra según edad y sexo.

Edad (años)	14-35	36-55	56-75	>75	Total
Total mujeres	62	117	86	57	322
Total hombres	100	131	92	26	349
Total	162	248	178	83	671

Gráfico 3: Distribución de la muestra según edad y sexo.



En programadas las diferencias de edad entre hombres y mujeres no es significativa ($P=0,642$), mientras que en urgentes hay una diferencia significativa siendo más jóvenes los hombres que las mujeres ($P<0,001$).

Tabla 5.g: Valores estadísticos de tendencia central según sexo, edad y tipo de CM.

		Edad (años cumplidos)					
Tipo episodio	Sexo	n	Media	Desv. típ.	Mediana	Mínimo	Máximo
Programable	Mujer	202	51,39	18,117	51,00	15	96
	Hombre	147	50,46	16,245	52,00	15	94
	Total	349	51,00	17,335	51,00	15	96

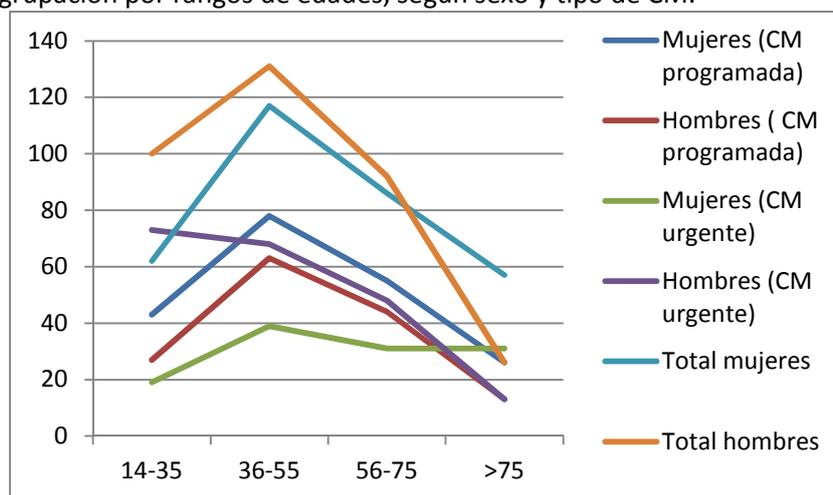
		Edad (años cumplidos)					
Tipo episodio	Sexo	n	Media	Desv. típ.	Mediana	Mínimo	Máximo
Urgente	Mujer	120	57,7	20	58	20	97
	Hombre	202	45,3	19	45	14	97
	Total	322	49,9	20,4	49	14	97

Tabla 5.h: Agrupación por rangos de edades, según sexo y tipo de CM.

Edad	14-35	36-55	56-75	>75
Mujeres (CM programada)	43	78	55	26
Hombres (CM programada)	27	63	44	13

Mujeres (CM urgente)	19	39	31	31
Hombres (CM urgente)	73	68	48	13
Total mujeres	62	117	86	57
Total hombres	100	131	92	26
Total	162	248	178	83

Gráfico 4: Agrupación por rangos de edades, según sexo y tipo de CM.



4.2.3: Resultados de la CM Programable.

La muestra analizada es de 349 episodios programados, 257 en AP y 92 en hospital.

La diferencia de edad de los pacientes tratados por episodios programables tanto en hospital como en AP no es significativa ($P: 0,737$), como tampoco lo es la diferencia de sexo ($P>0,540$).

Diagnósticos:

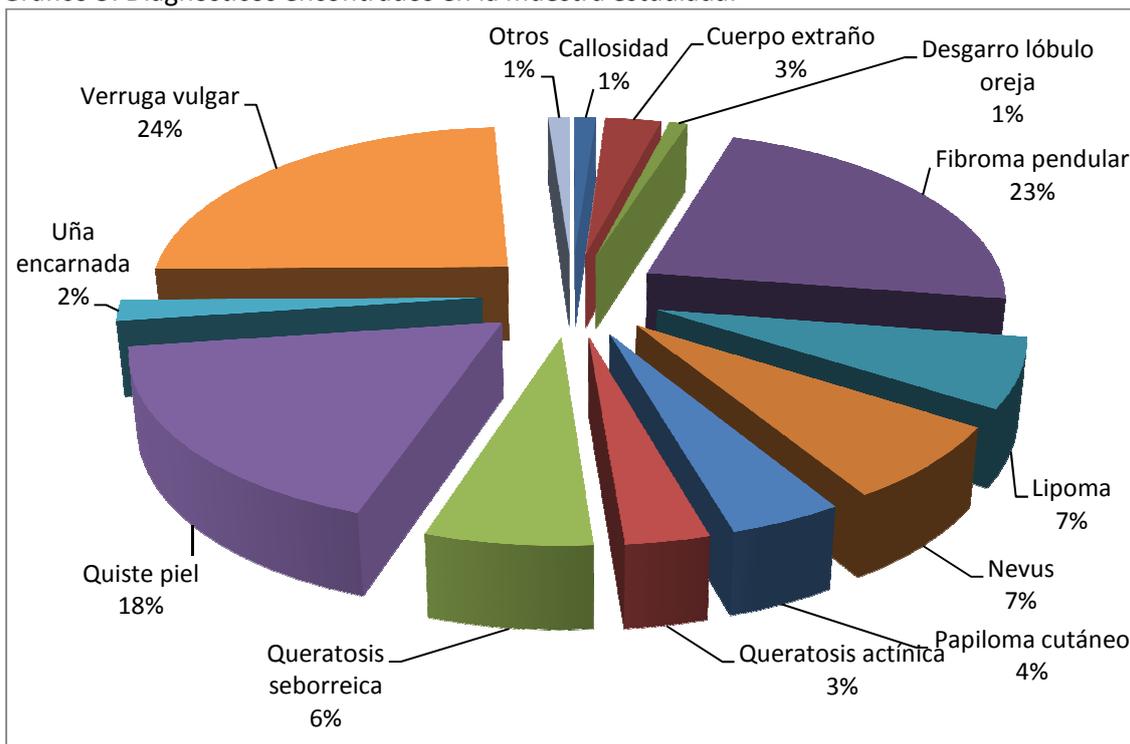
Los diagnósticos encontrados en la muestra estudiada se ven desglosados en la Tabla 6.a.

Tabla 6.a: Diagnósticos encontrados en la muestra estudiada.

Diagnóstico	Nº total	
	n	%
Callo, callosidad	4	1,1
Cuerpo extraño piel	10	2,9
Desgarro lóbulo oreja	3	0,9
Fibroma pendular, acrocordón	79	22,6
Lipoma	23	6,6
Nevus	25	7,2
Papiloma cutáneo	15	4,3

Queratosis actínica	11	3,2
Queratosis seborreica	22	6,3
Quiste piel	62	17,8
Uña encarnada	7	2
Verruga vulgar	84	24,1
Otros (fibrosis cicatricial, fibroepitelioma, granuloma, tricoepitelioma, cuerno cutáneo...)	4	1,1
Total	349	100

Gráfico 5: Diagnósticos encontrados en la muestra estudiada.



Técnicas:

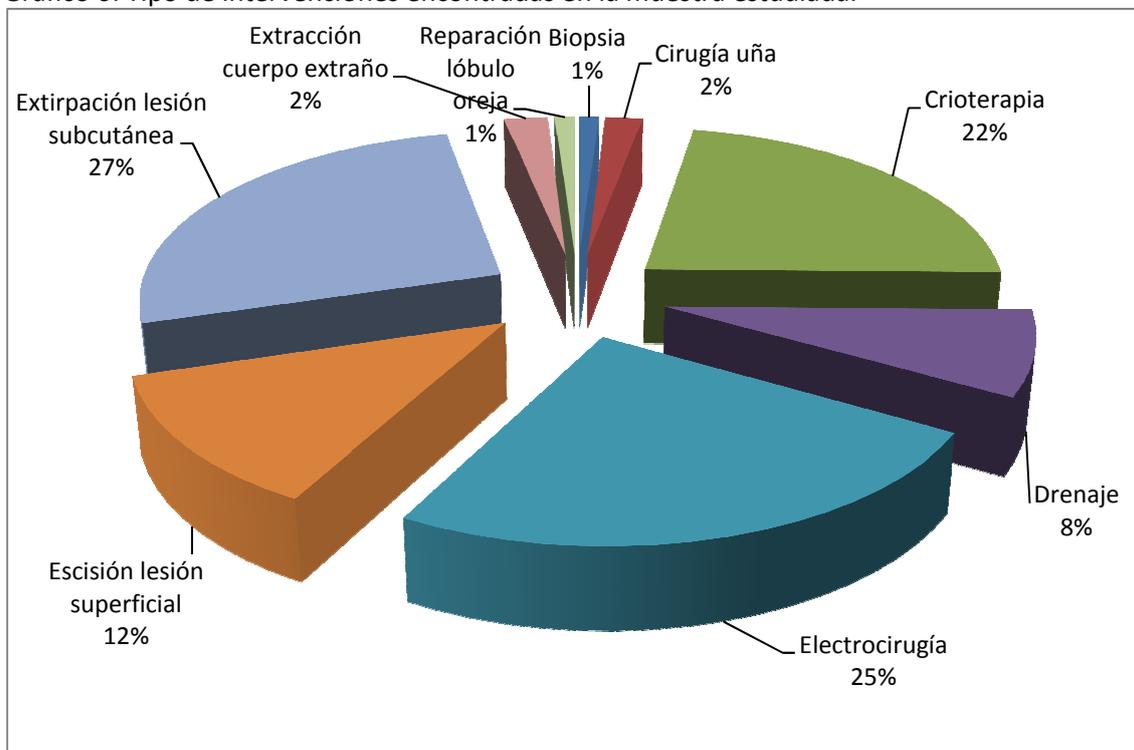
El tipo de intervenciones encontradas en la muestra se pueden observar en la Tabla 6.b.

Tabla 6.b: Tipo de intervenciones encontradas en la muestra estudiada.

Intervención	Nº total	
	n	%
Afeitado-curetaje	36	10,3
Biopsia	3	0,9
Cirugía uña	6	1,7
Crioterapia	70	20,1
Drenaje	25	7,2
Electrocirugía	77	22,1
Escisión lesión superficial	39	11,2

Extirpación lesión subcutánea	83	23,8
Extracción cuerpo extraño	7	2,0
Reparación lóbulo oreja	3	0,9
Total	349	100,0

Gráfico 6: Tipo de intervenciones encontradas en la muestra estudiada.



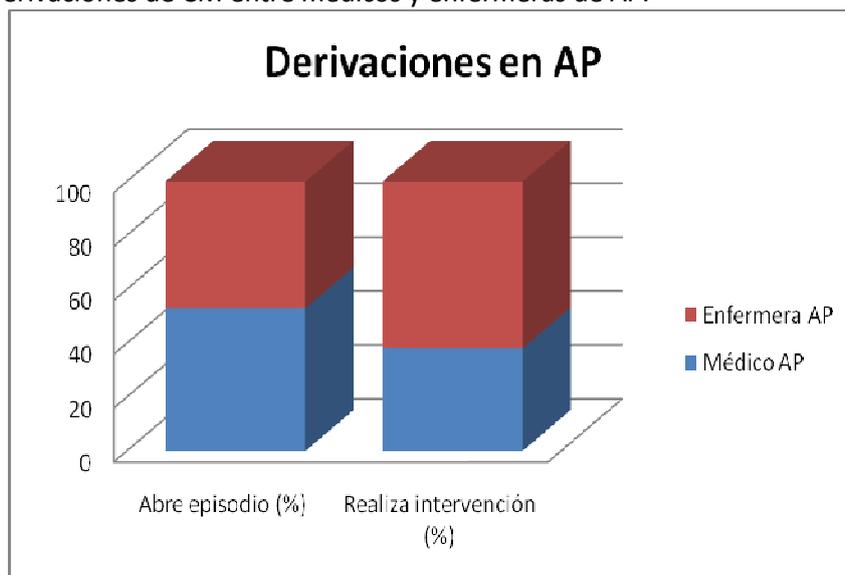
Derivaciones:

El 52,9% de los episodios programados en AP los abren los médicos y el 47,1% las enfermeras no siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo las intervenciones las realizan las enfermeras en un 62 % frente al 38% de los médicos, siendo estas diferencias significativas ($P < 0,001$). Se derivaron dos episodios abiertos en AP para su realización en el hospital.

Tabla 6.c: Derivaciones entre médicos y enfermeras de AP.

Episodios en AP	Médicos	Enfermeras	Total
Abiertos	136 (52,9%)	121 (47,1%)	257 (100%)
Realizados	97 (38%)	158 (62%)	255 (100%)

Gráfico 7: Derivaciones de CM entre médicos y enfermeras de AP.



En el hospital consta que son siempre los médicos especialistas quienes abren los episodios, aunque evidentemente los pacientes en todos los casos llegan derivados por el médico de AP.

Demoras:

Tabla 6.d: Tiempos de demora de la CM en AP y hospital.

	Media	Desv. Tip.	Mediana	Mínimo	Máximo
Hospital	93,5	105,1	61	0	695
Atención Primaria	2,5	5,7	0	0	54
Total	26,1	66,8	0	0	695

P < 0.001

El tiempo de espera entre la consulta en la que se realiza el diagnóstico y la indicación de intervención y el acto quirúrgico es significativamente diferente en el hospital y en AP (P<0,001). Mientras que el 50% de pacientes que van al hospital tardan más de 61 días en ser atendidos, en AP son atendidos de forma inmediata el 67,5% de los casos y solo un 7% espera más de 10 días.

Por profesionales que realizan la intervención en AP nos encontramos que la diferencia entre los dos profesionales que realizan CM en AP no es significativa, aunque en el tiempo máximo esperado sí que se encuentra una diferencia de casi el doble (186%):

Tabla 6.e: Tiempos de demora de la CM en AP.

	Media	Desv. Tip.	Mínimo	Máximo
Médicos AP	2,58	5,2	0	29
Enfermeras AP	2,35	5,9	0	54

P=0,210

Complicaciones:

Se han encontrado referenciadas en las historias clínicas 6 complicaciones leves (2,3%) en las 257 intervenciones realizadas en los centros de salud, 3 de ellas en intervenciones realizadas por las enfermeras (1,9%) y 3 por médicos (3,1%), no siendo estas diferencias significativas (P=0,893)

En las intervenciones realizadas en el hospital no se detecta referenciada ninguna complicación.

Las complicaciones son todas leves: 1 infección local, 1 infección más dehiscencia de sutura, 1 mareo por hipotensión y 3 no respuesta adecuada al tratamiento quirúrgico.

Intervención de profesionales según tipo de diagnósticos:

Tabla 6.f: Profesional que interviene según diagnóstico

Diagnóstico	Nº total		Interviene médico de AP		Interviene enfermera		Interviene médico de hospital	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Callo, callosidad	4	1,1	1	25,0	3	75,0	0	0,0
Cuerpo extraño piel	10	2,9	3	30,0	7	70,0	0	0,0
Desgarro lóbulo oreja	3	0,9	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Fibroma pendular, acrocordón	79	22,6	31	39,2	38	48,1	10	12,7
Lipoma	23	6,6	2	8,7	4	17,4	17	73,9
Nevus	25	7,2	2	8,0	1	4,0	22	88,0
Papiloma cutáneo	15	4,3	5	33,3	10	66,7	0	0,0
Queratosis actínica	11	3,2	5	45,5	1	9,1	5	45,5
Queratosis seborreica	22	6,3	12	54,5	7	31,8	3	13,6
Quiste piel	62	17,8	9	14,5	22	35,5	31	50,0
Uña encarnada	7	2	2	28,6	4	57,1	1	14,3
Verruga vulgar	84	24,1	25	29,8	57	67,9	2	2,4
Otros (fibrosis cicatricial, fibroepitelioma, granuloma, tricoepitelioma, cuerno cutáneo...)	4	1,1	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Total	349	100	97		158		94*	

Intervención de profesionales según tipo de técnicas:

Tabla 6.g: Profesional que interviene según tipo de técnica empleada.

Intervención	Nº total		Interviene médico de AP		Interviene enfermera		Interviene médico de hospital	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Afeitado-curetaje	36	10,3	14	38,9	9	25,0	13	36,1
Biopsia	3	0,9	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Cirugía uña	6	1,7	2	33,3	4	66,7	0	0,0
Crioterapia	70	20,1	25	35,7	45	64,3	0	0,0
Drenaje	25	7,2	6	24,0	19	76,0	0	0,0
Electrocirugía	77	22,1	29	37,7	44	57,1	4	5,2
Escisión lesión superficial	39	11,2	13	33,3	14	35,9	12	30,8
Extirpación lesión subcutánea	83	23,8	7	8,4	14	16,9	62	74,7
Extracción cuerpo extraño	7	2,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0
Reparación lóbulo oreja	3	0,9	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Total	349	100,0	97		158		94*	

*Se encuentran 94 episodios realizados en hospital aunque se revisan 92 historias clínicas porque dos pacientes que constaban como de AP fueron derivados al hospital, quedando reflejada en la historia de AP el diagnóstico y la técnica realizada.

Consentimiento informado (CI):

En el hospital ninguna de las intervenciones es considerada como excluida de la necesidad del consentimiento informado y presentan el documento del consentimiento informado firmado el 93,5% de las historias. En AP consta que no lo precisan el 38,1%, presentándose en el 26,5%. Estas diferencias entre hospital y AP son significativas.

Tabla 6.h: Presencia de consentimiento informado

	No precisa		Si precisa				Total
	n	%	Si tiene		No tiene		
	n	%	n	%	n	%	
Hospital	0	0	86	93,5	6	6,5	92
AP	98	38,1	68	26,5	91	35,4	257

P<0,001

	Sí precisan				
	Si tienen		No tienen		Total
	n	%	n	%	
Hospital	86	93,5	6	6,5	92
AP	68	42,8	91	57,2	159

P<0,001

En AP, entre los que sí lo precisan hay un 42,8% que sí lo tienen (26,5% del total de casos), mientras que en un 57,2% (35,4% del total de los casos) no lo tienen a pesar de no existir referenciada ninguna razón que lo haga innecesario, lo cual es un dato preocupante.

En AP no existe diferencia significativa entre médicos y enfermeras.

Si atendemos a quien abre los episodios nos encontramos la siguiente distribución respecto al consentimiento:

Tabla 6.i: Presencia de consentimiento informado según quien abre los episodios.

	No precisa		Si precisa				Total
	n	%	Si tiene		No tiene		
	n	%	n	%	n	%	
Médico AP	58	42,6	33	24,3	45	33,1	136
Enfermera AP	40	33,1	35	28,9	46	38,0	121
Espec. Htal.	0	0,0	86	93,5	6	6,5	92
							349

P<0,001

	Sí precisan				
	Si tienen		No tienen		Total
	n	%	n	%	
Médico AP	33	42,3	45	57,7	78
Enfermera AP	35	43,2	46	56,8	81
Espec. Htal.	86	93,5	6	6,5	92
					251

P<0,001

Según se observa al analizar los casos en los que sí se precisa el consentimiento (aquellos en los que no está explícitamente indicado que no se precisa) en relación al profesional que abre el episodio, tenemos que en los especialistas hospitalarios lógicamente no existen variaciones y que en atención primaria no hay diferencia significativa entre médicos y enfermeras.

Si atendemos a quien realiza las intervenciones nos encontramos la siguiente distribución respecto al consentimiento, observándose también una diferencia significativa entre AP y hospital:

Tabla 6.j: Presencia de consentimiento informado según quien realiza los episodios.

	No precisa		Si precisa				Total
	n	%	Si tiene		No tiene		
	n	%	n	%	n	%	
Médico AP	30	30,6	27	17,3	40	42,1	97
Enfermera AP	68	69,4	43	27,6	49	51,6	160
Espec. Htal.	0	0	86	55,1	6	6,3	92
							349

P<0,001

	Sí precisan				
	Si tienen		No tienen		Total
	n	%	n	%	
Médico AP	27	40,3	40	59,7	67
Enfermera AP	43	46,7	49	53,3	92
Médico Htal.	86	93,5	6	6,5	92
					251

P<0.001

Anamnesis:

En el hospital no la presentan el 15,2% de las historias y en AP un 34,2%.

Tabla 6.k: Presencia de anamnesis según nivel asistencial.

	No presenta		Correcta		Incorrecta		Total
	n	%	n	%	n	%	
Hospital	14	15,2	61	66,3	17	18,5	92
AP	88	34,2	150	58,4	19	7,4	257
							349

P<0,001

Entre las historias en las que consta la anamnesis, en el hospital un 78,2% está correctamente cumplimentada según las consideradas Normas Técnicas Mínimas y en AP el 88,7%.

Tabla 6.l: Anamnesis correctas según nivel asistencial.

	Anamnesis correcta		Anamnesis incorrecta		Total
	n	%	n	%	
Hospital	61	78,2	17	21,8	78
AP	150	88,8	19	11,2	169
					247

P=0,034

Analizando la calidad de las anamnesis según el profesional que abre el episodio, nos encontramos que son los médicos de AP quienes más episodios tienen sin anamnesis

(37,5%). Cuando la anamnesis está presente, las enfermeras son quienes tienen el mayor porcentaje de correctas (92,9%):

Tabla 6.m: Presencia de anamnesis según el profesional que abre el episodio.

	No presenta		Correcta		Incorrecta		Total
	n	%	n	%	n	%	
Medico AP	51	37,5	72	52,9	13	9,6	136
Enfermera	37	30,6	78	64,5	6	5	121
Especialista htal.	14	15,2	61	66,3	17	18,5	92
							349

P<0,001

Tabla 6.n: Anamnesis correctas según el profesional que abre el episodio.

	Anamnesis correcta		Anamnesis incorrecta		Total
	n	%	n	%	
Medico AP	72	84,7	13	15,3	85
Enfermera	78	92,9	6	7,1	84
Especialista htal	61	78,2	17	21,8	78
					247

P=0,028

Analizando la calidad de las anamnesis según el profesional que realiza la intervención, nos encontramos que:

Tabla 6.o: Anamnesis correctas según el profesional que realiza la intervención.

	No presenta		Correcta		Incorrecta		Total
	n	%	n	%	n	%	
Medico AP	26	25,5	64	30,3	7	19,4	97
Enfermera	60	58,8	86	40,8	12	33,3	158
Especialista htal	16	15,7	61	28,9	17	47,2	94
							349

P=0,001

Tabla 6.p: Anamnesis correctas según profesional que realiza la intervención

	Anamnesis correcta		Anamnesis incorrecta		Total
	n	%	n	%	
Medico AP	64	90,1	7	9,9	71
Enfermera	86	87,8	12	12,2	98
Especialista htal	61	78,2	17	21,8	78
					247

P=0,085

Se cumplimentan menos anamnesis en AP que en el hospital, pero cuando se hace, en AP se hace correctamente en un porcentaje mayor aunque sin significación estadística.

Si analizamos según el profesional que abre el episodio tenemos que quien más anamnesis hace es el médico del hospital y quien menos el médico de AP, aunque

quienes menos anamnesis correctas tienen son los médicos del hospital y quienes más las enfermeras de AP.

Si analizamos por quien realiza la intervención nos encontramos también con que quien más anamnesis tiene hechas es el médico del hospital y quien menos la enfermera, siendo correctas en mayor porcentaje de los médicos de AP y en menor los médicos de hospital.

Análisis histológico:

En el hospital precisan análisis histológico el 98,9 de las intervenciones, sin embargo en AP dicen que solamente se precisa en un 49,8%, además entre los que no se especifica que sí se precisan o al menos no se especifica que no sea así, en el hospital siguen realizando el estudio histológico en mucho mayor número de casos, 95,6% respecto a 19,5% de AP.

Tabla 6.q: Presencia de análisis histológico según nivel asistencial.

	No precisa		Si		No		Total
	n	%	n	%	n	%	n
AP	129	50,2	25	9,7	103	40,1	257
Hospital	1	1,1	87	94,6	4	4,3	92
							349

P<0,001

	Sí precisan					
	n	Si tienen		No tienen		Total
		%	n	%		
AP	25	19,5	103	80,5	128	
Hospital	87	95,6	4	4,4	91	
					219	

P<0,001

Entre los profesionales que realizan la intervención, la distribución es:

Tabla 6.r: Presencia de análisis histológico según profesional que realiza la intervención

	No precisa		Si		No		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Medico AP	43	44,3	11	11,3	43	44,3	97
Enfermera	86	54,4	14	8,9	58	36,7	158
Especialista htal	1	1,1	87	92,6	6	6,4	94
							349

P<0,001

Sí precisan					
	Si tienen		No tienen		Total
	n	%	n	%	n
Medico AP	11	20,4	43	79,6	54
Enfermera	14	19,4	58	80,6	72
Especialista htal	87	93,5	6	6,5	93
					219

P<0.001

Si el análisis se realiza según los distintos diagnósticos y las distintas técnicas, puesto que no en todas es tan necesario el estudio histológico, tenemos que aunque sigue existiendo diferencias entre AP y hospital a favor de este último, las diferencias ya no son tan abultadas:

Haciendo un grupo con los diagnósticos en los que más importancia tiene el análisis de la pieza extirpada por parte de anatomía patológica, tenemos: cuerno cutáneo, lipoma, nevus y quistes cutáneos y subcutáneos, y teniendo en cuenta cuando se aplicó un tipo de técnica que permitía el envío, es decir, desechando aquellos quistes o lipomas en los que solamente se hizo una punción drenaje, tenemos que en el hospital se solicitan en el 94,4% de estos casos y en AP el 70,7%.

Tabla 6.s: Presencia de análisis histológico en grupos de mayor importancia según nivel asistencial.

	Episodios en los que se solicita anat. patol		Episodios en los que no se solicita anat. patol		Total
	n	%	n	%	n
Hospital	67	94,4	4	5,6	71
AP	29	70,7	12	29,3	41
					112

P=0.001

Si se analiza el grupo diagnóstico de fibromas péndulo, que puede ser interesante por ser numeroso y porque en la práctica algunos profesionales tienen una cierta tendencia a confiar en el diagnóstico clínico y prescindir del anatomopatológico, nos encontramos que los porcentajes de solicitud de estudio anatomopatológico en el hospital sigue siendo total, mientras que en atención primaria solamente piden este estudio el 22,6% de los médicos y el 30,8% de las enfermeras.

Tabla 6.t: Presencia de análisis histológico en grupos de fibromas péndulo según nivel asistencial.

	Episodios en los que se solicita anat patol		Episodios en los que no se solicita anat patol		Total
	n	%	n	%	n
Medico AP	7	22,6	24	77,4	31
Enfermera	12	30,8	27	69,2	39
Médico htal	9	100,0	0	0,0	9
					79

P=0,590

Entre las anatomías patológicas enviadas, consta el resultado en la historia en el 98,9% del hospital y en el 76% en AP.

Tabla 6.u: Constancia de resultados del análisis histológico en la historia clínica, según nivel asistencial.

	Si		No		Total
	n	%	n	%	n
AP	19	76,0	6	24,0	25
Hospital	86	98,9	1	1,1	87
					112

P=0.001

Anestesia:

En las historias de los especialistas hospitalarios en ninguna hay referencia a que se precise o se utilice anestesia.

Entre médicos y enfermeras de AP que realizan la intervención:

Tabla 6.v: Constancia de anestesia en la historia clínica según profesional de AP que realiza la intervención.

	No precisa		Si		No		No figura		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Medico AP	17	17,5	26	26,8	21	21,6	33	34	97
Enfermera	58	36,7	37	23,4	21	13,3	42	26,6	158
									255

P<0,001

	Si		No		No figura		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Medico AP	26	32,5	21	26,25	33	41,25	80
Enfermera	37	37	21	21	42	42	100
							180

P=0,493

4.2.4: Resultados de la CM Urgente.

La muestra analizada es de 322 episodios urgentes, realizados todos en AP.

La edad media es de 50 años, habiendo diferencias significativas entre los 57,7 años de media en la mujer frente a los 45,3 años de media en el varón ($P < 0,001$).

El 64% fueron suturas y el 34% drenajes de colecciones purulentas.

El episodio urgente lo abre en un 58,4% de las veces el médico y en un 41,6% la enfermera. Cuando el episodio lo abre la enfermera siempre lo realiza ella misma, sin embargo en el 68,7% de los episodios abiertos por los médicos, los realizan las enfermeras. En total las enfermeras realizan el 86,9% de todas las intervenciones urgentes y el resto los médicos.

Derivaciones:

Tabla 7.a: Derivaciones de CM urgentes.

	Abiertas	Realizadas	Derivadas médico-enf	Derivadas enf-médico
Médicos	134 (41,6%)	42 (13%)	92 (68,6%)	-
Enfermeras	188 (58,4%)	280 (86,9%)	-	0

$P < 0,001$

Demoras:

Todos los episodios con demoras corresponden a drenajes. Ninguna reparación de herida o sutura ha tenido ninguna demora.

Las diferencias entre médicos y enfermeras no son relevantes.

Tabla 7.b: Demora en la realización de CM urgentes.

	Pacientes sin demora		Pacientes con demora				
	n	%	n	%	Media de las demoras	DE	Rango
Médicos AP	39	92,9	3	7,1	6	6,1	1-13
Enfermeras AP	259	92,5	21	7,5	4	2	1-21

$P = 0,733$

Complicaciones:

Se registran 16 complicaciones, todas ellas leves, en las 322 intervenciones (5%). 15 complicaciones en intervenciones realizadas por las enfermeras (5,3%) y 1 por médicos (2,4%).

Las complicaciones son: 6 infecciones post-sutura, 3 dehiscencias de sutura, 1 no se consigue extraer cuerpo extraño, 1 prurito en cicatriz, 1 hematoma, 1 edema en zona sutura, 1 cicatriz indurada, 1 sangrado posquirúrgico, 1 queloide.

Tipos de diagnósticos y profesional que interviene:

Tabla 7.c: Profesional que interviene según diagnóstico.

Diagnóstico	Nº	Interviene médico	Interviene enfermera
Absceso cutáneo	64	17 (26,5%)	47 (73,5%)
Cuerpo extraño en piel	2	1 (50%)	1 (50%)
Herida piel	208	18 (8,6%)	190 (91,3%)
Absceso dedos	48	5 (10,4%)	43 (89,6%)
Total	322	41 (12,7%)	281 (87,3%)

Tipos de intervenciones y profesional que interviene:

Tabla 7.d: Profesional que interviene según tipo de técnica realizada.

Intervención	Nº	Interviene médico	Interviene enfermera
Drenaje	112	22 (19,6%)	90 (80,4%)
Escisión lesión superficial	1	0	1 (100%)
Extracción cuerpo extraño	2	1 (50%)	1 (50%)
Sutura	207	18 (8,7%)	189 (91,3%)
Total	322	41 (12,7%)	281 (87,3%)

Consentimiento informado firmado:

En un 97,8% del total de los episodios se considera que no es preciso que el paciente firme el consentimiento informado. Debe tenerse en cuenta que en la historia electrónica OMI, las suturas y drenajes se admite que no sea preciso firmar el documento de CI.

Tabla 7.e: Presencia de CI según profesional que interviene.

Profesional que abre el episodio	No precisa		Si		No		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Medico AP	128	95,5	1	0,7	5	3,7	134
Enfermera	187	99,5	1	0,5	0	0	188
							322

P=0,012

Profesional que realiza la intervención	No precisa		Si		No		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Medico AP	37	88,1	1	2,4	4	9,5	42
Enfermera	278	99,3	1	0,4	1	0,4	280
							322

P=0,001

Anamnesis:

No presentan anamnesis el 83,5% de los episodios abiertos por los médicos y en el 70,2% de las abiertas por las enfermeras.

Tabla 7.f: Estado de las anamnesis según profesional que abre el episodio.

Profesional que abre el episodio	No presenta		Anamnesis correcta		Anamnesis incorrecta		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Medico AP	111	83,5	12	9	10	7,5	133
Enfermera	132	70,2	44	23,4	12	6,4	188
							321

P=0,003

Profesional que abre el episodio	Anamnesis correcta		Anamnesis incorrecta		Total
	n	%	n	%	n
Medico AP	12	54,5	10	45,5	22
Enfermera	44	78,6	12	21,4	56
					78

P=0,050

Entre las que sí presentan anamnesis son correctas en el 54,5% de las abiertas por médicos y en el 78,6% de las abiertas por enfermeras

Dado que la anamnesis se puede realizar al abrir el episodio o antes de realizar el mismo, si observamos este aspecto según quien realiza la intervención, nos encontramos con:

Tabla 7.g: Estado de las anamnesis según profesional que realiza la intervención.

Profesional que realiza la intervención	No presenta		Anamnesis correcta		Anamnesis incorrecta		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Medico AP	36	14,8	4	7,1	2	9,1	42
Enfermera	207	85,2	52	92,9	20	90,9	279
							321

P=0,254

Profesional que realiza la intervención	No presentan		Si presentan		Total
	n	%	n	%	n
Medico AP	36	85,7	6	14,3	42
Enfermera	207	74,2	72	25,8	279
					321

P=0,124

Profesional que realiza la intervención	Anamnesis correcta		Anamnesis incorrecta		Total
	n	%	n	%	n
Medico AP	4	66,7	2	33,3	6
Enfermera	52	72,2	20	27,8	72
					78

P=1,00

Uso de Anestesia:

Las intervenciones no precisan anestesia un 28,6% si las realiza el médico y un 21% si es la enfermera quien las realiza, no siendo la diferencia significativa.

Tabla 7.h: Uso de anestesia según profesional.

Profesional que realiza la intervención	No precisa		Si		Total
	n	%	n	%	n
Medico AP	12	28,6	30	71,4	42
Enfermera	61	21,8	219	78,2	280
					322

P=0,327

Profesional que realiza la intervención	Si precisan anestesia						Total
	Si		No		No figura		
	n	%	n	%	n	%	
Medico AP	2	6,7	1	3,3	27	90,0	30
Enfermera	26	11,9	13	5,9	180	82,2	219
							249

P=0,625

Analizan las intervenciones que sí precisan anestesia o al menos no se especifica que no se precise, se observa que no está registrado si se utilizó o no en un 90% de las intervenciones de los médicos y en un 82,2% de las enfermeras.

4.3- Conclusiones.

Una posible conjetura interpretativa a las diferencias de edad y sexo de la CM urgente sería que estas lesiones urgentes, fundamentalmente heridas traumáticas, podrían estar en relación con el tipo de actividad laboral desarrollada y porque los hombres jóvenes (peri-adolescentes) suelen practicar actividades físicas de mayor riesgo en cuanto a lesiones.

Respecto a la ausencia de complicaciones en las historias del hospital, es posible que sea real, aunque hay que tener en cuenta que el seguimiento no se hace habitualmente en el hospital, siendo derivados los pacientes para curas posteriores, si son precisas, y retirada de sutura a los centros de salud. Solamente en caso de complicaciones graves estas serían atendidas en el nivel hospitalario.

Resumiendo los datos del consentimiento informado se puede decir que en el hospital el nivel de cumplimiento es alto, pero en AP es un área que admite mejora. Tanto médicos de AP como enfermeras e igualmente al abrir el episodio que al realizar la intervención cubren algo menos de la mitad de CI.

Siendo la evitación del dolor uno de los objetivos de toda asistencia sanitaria, son preocupantes los hallazgos respecto a la anestesia. Entre los casos que si precisarían anestesia, no se utiliza en aproximadamente uno de cada cuatro (26,25% los médicos y 21% las enfermeras) y consta que se utiliza en uno de cada tres (32,5% los médicos y 37% las enfermeras), siendo el resto de los casos una duda por carecer de información en las historias clínicas. Debe tenerse en cuenta que alguna de las intervenciones en las que genéricamente se necesita anestesia, tras valoración individual y según la entidad que tengan (tamaño de la lesión y otros aspectos) pueden no precisar el empleo de dicha anestesia.

Las intervenciones urgentes en AP son realizadas mayoritariamente por las enfermeras.

En las intervenciones urgentes, analizando a los profesionales que abren el episodio se observa que presentan anamnesis en más episodios y más anamnesis correctamente realizadas las enfermeras que los médicos siendo las diferencias significativas,

mientras que si se estudia a los profesionales que realizan las intervenciones, las diferencias no son significativas.

La anestesia sigue siendo un área preocupante y con evidentes opciones de mejora. Tanto médicos como enfermeras, sin diferencias estadísticamente significativas, no apuntan mayoritariamente si se utilizó anestesia en aquellas intervenciones que no se especifica que no se necesitaba.

Tabla 8: Cuadro resumen de CM programada

(Expresado en %)	Sí tienen consentimiento informado	Sí tienen anamnesis correcta	Sí tienen solicitud de anatomía patológica (siendo necesaria)	Sí tienen anatomía patológica (grupo de diagnósticos de importancia alta)	Consta resultado de anatomía patológica (en los casos en que fue solicitada)	Consta la anestesia (si no hay motivo que justifique el que no es precisa)
Hospital	93,5	78,2	95,6	94,4	98,9	0
AP	42,8	88,8	19,5	70,7	76	35
Médico AP	40,3	*90,1	20,4	-	-	32,5
Enfermera AP	46,7	*87,8	19,4	-	-	37
Médico hospital	93,5	*78,2	93,5	-	-	0

*Sin significación estadística

Tabla 9: Cuadro resumen de CM Urgente

(Expresado en %)	Sí tienen consentimiento informado	Sí tienen anamnesis correcta	Consta la anestesia (si no hay motivo que justifique el que no es precisa)
Médico AP	88,1	66,7	6,7
Enfermera AP	99,3	72,2	11,9

5- Parte II: Análisis de la satisfacción percibida por los usuarios e implicaciones de la intervención de CM en la vida diaria del usuario.

5.1- Material y método.

Se plantea el estudio de la calidad percibida o satisfacción de los usuarios de la muestra a quienes se ha realizado CM y en cuyas historias se ha evaluado la calidad técnica. Los episodios analizados respecto a la calidad técnica eran 671 pero que correspondían a 670 pacientes puesto que uno estaba repetido al haber tenido dos episodios. Por tanto nos planteamos entrevistar al mayor número posible de los 670 pacientes.

Diseño del cuestionario de la encuesta:

Para definir el constructo de lo que se pretende medir se han analizado las mencionadas publicaciones y se decide encuadrar la evaluación de la satisfacción percibida por los usuarios de la CM en las Áreas de Atención Primaria y en los Hospitales en el marco conceptual que supone el Modelo SERVQUAL diseñado por Parasuraman, Zeithaml y Berry¹¹³ basándose en la teoría de la discrepancia entre expectativas y percepciones, y que definieron como “un instrumento resumido de escala múltiple, con un alto nivel de fiabilidad y validez que las empresas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio”. Es uno de los modelos más extendido y utilizado y más citado en la bibliografía específica, aunque debe ser adaptado para que pueda ser aplicado a ámbitos como los servicios de salud y a áreas como en este caso la cirugía menor.

Tabla 10: Los cinco criterios o dimensiones explorados por el Modelo SERVQUAL¹¹⁴:

Dimensiones	Definición
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, personal, equipos y material de comunicación
Fiabilidad	Habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa
Capacidad de respuesta	Disposición y voluntad para ayudar a los clientes y proporcionar un servicio rápido
Seguridad	Conocimiento y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza
Empatía	Atención individualizada que ofrecen las empresas a sus usuarios

Estos 5 criterios suelen desarrollarse en 22 items, que en el presente estudio se han resumido en los 8 que se detallan más adelante, con la intención de que la extensión del cuestionario no condicione las respuestas tanto en cantidad como en fiabilidad evitando el cansancio y saturación del encuestado.

En el presente estudio se ha decidido hacer la exploración de la calidad percibida mediante un cuestionario que estandarice la entrevista telefónica por ser un instrumento que permite recoger la información cuantificada y consigue la comparabilidad de dicha información.

En la formulación de las preguntas se han tenido en cuenta en la medida de lo posible, los factores de confusión referenciados por PJ Saturno⁶¹:

- Las respuestas son graduadas policotómicas y no dicotómicas.
- Las preguntas se refieren a aspectos específicos de la atención y no personalizados sobre un profesional concreto y conocido.
- Los ítems son lo más cortos posible, con lo cual según el citado autor, se obtienen coeficientes de validez más altos.
- No se utilizan ítems con formulación negativa que son los que más se ignoran o confunden y menor fiabilidad tienen.
- Se ha procurado reducir la extensión total de la encuesta lo máximo posible.
- La velocidad de respuesta (los encuestados que devuelven los cuestionarios los primeros presentan índices de satisfacción más altos) no actuará como confusor al ser entrevistas telefónicas.

No se han podido tener en cuenta y por tanto deberá considerarse su estimación en el momento de extraer conclusiones, los siguientes factores:

- El cuestionario ha sido diseñado para la ocasión y no estaba validado previamente, lo cual podría inducir a niveles de satisfacción más elevados, aunque este factor confusor se ha intentado neutralizar utilizando un modelo reconocido (SERVQUAL) y preguntas provenientes de otros cuestionarios utilizados previamente en otros estudios.

- Por la naturaleza del estudio la muestra necesariamente es de usuarios y no comunitaria, lo cual parece que también puede incrementar la satisfacción, aunque en el presente estudio no cabe la realización de un estudio en población total, o lo que es lo mismo, la población estudiada son los usuarios del servicio.
- La respuesta es oral lo que incrementa la satisfacción frente a la escrita, pero al ser telefónica y no estar presente el encuestador, este efecto no deseado, en cierta medida, queda atenuado.

Se opta por cumplimentar el cuestionario mediante entrevista telefónica ya que este medio maximiza el número de respuestas obtenidas frente a otros métodos como el cuestionario autocumplimentado remitido por correo postal¹¹⁵. También se ha tenido en cuenta para tomar esta decisión la edad de las personas que componen la muestra, que en un 40% tienen más de 60 años y las características de la zona donde se desarrolla el estudio ya que una importante proporción de encuestados provienen del área rural.

Tabla 11: Categorización de los cuestionarios utilizados en los estudios referidos y en el presente, dentro de las dimensiones SERVQUAL:

Servqual	Cuestionario utilizado en la presente tesis.	Ministerio Sanidad ¹¹⁶	Basterretxea ⁶⁴	López Santiago ⁶²	García Fernández ¹¹⁷	JJ Mira ⁵⁵
Capacidad respuesta (y accesibilidad)	Solucionar el problema, le resulto: -Muy sencillo (fácil) – Sencillo –Complicado – Muy complicado					Capacidad de respuesta
	El tiempo que ha pasado desde que acudió por primera vez al centro de salud con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido: -Muy poco –poco – bastante –mucho	El tiempo que ha pasado desde que fue por primera vez al médico con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido -Mucho – bastante –poco – muy poco – NS/NC				

Fiabilidad (Competencia)	Respecto al resultado de la intervención está usted: -Muy satisfecho – Satisfecho –Poco satisfecho –Nada satisfecho		¿Está usted satisfecho con el resultado de la intervención? -nada –algo –mucho			
	Al personal que le atendió lo considera: -Muy competente – competente –poco competente –nada competente		¿Está usted conforme con que el médico y la enfermera del centro de salud realicen estos procedimientos? -nada –algo –mucho		Respecto a la capacidad del personal que le atendió, ¿cómo lo considera? -Muy competente – competente –poco competente –nada competente	
Empatía (Comunicación y Cortesía)	Las explicaciones que le han dado el médico o la enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido: -Muy buenas –Buenas –Malas –Muy malas	Las explicaciones que le ha dado su médico general o su enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido -Muy pocas – pocas –bastantes –muchas –NS/NC		Las explicaciones que le dio su médico sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido? -muy pocas – pocas – bastantes - muchas	A su juicio la información que recibió antes de la operación fue -Muy buena –buena – Mala –Muy mala La información que recibió al irse de alta la considera -Muy buena –buena – Mala –Muy mala	Calidad de la información recibida
	Respecto a la atención recibida por parte del personal, está usted: -Muy satisfecho – Satisfecho –Poco satisfecho –Nada satisfecho	¿Cómo piensa usted que le han atendido en relación con este problema en su centro de salud? -Muy mal –mal –bien –muy bien – NS/NC	¿Está usted satisfecho con la atención recibida? -nada –algo –mucho	¿Cómo piensa usted que le han atendido en relación con este problema en su centro de salud? -Muy mal –mal –bien –muy	El trato recibido por parte del personal que le atendió en el hospital lo consideró -Muy bueno – bueno – malo –muy	Trato humano y personalizado

				bien –NS/NC	malo	
					La atención que ha recibido tras la operación de los profesionales sanitarios fuera del hospital (ambulatorio o centro de salud) la valora como: -Muy buena -buena – Mala –Muy mala	Empatía
Seguridad	Se sintió usted seguro durante el proceso y la intervención -Muy seguro –seguro – poco seguro –nada seguro				¿Sintió miedo o preocupación por el hecho de estar tras la intervención fuera del hospital? -No estuve preocupado -algo preocupado -sí estuve preocupado -muy preocupado	
Tangibilidad	Las instalaciones donde fue intervenido le han parecido: -Muy adecuadas – adecuadas –poco adecuadas –nada adecuadas	La limpieza e higiene de la sala, le ha parecido -Muy mala –mala – buena –muy buena –NS/NC		La limpieza e higiene de la sala, le ha parecido -Muy mala – mala – buena –muy buena – NS/NC	Como considera las instalaciones (quirófanos, habitaciones, etc.) del hospital donde fue intervenido -Muy buenas – buenas – malas –muy malas	Confort de las instalaciones

Compendio	Si volviese a tener un problema similar ¿recorriría a los mismos profesionales?	En caso de tener un problema similar al que ha tenido, ¿qué haría?	¿Lo volvería a repetir?	En caso de presentar un problema similar al que ha tenido ¿qué haría?	En general ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?
	-Es muy probable –es probable –es poco probable –es nada probable	-Le da igual donde se lo hagan –Preferiría acudir a un especialista ambulatorio – Elegiría nuevamente el centro de salud – NS/NC	-si –no	-le da igual donde se lo hagan – preferiría acudir a un especialista ambulatorio – elegiría nuevamente el centro de salud	-Muy satisfecho – satisfecho – poco satisfecho – nada satisfecho
					Si tuviera que recomendar a algún familiar o amigo esta forma de operación quirúrgica, marchándose e a casa en el mismo día, ¿cómo lo calificaría?
					-Muy recomendable – recomendable –poco recomendable –nada recomendable
					Si tuviese que aconsejar a un familiar o conocido el hospital donde se operó, lo calificaría como:
					-Muy bueno – bueno – malo –muy malo

					Si tuviera que volver a operarse en algún momento de su vida ¿preferiría que fuese de esta forma, siendo dado de alta a su domicilio en el mismo día tras la operación? -Es muy probable –es probable –es poco probable – es nada probable	
Otros	¿Recuerda usted la pequeña intervención quirúrgica a la que fue sometido en el ambulatorio (explicitar fecha y describir lesión) -si –no		¿Recuerda usted la pequeña intervención quirúrgica a la que fue sometido en el ambulatorio (explicitar fecha y describir lesión) -sí –no			

Fuente: elaboración propia

Se añadió un ítem inicial para comprobar que el entrevistado recordaba la intervención a la que se iba a hacer referencia y en la medida de lo posible se controlase el sesgo del recuerdo, eliminando a aquellas personas que no lo recordasen.

¿Recuerda usted la pequeña intervención quirúrgica (*describir lesión*) a la que fue sometido en (*mes*) de 2009?

-Si –No

También se añadió un ítem final que compendiasse a todos los demás:

Si volviese a tener un problema similar ¿recurriría a los mismos profesionales?

-Es muy probable –es probable –es poco probable –es nada probable

Utilizando el mismo momento de la encuesta y la misma muestra, y después de haber explorado todos los ítems de satisfacción, se han añadido otras cinco preguntas en las que se exploran las características del desplazamiento al centro sanitario, y cómo la intervención de CM ha interferido en ciertas actividades de su vida diaria. Las áreas exploradas son:

- El transporte utilizado para ir desde su domicilio hasta el centro sanitario, tanto el medio utilizado como el tiempo empleado.
- La necesidad de que le acompañasen el día de la intervención.
- La generación de incapacidad laboral transitoria.
- La necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria

Todas estas áreas se han analizado tanto en intervenciones urgentes como programadas y en relación a los dos niveles asistenciales estudiados, atención primaria y hospital.

También se ha realizado un análisis desde la perspectiva del género de la persona intervenida.

Pilotaje de la encuesta:

El cuestionario se ha construido, valorado y aceptado por el equipo investigador.

Se ha estandarizado el método de realización de la encuesta, ensayándola todos los encuestadores miembros del equipo, hasta que se ha conseguido la homogeneización de todos los aspectos de comunicación entre el encuestado y el encuestador.

No es objeto del presente trabajo, en este momento, validar el cuestionario, si no analizar sus propiedades métricas en cuanto a fiabilidad y validez.

La validez de contenido se considera aceptable por el proceso de construcción del cuestionario por consenso de los miembros del equipo investigador expertos en CM, en el marco de un modelo suficientemente probado, el SERVQUAL, y mediante ítems que en su mayoría provienen de otros estudios previos, alguno de ellos con cuestionario validado como la evaluación del Ministerio de 1997 Ministerio 1997 en el que también se han basado otros investigadores, o el cuestionario validado para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria¹¹⁷.

Siguiendo la indicación de expertos¹¹⁵, que recomiendan cumplimentar el borrador del cuestionario a 30-50 personas lo más parecidas posible a las del estudio, el pilotaje se estableció en una muestra de 60 individuos extraídos al azar de la muestra general, teniendo en cuenta la representación de todos los parámetros a estudio, es decir que hubiese representación de episodios urgentes y programables y que estuviesen realizados por médicos de AP, enfermeras y médicos de hospital, para que fuese lo más similar posible a dicha muestra general. De los 60 individuos hubo que prescindir de tres por no estar en condiciones de contestar debido a ancianidad o enfermedad grave y de otro por faltar algún dato en la recogida, por lo que finalmente quedaron 56 individuos válidos para efectuar el pilotaje.

Tras el pilotaje se analiza su desarrollo entre todo el equipo investigador y no se observan problemas en la formulación ni en la comprensión, ni resistencia o rechazo de preguntas ni de respuestas por parte de los encuestados. Tampoco se han percibido dificultades ni rechazos en el tiempo de duración total de la encuesta.

Se ha calculado el coeficiente alfa de Cronbach para medir la fiabilidad del cuestionario de valoración de la satisfacción como magnitud inobservable a partir de las 10 variables-preguntas observadas, siendo de 0,792, lo cual supone una consistencia interna considerable que asegura una fiabilidad adecuada.

Como comprobación se ha vuelto a calcular el coeficiente alfa de Cronbach de los 253 resultados obtenidos después de realizar la encuesta (2 se desecharon el cálculo por faltarles alguna respuesta) obteniéndose un valor aun superior al del pilotaje: 0,851. Además de consistentes, los 10 ítems se comportan de forma regular pues el valor del alfa de Cronbach no sufre grandes cambios y ninguno que no supere el límite de consistencia admitido, cuando se calcula retirando cada una de las preguntas como se puede observar en la siguiente Tabla 12.

Tabla 12: Alfa de Cronbach eliminando cada elemento analizado.

Pregunta eliminada	Coefficiente del Alfa de Cronbach
1	0,845
2	0,828
3	0,832
4	0,818
5	0,818
6	0,824
7	0,845
8	0,858
9	0,860
10	0,828

5.2- Resultados.

5.2.1- Características generales de la muestra.

Se consiguió encuestar a 255 pacientes que suponen el 38,0% del total de la muestra (670), para lo cual se precisó realizar 1.134 llamadas telefónicas puesto que para tratar de conseguir el máximo número de encuestas, antes de desestimar a un paciente porque no contestase, se intentaba al menos dos veces y en ocasiones más, en distintas horas del día. Según se muestra en la siguiente tabla nº 13, muchas llamadas son fallidas y otras dan lugar a individuos que por diversas razones deben ser excluidos de la encuesta:

Tabla 13: Causas de las encuestas de satisfacción no realizadas.

	N	%
No contesta porque fue derivado a urgencias del hospital	1	0,1
No hay teléfono o el número es erróneo	62	9,3
No contestan a las llamadas	282	42,1
Fallecimientos	4	0,6
No están en condiciones de contestar por razones de salud	13	1,9
Se niegan a contestar	7	1,0
No recuerdan la intervención	39	5,8
Refieren no haber sido intervenidos	6	0,9
Perdida	1	0,1
Encuestas conseguidas	255	38,0
	670	100

Cabe destacar el bajo porcentaje de pacientes que se niegan a realizar la encuesta (1%), así mismo es bajo el número de personas que refieren no recordar la intervención (5,8%), factor este que se había considerado y preocupaba al equipo investigador debido a los aproximadamente dos años de tiempo transcurrido entre la intervención y la encuesta.

La distribución entre episodios obtenidos programados y urgentes, primero en la muestra total calculada y luego entre los casos realmente obtenidos, se puede observar en la siguiente tabla 14.

Tabla 14: Distribución de episodios programados y urgentes en la muestra total y en las encuestas recogidas.

	Muestra total		Responden a encuesta	
	n	%	n	%
Programados	275	41%	146	57%
Urgentes	395	59%	109	43%
Total	670	100%	255	100%

No se encuentra diferencia significativa ($P= 0,388$) entre los pacientes que recuerdan la intervención o que la han olvidado si lo observamos respecto tanto a episodios urgentes como programables:

Tabla 15: Distribución de intervenciones olvidadas de episodios programados y urgentes.

	Programable		Urgente	
	Si recuerda (y contesta)	146	57%	110
No recuerda	19	48,7%	20	51,3%

$P= 0,388$

Comparación de características de las encuestas realmente contestadas respecto a las no contestadas o a la muestra total:

Tabla 16: Distribución de edad en la muestra calculada y en la obtenida.

Años	Muestra total		Encuestas contestadas	
	n	%	n	%
14-35	162	24,1	66	25,9
36-55	248	37,0	96	37,6
56-75	178	26,5	61	24,0
>75	83	12,4	32	12,5
Totales	671	100	255	100

$P=0,594$

	Edad					
	N	Media	Desv. típ.	Mediana	Mínimo	Máximo
Muestra total	671	50,5	18,9	50	14	97
Encuestas contestadas	255	49,3	18,9	49	14	94

$P=0,158$

Tabla 17: Distribución por sexos entre las encuestas contestadas y no contestadas.

Sexo	Encuestas no contestadas		Encuestas contestadas	
	n	%	n	%

Mujer	197	47,6	124	48,6
Hombre	217	52,4	131	51,4
	414	100,0	255	100

P=0,811

Tabla 18: Distribución por nivel asistencial entre las encuestas contestadas y no contestadas.

Centro sanitario	Encuestas no contestadas		Encuestas contestadas	
	n	%	n	%
Centro Salud	364	87,9	213	83,5
Hospital	50	12,1	42	16,5
	414	100,0	255	100,0

P=0,143

Tabla 19: Distribución por profesional entre las encuestas contestadas y no contestadas.

Profesional que realiza la intervención	Encuestas no contestadas		Encuestas contestadas	
	n	%	n	%
Médico AP	84	20,3	54	21,2
Enfermera AP	278	67,1	159	62,4
Médico htal.	52	12,6	42	16,5
	414	100,0	255	100,0

P=0,322

No se encuentran diferencias significativas entre la población que contestó las entrevistas y la que no contesta, respecto al sexo, edad, centro donde se realiza y profesional que realiza la intervención.

Análisis de percepción de la calidad según género:

Cabe destacar que ateniéndonos al género de las personas intervenidas no existe diferencia significativa en las respuestas de ninguna de las preguntas realizadas ni en intervenciones programadas ni urgentes.

Tabla 20: Percepción de la calidad según género.

Item	Valor P (considerando diferencias entre hombres y mujeres)	
	Episodios programables	Episodios urgentes
Solucionar el problema, le resultado: 1Muy sencillo (fácil). 2Sencillo. 3Complicado. 4Muy complicado	0,63	0,324
El tiempo que ha pasado desde que acudió por primera vez al centro de salud con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido: 1Muy poco 2poco 3bastante 4mucho	0,891	0,545

Respecto al resultado de la intervención está usted: 1Muy satisfecho 2Satisfecho 3Poco satisfecho 4Nada satisfecho	0,952	0,542
Las explicaciones que le han dado el médico o la enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido: 1Muy buenas 2Buenas 3Malas 4Muy malas	0,367	0,505
Respecto a la atención recibida por parte del personal, está usted: 1Muy satisfecho 2Satisfecho 3Poco satisfecho 4Nada satisfecho	0,923	0,475
Al personal que le atendió lo considera: 1Muy competente 2competente 3poco competente 4nada competente	0,23	0,335
Se sintió usted seguro durante el proceso y la intervención: 1Muy seguro 2seguro 3poco seguro 4nada seguro	0,912	0,614
Las instalaciones donde fue intervenido le han parecido: 1Muy adecuadas 2adecuadas 3poco adecuadas 4nada adecuadas	0,375	0,925
Durante la intervención: 1No detectó ningún fallo 2Detectó algún fallo	1	0,294
Durante o después de la intervención: 1No detectó ninguna complicación 2Detectó alguna complicación	1	0,419
Si volviese a tener un problema similar ¿recurriría a los mismos profesionales? 1Es muy probable 2es probable 3es poco probable -4es nada probable	0,599	0,546

5.2.2- Resultados de la CM programada.

Solucionar el problema, le resultó: 1Muy sencillo (fácil). 2Sencillo. 3Complicado. 4Muy complicado

Tabla 21.a: Percepción de la complejidad para resolver el problema.

	Muy sencillo	%	Sencillo	%	Complicado	%	Muy complicado	%	Total
AP	46	44,2	57	54,8	1	1,0	0	0,0	104
Hospital	12	28,6	27	64,3	2	4,8	1	2,4	42
Total	58	39,7	84	57,5	3	2,1	1	0,7	146

P= 0,061

El 97,2% de los encuestados consideran que resolver el problema les resultó sencillo o muy sencillo.

La percepción de que el problema fue más sencillo de solucionar es más frecuente en AP (99% sencillo o muy sencillo) que en Hospitales (92,8% sencillo o muy sencillo)

Si se tiene en cuenta el profesional que realiza la intervención nos encontramos con:

Tabla 21.b: Percepción de la complejidad para resolver el problema según profesional que interviene.

	Muy sencillo	%	Sencillo	%	Complicado	%	Muy complicado	%	Total
Médico AP	13	37,1	22	62,9	0	0	0	0	35
Enfermera	33	47,8	35	50,7	1	1,4	0	0	69
Médico htal.	12	28,6	27	64,3	2	4,8	1	2,4	42
Total	58	39,7	84	57,5	3	2,1	1	0,7	146

P= 0,164

No se aprecian diferencias significativas. Los usuarios perciben como sencillo o muy sencillo resolver su episodio en un 100% cuando lo hacen los médicos de AP, en un 98,5 cuando son las enfermeras y en un 92,9 cuando es el médico el hospital.

El tiempo que ha pasado desde que acudió por primera vez al centro de salud con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido: 1-Muy poco 2-poco 3-bastante 4-mucho

Tabla 21.c: Percepción del tiempo de espera según nivel asistencial.

	Muy poco	%	Poco	%	Bastante	%	Mucho	%	Total
AP	54	52,4	47	45,6	2	1,9	0	0	103
Hospital	2	4,8	19	45,2	11	26,2	10	23,8	42
Total	56	38,6	66	45,5	13	9	10	6,9	145

P<0,001

El 84,1% de los encuestados consideran que el tiempo de demora fue poco o muy poco.

Existe una diferencia significativa entre la percepción de la demora en AP (poco o muy poco 98%) y en hospital (poco o muy poco 46%).

Si se tiene en cuenta el profesional que realiza la intervención nos encontramos con:

Tabla 21.d: Percepción del tiempo de espera según profesional que interviene.

	Muy poco	%	Poco	%	Bastante	%	Mucho	%	Total
Médico AP	14	40,0	20	57,1	1	2,9	0	0,0	35
Enfermera	40	58,8	27	39,7	1	1,5	0	0,0	68
Médico htal.	2	4,8	19	45,2	11	26,2	10	23,8	42
Total	56	38,6	66	45,5	13	9,0	10	6,9	145

P < 0,001

La diferencia es significativa y consideran que el tiempo de espera fue poco o muy poco el 97,1% de los pacientes intervenidos por el médico de AP, el 98,5% por las enfermeras y el 50% de los médicos de hospital. Esta percepción es coincidente con la demora real que se sitúa en una media de 93,5 días (DE 105,1) en el hospital y 2,5 (DE 5,7) en AP.

Respecto al resultado de la intervención está usted: 1Muy satisfecho 2Satisfecho 3Poco satisfecho 4Nada satisfecho:

Tabla 21.e: Satisfacción con los resultados de la intervención según nivel asistencial.

	Muy satisfecho	%	Satisfecho	%	Poco satisfecho	%	Nada satisfecho	%	Total
AP	47	45,6	54	52,4	2	1,9	0	0	103
Hospital	22	52,4	17	40,5	3	7,1	0	0	42
Total	69	47,6	71	49	6	3,4	0	0	145

P=0,157

Respecto al resultado de la intervención el 96,6% se consideran satisfechos o muy satisfechos.

No se aprecian diferencias significativas respecto a la satisfacción con el resultado de la intervención, observándose algo mayor la satisfacción en AP (98% de satisfechos o muy satisfechos) que en el hospital (92,9%). Tampoco se observan diferencias

estadísticas cuando se estudia según el profesional que interviene como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 21.f: Satisfacción con los resultados de la intervención según el profesional que interviene.

	Muy satisfecho	%	Satisfecho	%	Poco satisfecho	%	Nada satisfecho	%	Total
Médico AP	15	42,9	19	54,3	1	2,9	0	0	35
Enfermera	32	47,1	35	51,5	1	1,5	0	0	68
Médico htal.	22	52,4	17	40,5	3	7,1	0	0	42
Total	69	47,6	71	49,0	5	3,4	0	0	145

P= 0,452

Las explicaciones que le han dado el médico o la enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido: 1Muy buenas 2Buenas 3Malas 4Muy malas:

Tabla 21.g: Percepción de las explicaciones recibidas según nivel asistencial.

	Muy buenas	%	Buenas	%	Malas	%	Muy malas	%	Total
AP	44	42,7	59	57,3	0	0,0	0	0	103
Hospital	14	33,3	23	54,8	5	11,9	0	0	42
Total	58	40	82	56,6	5	3,4	0	0	145

P-valor 0,002

El 96,6% de los encuestados consideran que las explicaciones recibidas de los profesionales fueron buenas o muy buenas.

Las diferencias son significativas, el 100% de los encuestados consideran que las explicaciones recibidas en AP fueron buenas o muy buenas, frente al 88,1 en el hospital.

Tabla 21.h: Percepción de las explicaciones recibidas según el profesional que interviene.

	Muy buenas	%	Buenas	%	Malas	%	Muy malas	%	Total
Médico AP	12	35,3	22	64,7	0	0,0	0	0	34

Enfermera	32	46,4	37	53,6	0	0,0	0	0	69
Médico htal.	14	33,3	23	54,8	5	11,9	0	0	42
Total	58	40,0	82	56,6	5	3,4	0	0	145

P= 0,006

Las explicaciones son consideradas significativamente peores las de los médicos del hospital (88,1%) que las de ambos profesionales de AP (100%).

Considerando solo las respuestas muy buenas destacan las enfermeras.

Respecto a la atención recibida por parte del personal, está usted: 1Muy satisfecho 2Satisfecho 3Poco satisfecho 4Nada satisfecho:

Tabla 21.i: Percepción de la atención percibida por parte del personal según nivel asistencial.

	Muy satisfecho	%	Satisfecho	%	Poco satisfecho	%	Nada satisfecho	%	Total
AP	53	51,5	50	48,5	0	0,0	0	0	103
Hospital	21	50,0	20	47,6	1	2,4	0	0	42
Total	74	51	70	48,3	1	0,7	0	0	145

P= 0,391

El 99,3% consideran que la atención recibida por parte del personal fue muy satisfactoria o satisfactoria.

En AP el 100% se consideran satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida por parte del personal, frente al 97,5% del hospital, no siendo estas diferencias significativas.

Tabla 21.j: Percepción de la atención percibida por parte del personal según el profesional que interviene.

	Muy satisfecho	%	Satisfecho	%	Poco satisfecho	%	Nada satisfecho	%	Total
Médico AP	19	55,9	15	44,1	0	0,0	0	0	34
Enfermera	34	49,3	35	50,7	0	0,0	0	0	69

Médico htal.	21	50,0	20	47,6	1	2,4	0	0	42
Total	74	51,0	70	48,3	1	0,7	0	0	145

P= 0.676

Al personal que le atendió lo considera: 1Muy competente 2competente 3poco competente 4nada competente:

Tabla 21.k: Percepción de la competencia del personal según profesional que interviene.

	Muy competente	%	competente	%	Poco competente	%	Nada competente	%	Total
Médico AP	16	47,1	18	52,9	0	0,0	0	0	34
Enfermera	32	46,4	37	53,6	0	0,0	0	0	69
Médico htal.	25	59,5	15	35,7	2	4,8	0	0	42
Total	73	50,3	70	48,3	2	1,4	0	0	145

P= 0,085

No aparecen diferencias significativas en cuanto a la consideración de la competencia de los profesionales. El 98,6% consideran a los profesionales que les atendieron competentes o muy competentes

Tabla 21.l: Percepción de la competencia del personal según nivel asistencial.

	Respecto a la competencia del personal								Total
	Muy competente	%	competente	%	Poco competente	%	Nada competente	%	
AP	48	46,6%	55	53,4%	0	0,0%	0	0	103
Hospital	25	59,5%	15	35,7%	2	4,8%	0	0	42
Total	73	50,3	70	48,3	2	1,4	0	0	145

P= 0,015

Agrupando los profesionales entre AP y hospital, los entrevistados consideraron mayor el nivel de competencia de los profesionales de AP 100% competentes o muy competentes, que del hospital 95,2%

La consideración de la competencia del hospital se encuentra más en los extremos. El hospital supera a AP en muy competente (59,5% frente a 46,6%) pero también lo supera en poco competente (4,8% frente a 0%)

Se sintió usted seguro durante el proceso y la intervención: 1-Muy seguro 2-seguro 3-poco seguro 4-nada seguro:

El 98,6% de los encuestados se sintieron seguros o muy seguros, por tanto aunque las diferencias entre profesionales son estadísticamente significativas, en la realidad son insignificantes. Se consideraron muy seguros con más frecuencia con el especialista hospitalario (69%) seguido de la enfermera (44,9%) y del médico de AP (41,2%), si a los que se sienten muy seguros se suman los que se sintieron seguros, médico de AP y enfermera de AP se igualan en el 100%, mientras que el especialista hospitalario desciende al 95,2% a costa del 4,8% que se sintieron poco o nada seguros.

Tabla 21.m: percepción de la seguridad según profesional que interviene.

	Muy seguro	%	Seguro	%	Poco seguro	%	Nada Seguro	%	Total
Médico AP	14	41,2	20	58,8	0	0,0	0	0,0	34
Enfermera	31	44,9	38	55,1	0	0,0	0	0,0	69
Médico htal.	29	69,0	11	26,2	1	2,4	1	2,4	42
Total	74	51,0	69	47,6	1	0,7	1	0,7	145

P= 0,006

Agrupando los profesionales entre AP y hospital se encuentran diferencias significativas. Los pacientes se sienten más seguros en AP (100%) que en el hospital (95,2%). En AP ningún encuestado se sintió poco o nada seguro, mientras que en hospital fueron un 4,8% como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 21.n: percepción de la seguridad según nivel asistencial.

	Muy seguro	%	Seguro	%	Poco seguro	%	Nada Seguro	%	Total
AP	45	43,7	58	56,3	0	,0%	0	,0%	103
Hospital	29	69,0	11	26,2	1	2,4%	1	2,4%	42

Total	74	51	69	47,6	1	0,7	1	0,7	145
-------	----	----	----	------	---	-----	---	-----	-----

P= 0,001

Las instalaciones donde fue intervenido le han parecido: 1-Muy adecuadas 2- adecuadas 3-poco adecuadas 4-nada adecuadas:

Tabla 21.o: Percepción de adecuación de las instalaciones según nivel asistencial.

	Muy adecuadas	%	Adecuadas	%	Poco adecuadas	%	Nada adecuadas	%	Total
AP	35	34,0	65	63,1	2	1,9	1	1,0	103
Hospital	18	42,9	22	52,4	2	4,8	0	0,0	42
Total	53	36,6	87	60,0	4	2,8	1	0,7	145

P= 0,541

No se encuentran diferencias significativas entre la opinión que merecen las instalaciones hospitalarias respecto a las de AP, el 96,6% las encuentran adecuadas o muy adecuadas.

Durante la intervención: 1-No detectó ningún fallo 2-Detectó algún fallo:

Tabla 21.p: Percepción de fallos según profesional que interviene.

	No	%	Si	%	Total
Médico AP	34	100,0	0	0,0	34
Enfermera	69	100,0	0	0,0	69
Médico htal.	38	90,5	4	9,5	42
Total	141	97,2	4	2,8	145

P= 0,006

El 97,2% de los pacientes no detectaron ningún fallo durante las intervenciones, sin embargo sí son significativas las diferencias entre los médicos y enfermeras de AP y los especialistas hospitalarios a quienes se atribuyen los 4 fallos detectados.

Tabla 21.q: Percepción de fallos según nivel asistencial.

	No	%	Si	%	Total
--	----	---	----	---	-------

AP	103	100,0	0	0,0	103
Hospital	38	90,5	4	9,5	42
Total	141	97,2	4	2,8	145

P= 0,006

El 97,2% no ha tenido la percepción de detectar ningún fallo. Los 4 encuestados que respondieron afirmativamente corresponden a intervenciones realizadas en el hospital (9,5%)

Durante o después de la intervención: 1-No detectó ninguna complicación 2-Detectó alguna complicación:

Tabla 21.r: Percepción de complicaciones según profesional que interviene.

	No	%	Si	%	Total
Médico AP	32	94,1	2	5,9	34
Enfermera	61	88,4	8	11,6	69
Médico htal.	37	88,1	5	11,9	42
Total	130	89,7	15	10,3	145

P= 0,689

El 89,7% no detectó ninguna complicación, no se observaron diferencias significativas entre los distintos profesionales.

Tabla 21.s: Percepción de complicaciones según nivel asistencial.

	No	%	Si	%	Total
AP	93	90,3	10	9,7	103
Hospital	37	88,1	5	11,9	42
Total	130	89,7	15	10,3	145

P= 0,765

El 89,7% no percibieron ninguna complicación. Las diferencias entre AP y hospital no son significativas.

Si volviese a tener un problema similar ¿recurriría a los mismos profesionales? 1-Es muy probable 2-es probable 3-es poco probable 4-es nada probable:

Tabla 21.t: Intención de recurrir a los mismos profesionales según quien intervino.

	Es muy probable	%	Es probable	%	Es poco probable	%	Es nada probable	%	Total
Médico AP	17	50,0	16	47,1	1	2,9	0	0,0	34
Enfermera	34	48,6	36	51,4	0	0,0	0	0,0	70
Médico htal.	38	90,5	3	7,1	0	0,0	1	2,4	42
Total	89	61,0	55	37,7	1	0,7	1	0,7	146

P< 0,01

Hay diferencias significativas observando las cuatro posibles respuestas a favor de los médicos del hospital, sin embargo estas diferencias desaparecen si agrupamos los muy probables con los probables, quedando 97,6% en médicos de hospital frente al 100% de las enfermeras y al 97,1 de los médicos de AP.

Tabla 21.u: Intención de recurrir a los mismos profesionales según nivel asistencial.

	Es muy probable	%	Es probable	%	Es poco probable	%	Es nada probable	%	Total
AP	51	49,0	52	50,0	1	1,0	0	0,0	104
Hospital	38	90,5	3	7,1	0	0,0	1	2,4	42
Total	89	61,4	54	37,2	1	0,7	1	0,7	146

P< 0,001

El 98,6% considera que probable o muy probablemente recurriría a los mismos profesionales ante un problema similar.

En el hospital las opiniones están más polarizadas pues un 90,5% lo considera muy probable frente al 49,5% de AP, pero también un 2,4% lo considera nada probable, frente a un 0% de AP, siendo estas diferencias significativas. Las diferencias desaparecen si se agrupan las respuestas de muy probable con probable, siendo entonces el 97,6% del hospital y 99% en AP.

5.2.3- Resultados de la CM urgente.

Solucionar el problema, le resultado: 1-Muy sencillo (fácil). 2-Sencillo. 3-Complicado. 4-

Muy complicado:

Tabla 22.a: Percepción de la complejidad para resolver el problema.

	Muy sencillo	%	Sencillo	%	Complicado	%	Muy complicado	%	Total
Médico AP	7	36,8	12	63,2	0	,0%	0	,0%	19
Enfermera	48	53,3	39	43,3	2	2,2%	1	1,1%	90
Total	55	50,5	51	46,8	2	1,8%	1	,9%	109

P= 0,387

El 97,30% de los encuestados consideran que resolver el problema les resultó sencillo o muy sencillo, no existiendo diferencia entre los profesionales que lo atendieron.

El tiempo que ha pasado desde que acudió por primera vez al centro de salud con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido: 1-Muy poco 2-poco 3-bastante 4-mucho:

Tabla 22.b: Percepción del tiempo de demora

	Muy poco	%	Poco	%	Bastante	%	Mucho	%	Total
Médico AP	11	57,9	7	36,8	1	5,3	0	0,0	19
Enfermera	56	62,2	28	31,1	4	4,4	2	2,2	90
Total	67	61,5	35	32,1	5	4,6	2	1,8	109

P= 0,939

El 93,6% de los encuestados consideran que el tiempo de demora fue poco o muy poco, lo cual concuerda con la rapidez que se ha observado en la atención a lesiones urgentes. No se observan diferencias entre profesionales.

Respecto al resultado de la intervención está usted: 1Muy satisfecho 2Satisfecho 3Poco satisfecho 4Nada satisfecho:

Tabla 22.c: Satisfacción con el resultado de la intervención.

	Muy satisfecho	%	Satisfecho	%	Poco satisfecho	%	Nada satisfecho	%	Total
Médico AP	13	68,4%	6	31,6%	0	,0%	0	,0%	19
Enfermera	52	57,8%	35	38,9%	2	2,2%	1	1,1%	90
Total	65	59,6%	41	37,6%	2	1,8%	1	,9%	109

P= 0,780

Respecto al resultado de la intervención el 97,2% se consideran satisfechos o muy satisfechos, no encontrándose diferencias por profesionales.

Las explicaciones que le han dado el médico o la enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido: 1Muy buenas 2Buenas 3Malas 4Muy malas:

Tabla 22.d: Percepción de las explicaciones recibidas.

	Muy buenas	%	Buenas	%	Malas	%	Muy malas	%	Total
Médico AP	8	42,1%	10	52,6%	1	5,3%	0	0	19
Enfermera	50	55,6%	38	42,2%	2	2,2%	0	0	90
Total	58	53,2%	48	44,0%	3	2,8%	0	0	109

P= 0,410

El 97,2% de los encuestados consideran que las explicaciones recibidas de los profesionales fueron buenas o muy buenas. Ligeramente mejores las de las enfermeras pero sin llegar a ser significativas

Respecto a la atención recibida por parte del personal, está usted: 1-Muy satisfecho 2-Satisfecho 3-Poco satisfecho 4-Nada satisfecho:

Tabla 22.e: Percepción de la atención recibida por parte del personal.

	Muy satisfecho	%	Satisfecho	%	Poco satisfecho	%	Nada satisfecho	%	Total
Médico AP	12	63,2	6	31,6	1	5,3	0	0,0	19
Enfermera	55	61,1	32	35,6	2	2,2	1	1,1	90
Total	67	61,5	38	34,9	3	2,8	1	0,9	109

P= 0,939

El 96,4% consideran que la atención recibida por parte del personal fue muy satisfactoria o satisfactoria, no observándose diferencias entre profesionales.

Al personal que le atendió lo considera: 1Muy competente 2competente 3poco competente 4nada competente:

Tabla 22.f: Percepción de la competencia profesional.

	Muy competente	%	Competente	%	Poco competente	%	Nada competente	%	Total
Médico AP	11	57,9	7	36,8	1	5,3	0	0	19
Enfermera	47	52,2	40	44,4	3	3,3	0	0	90
Total	58	53,2	47	43,1	4	3,7	0	0	109

P= 0,845

El 96,3% consideran a los profesionales que les atendieron competentes o muy competentes, no encontrándose diferencias entre los profesionales

Se sintió usted seguro durante el proceso y la intervención: 1Muy seguro 2seguro 3poco seguro 4nada seguro:

Tabla 22.g: Percepción de la seguridad.

	Muy Seguro	%	Seguro	%	Poco seguro	%	Nada seguro	%	Total
Médico AP	11	57,9	7	36,8	1	5,3	0	0	19
Enfermera	50	55,6	39	43,3	1	1,1	0	0	90
Total	61	56,0	46	42,2	2	1,8	0	0	109

P= 0,475

El 98,2% de los encuestados se sintieron seguros o muy seguros, sin diferencias entre profesionales

Las instalaciones donde fue intervenido le han parecido: 1-Muy adecuadas 2- adecuadas 3-poco adecuadas 4-nada adecuadas:

Tabla 22.h: Percepción de la adecuación de las instalaciones.

Muy adecuadas	%	Adecuadas	%	Poco adecuadas	%	Nada adecuadas	%	Total
49	45	58	53,2	2	1,8	0	0	109

Tabla 22.i: Percepción de la adecuación de las instalaciones según profesional que interviene.

	Muy adecuadas	%	Adecuadas	%	Poco adecuadas	%	Nada adecuadas	%	Total
Médico AP	6	31,6%	13	68,4%	0	,0%	0	0	19
Enfermera	43	47,8%	45	50,0%	2	2,2%	0	0	90
Total	49	45,0%	58	53,2%	2	1,8%	0	0	109

P= 0,260

El 98,2% de los encuestados consideran las instalaciones adecuadas o muy adecuadas, sin que se observen diferencias entre profesionales lo cual es lógico al realizar ambos las técnicas en los mismos centros de salud y ratifica que verdaderamente los usuarios enjuiciaban las instalaciones existentes en los centros de salud.

Durante la intervención: 1No detectó ningún fallo 2Detectó algún fallo:

Tabla 22.j: Percepción de fallos durante la intervención.

	No	%	Si	%	Total
Médico AP	18	94,7	1	5,3	19
Enfermera	87	96,7	3	3,3	90
Total	105	96,3	4	3,7	109

P= 0.689

El 96,3% no ha tenido la percepción de que existiera ningún fallo, sin diferencias entre profesionales.

Durante o después de la intervención: 1No detectó ninguna complicación 2Detectó alguna complicación:

Tabla 22.k: Percepción de complicaciones tras la intervención.

	No	%	Si	%	Total
Médico AP	18	94,7	1	5,3	19
Enfermera	64	93,3	6	6,7	90
Total	102	93,6	7	6,4	109

P=1,00

El 93,6% considera no haber tenido ninguna complicación, sin diferencias entre profesionales

Si volviese a tener un problema similar ¿recurriría a los mismos profesionales? 1Es muy probable 2es probable 3es poco probable 4es nada probable:

Tabla 22.l: Intención de recurrir a los mismos profesionales según nivel asistencial.

	Es muy probable	%	Es probable	%	Es poco probable	%	Es nada probable	%	Total
Médico AP	13	68,4	5	26,3	1	5,3	0	0,0	19
Enfermera	58	65,2	28	31,5	2	2,2	1	1,1	89
Total	71	65,7	33	30,6	3	2,8	1	0,9	108

P= 0,936

El 96,3 volvería a recurrir probable o muy probablemente a los mismos profesionales que le atendieron y no se observan diferencias significativas entre los profesionales.

5.2.4- Modelización de la satisfacción general.

Para establecer un modelo de comportamiento de la satisfacción se van a considerar como satisfechos solo a aquellos pacientes intervenidos que respondan a la opción más favorable o de excelencia de las cuatro que se ofrecen en cada ítem (ejemplo: muy seguro, muy satisfecho...), al resto de respuestas las consideraremos agrupadas en categoría de “no satisfechos”, incluso aquellos casos en que se identifiquen con la segunda opción de cada ítem (por ejemplo: seguro, satisfecho...).

Ateniéndose a esta premisa convenida se observa que globalmente el 63,2% de la población está satisfecha, es decir se identifica con la primera respuesta o de excelencia.

Se ha utilizado el chi cuadrado para correlación entre variables cualitativas. El algoritmo que expresa el modelo y que es representado en la figura nº3 se apoya en el valor P más bajo de todas las comparaciones entre variables, luego se va repitiendo el proceso hasta que se vuelva a cumplir la siguiente condición de parada otra vez con el valor P más bajo.

La variable que más explicaría que un paciente esté satisfecho (satisfacción máxima o de excelencia) es la sensación de seguridad (pregunta: Se sintió usted seguro durante el proceso y la intervención. Respuestas posibles: 1-Muy seguro, 2-Seguro, 3-Poco seguro, 4-Nada seguro).

En los pacientes que se sintieron muy seguros el porcentaje de satisfacción sube hasta el 91,9%.

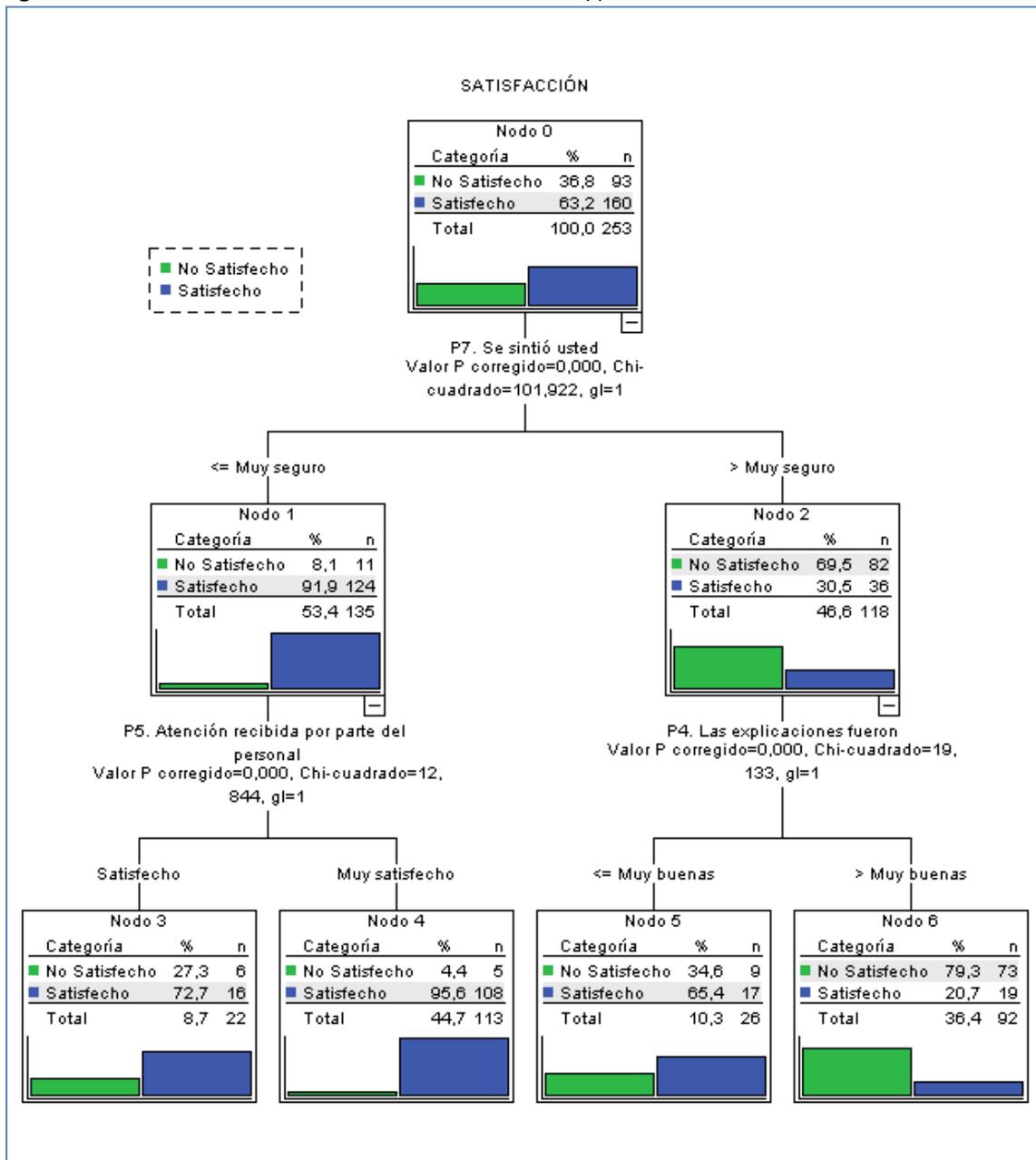
Si además de sentirse muy seguros los pacientes se encuentran muy satisfechos con la atención recibida por el personal (Pregunta: Respecto a la atención recibida por parte del personal, está usted. Respuestas posibles: 1-Muy satisfecho, 2-Satisfecho, 3-Poco satisfecho, 4-Nada satisfecho) la satisfacción global llega al 95,6%.

Resumiendo, si un paciente se encuentra seguro y bien tratado supondrá la mayor probabilidad de que se sienta globalmente satisfecho con la intervención

En sentido contrario en los pacientes que no se sienten “muy seguros” el porcentaje de satisfacción global con la intervención baja hasta el 30,5%. Si además las

explicaciones recibidas no son consideradas “muy buenas”, la percepción global de satisfacción desciende hasta el 20,7%.

Figura 3: Modelización de los factores de satisfacción (I)

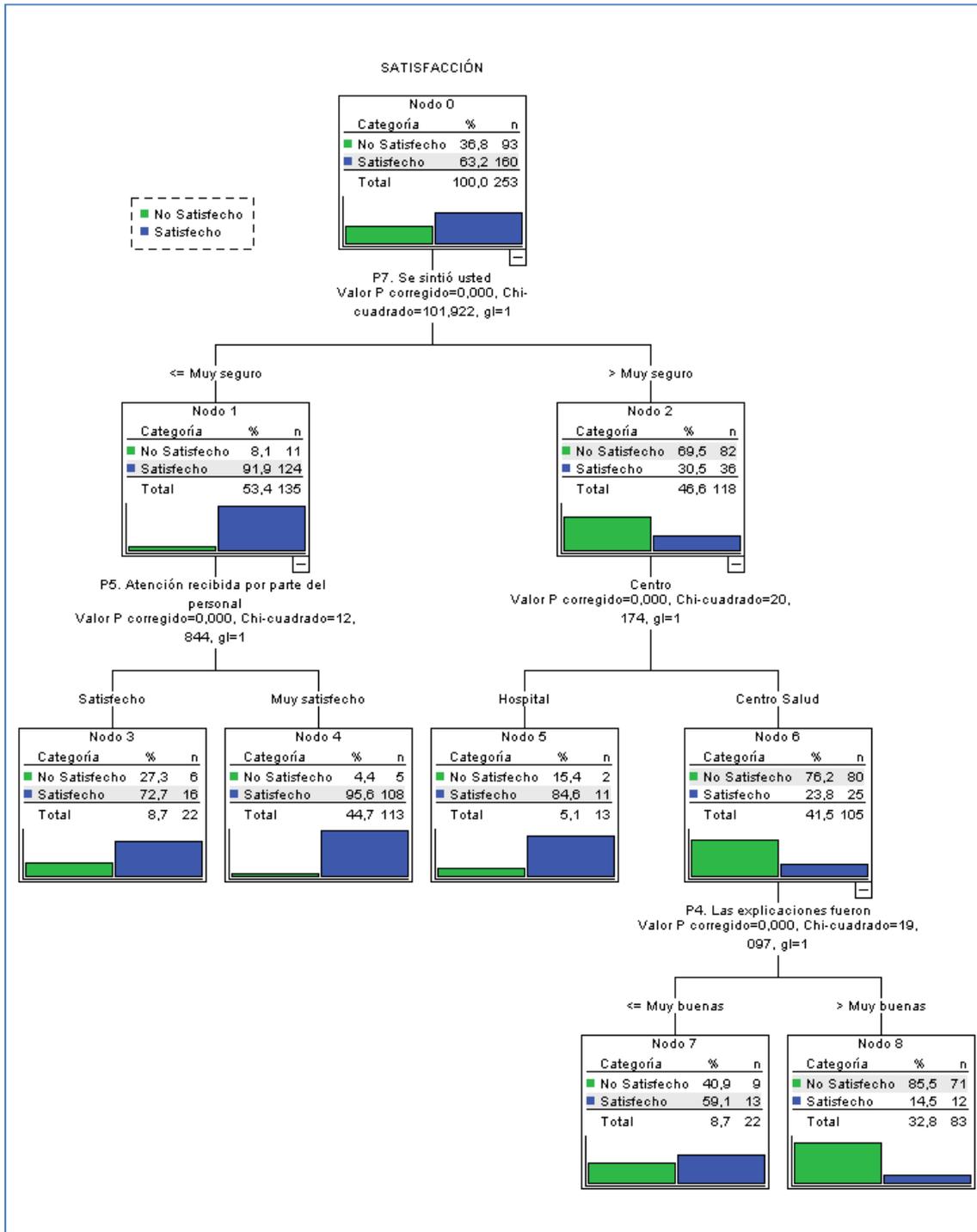


Fuente: elaboración propia

Si en el modelo anterior se incluye a considerar también el centro sanitario donde se realiza la intervención, este no aparece inicialmente como determinante sino que sólo separa a los individuos que no se han sentido muy seguros durante la intervención (Figura nº4). Estos (los que no se han sentido muy seguros), están más satisfechos cuando se ha realizado en un hospital (84,5%) que cuando ha ocurrido en un centro de

salud (23,8%). Si además en el centro de salud consideran las explicaciones no muy buenas, la satisfacción decae hasta el 14,5%.

Figura 4: Modelización de los factores de satisfacción (II)



Fuente: elaboración propia

5.2.5- Implicaciones de la intervención de CM en la vida diaria del usuario.

Desplazamiento desde el domicilio o lugar del accidente al centro sanitario:

El medio de desplazamiento más utilizado fue el acudir caminando, especialmente en episodios urgentes que se han estudiado solo los resueltos en atención primaria, así mismo y de forma lógica nos encontramos con que en episodios urgentes solamente el 0,9% acudió en transporte público.

Tabla 23.a: Transporte al centro sanitario según tipo de episodio.

	Caminando		Coche particular		Transporte público		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Programable	76	52,4	58	40,0	11	7,6	145
Urgente	75	69,4	32	29,6	1	0,9	108
Total	151	59,7	90	35,6	12	4,7	253

P < 0,001

Observando separadamente los episodios de intervención programada y urgente, los primeros que son los que se pueden comparar entre hospital y AP, se ve que con una diferencia significativa, al hospital se acude más utilizando vehículo (90,4% entre particular y público), mientras que al centro de salud se acude con más frecuencia caminando (69,6% AP frente a 9,5% hospital)

Tabla 23.b: Transporte al centro sanitario según nivel asistencial en episodios programados.

	Caminando		Coche particular		Transporte público		Total
	N	%	N	%	N	%	N
AP	71	69,6%	28	27,5%	3	2,9%	102
Hospital	4	9,5%	30	71,4%	8	19,0%	42
Total	75	52,1%	58	40,3%	11	7,6%	144

P < 0,001

En cuanto al tiempo empleado en los desplazamientos indica que significativamente se tarda más en llegar al hospital en cualquiera de los medios de transporte empleados, lo cual ratifica que el hospital queda más lejos del domicilio de los pacientes que el centro de salud.

Tabla 23.c: Tiempo empleado en los desplazamientos en los episodios programados y según nivel asistencial

	Caminando			Coche particular			Transporte público		
	Media (minutos)	Desv. estándar	Max-min	Media (minutos)	Desv. estándar	Max-min	Media (minutos)	Desv. estándar	Max-min
AP	6,5	3,6	2-20	11,5	9,5	5-45	11,7	2,9	10-15
Hospital	11,3	7,5	5-20	17	7	5-30	21,9	11	10-45

P<0.001

En cuanto a los episodios urgentes, atendidos en AP, la situación es parecida a la anteriormente vista en los episodios programados atendidos en AP, se acude mayoritariamente caminando.

Tabla 23.d: Transporte al centro sanitario según nivel asistencial en episodios urgentes.

Caminando		Coche particular		Transporte público		Total
N	%	N	%	N	%	N
75	70,1%	31	29%	1	0,9%	107

Tabla 23.e: Tiempo empleado en los desplazamientos en los episodios urgentes.

	Caminando			Coche particular			Transporte público		
	Media (minutos)	Desv. estándar	Max-min	Media (minutos)	Desv. estándar	Max-min	Media (minutos)	Desv. estándar	Max-min
AP	7,7	5,2	1-30	9,8	7,7	1-30	30		30

Necesidad de acompañamiento el día de la intervención:

Mientras que para acudir al hospital casi la mitad (47,6%) necesitó acompañamiento, para acudir al centro de AP hubo más del doble de personas que acudieron solos (71,3%) que acompañados (28,7%).

Tabla 23.f: Acompañamiento a la intervención en episodios programados según nivel asistencial.

	Si		No		Total
	N	%	N	%	
AP	29	28,7	72	71,3	101
Hospital	20	47,6	22	52,4	42

P=0,035

En los episodios urgentes se incrementa la necesidad de acompañamiento hasta el centro de salud, hasta alcanzar un 41,3% de los casos.

Tabla 23.g: Acompañamiento a la intervención en episodios urgentes.

Episodios Urgentes	Necesidad de acompañamiento				Total
	Si		No		
	N	%	N	%	
AP	45	41,3	64	58,7	109

Pérdida de días laborales:

Se observan pocas bajas laborales, en parte debido a que un 40,6% de los pacientes no se encontraban en el mercado laboral en aquel momento.

En AP se producen más bajas en los episodios urgentes que en los programados y en todo caso hay significativamente más bajas entre los pacientes trabajadores atendidos por episodios programados, en el hospital (23,8%) que en AP (3,2%).

Tabla 23.h: Bajas laborales en episodios programados según nivel asistencial.

	Si		No		No trabajaban		Total
	N	%	No	%	N	%	
AP	2	2,0	58	57,4	41	40,6	101
Hospital	5	11,9	16	38,1	21	50	42
Total	7	4,8	74	51,7	62	43,4	143

P=0,011

Tabla 23.i: Bajas laborales entre la población trabajadora en episodios programados, según nivel asistencial.

	Si		No		Total
	N	%	No	%	
AP	2	3,2	60	96,8	62
Hospital	5	23,8	16	76,2	21

P=0,011

Tabla 23.j: Bajas laborales en episodios urgentes.

	Si		No		No trabajaban		Total
	N	%	No	%	N	%	
AP	7	6,4	52	47,7	50	45,9	109

Tabla 23.K: Bajas laborales entre la población trabajadora en episodios urgentes.

	Si		No		Total
	N	%	No	%	
AP	7	11,9	52	88,1	59

En cuanto a las características de la duración de las bajas son bastante similares en AP y en el hospital y algo más prolongadas en las lesiones que precisaron intervención urgente. No se observan diferencias significativas, aunque este dato hay que analizarlo con prudencia ya que, aunque se presentaron dos casos de baja entre los programados de AP, solamente se dispuso de la duración de uno de ellos.

Tabla 23.l: Duración de las bajas laborales en los episodios programados, según niveles asistenciales.

	Media	Desv. estándar	Rango
Programadas AP	7		7
Programadas Htal	9,8	4,8	5-15
Urgentes AP	12,9	5,1	7-21

P=0,624

Necesidad de ayuda para la realización de actividades de la vida diaria:

Pocos pacientes precisaron ayuda, entre 4,8 y 14,3%, durante algo más de tiempo en los programados de AP (media de 22,5 días) que en programados de hospital (8,5) o en los urgentes de AP.

No se ha encontrado relación significativa con el género ni con las edades extremas.

Tabla 23.m: Necesidad de ayuda tras la intervención.

	Nº de necesitados	%	Edad media	Duración media ayuda	rango
Programados AP	7 (2 mujeres y 5 hombres)	7	43,9	22,5	15-30
Programados htal	6 (4 mujeres y 2 hombres)	14,3	47,5	8,5	1-20
Urgentes AP	5 (2 mujeres y 3 hombres)	4,8	51,2	8	8

P=0,199

Tabla 23.n: Necesidad de ayuda tras la intervención, según nivel asistencial.

	Si		No		Total
	N	%	No	%	
AP	7	6,9	94	93,1	101
Hospital	6	14,3	36	85,7	42

P=0,203

No se han observado diferencias significativas entre quienes precisaron ayuda tras haber sido intervenidos en el hospital o en AP

Análisis de implicaciones para la vida diaria según género:

No se observan diferencias significativas entre ambos géneros cuando se compararon las características estudiadas.

Tabla 23.o: Significación estadística de las diferencias de implicaciones de la CM en la vida diaria según el género.

Item	Valor P	
	Episodios programables	Episodios urgentes
¿Cómo tuvo que ir desde su domicilio hasta el centro sanitario?	0,429	0,694
¿Necesitó que le acompañasen el día de la intervención?	1,000	0,166
¿Tuvo que causar baja laboral?	0,078	0,654
¿Precisó ayuda para realizar las actividades de la vida diaria?	0,390	1,000

5.3- Conclusiones.

En CM programada (Tabla 24):

- En las intervenciones programadas, la inmensa mayoría de los usuarios, más del 96,5%, están satisfechos o muy satisfechos globalmente con la atención recibida como media en AP y hospital, y con todos los profesionales implicados, excepto en los ítems referidos a tiempo de espera y complicaciones asociadas a la intervención, en cuyos casos el porcentaje desciende pero sigue siendo respectivamente del 84,1% y 89,7%. La media de usuarios satisfechos o muy satisfechos es de 95,74 (DE: 4,64).
- Excepto en el ítem referido a las instalaciones, en todos los demás obtuvo mayor porcentaje de satisfechos o muy satisfechos la AP que el hospital.
- De los tres profesionales que realizan CM, las enfermeras de AP son los profesionales mejor valorados en 3 ítems, seguidos de los médicos de AP en 2 ítems y están ambos igualados con máxima puntuación (100%) en otros 5 ítems más.

En CM urgente (Tabla 25):

- Globalmente por encima del 93,6% se sintieron satisfechos o muy satisfechos, la media es de 96,4 (DE: 1,6).
- Las enfermeras de AP fueron las que más puntuaron en 6 ítems y los médicos de AP en 4, pero no se ha encontrado significación estadística en ninguno de ellos.

Tabla 24: Cuadro resumen de la calidad percibida en la CM programada.

	Solucionar el problema le resultó sencillo o muy sencillo	El tiempo que ha pasado desde que acudió por primera vez al centro de salud con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha resultado satisfactorio o muy satisfactorio	Respecto al resultado de la intervención usted está satisfecho o muy satisfecho	Las explicaciones que le han dado el médico o la enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido buenas o muy buenas	Respecto a la atención recibida por parte del personal, está satisfecho o muy satisfecho	Al personal que le atendió lo considera competente o muy competente	Se sintió seguro o muy seguro durante el proceso y la intervención	Las instalaciones donde fue intervenido le han parecido adecuadas o muy adecuadas	Durante la intervención no detectó ningún fallo	Durante o después de la intervención no detectó ninguna complicación	Si volviese a tener un problema similar es probable o muy probable que recurriese a los mismos profesionales	Media	Desviación estándar
Global	97,2	84,1	96,6	96,6	99,3	98,6	98,6	96,6	97,2	89,7	98,6	95,7	4,6
AP	**99	98	*98	100	*100	100	100	*94,1	100	90,3	99	98,2	3,6
Hospital	**92,8	46	*92,9	88,1	*97,5	95,2	95,2	*95,3	90,5	88,1	96,6	85,7	17,8
Médico de AP	*100	97,1	*97,2	100	*100	*100	100	no	100	94,1	97,1	98,1	2,4
Enfermera de AP	*98,5	98,5	*98,6	100	*100	*100	100	no	100	88,4	100	97,8	4,7
Médico de hospital	*92,9	50	*92,9	88,1	*97,5	*95,2	95,2	no	90,5	88,1	97,6	84,9	17,5

*Sin diferencias significativas. **Con diferencias cuasi-significativas (P=0,061)

Tabla 25: Cuadro resumen de CM urgente.

	Solucionar el problema le resultó sencillo o muy sencillo	El tiempo que ha pasado desde que acudió por primera vez al centro de salud con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido bueno o muy bueno	Respecto al resultado de la intervención usted está satisfecho o muy satisfecho	Las explicaciones que le han dado el médico o la enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido buenas o muy buenas	Respecto a la atención recibida por parte del personal, está satisfecho o muy satisfecho	Al personal que le atendió lo considera competente o muy competente	Se sintió seguro o muy seguro durante el proceso y la intervención	Las instalaciones donde fue intervenido le han parecido adecuadas o muy adecuadas	Durante la intervención no detectó ningún fallo	Durante o después de la intervención no detectó ninguna complicación	Si volviese a tener un problema similar es probable o muy probable que recurriese a los mismos profesionales	Media	Desviación estándar
Global	97,30	93,6	97,2	97,2	96,4	96,3	98,2	98,2	96,3	93,6	96,3	96,4	1,6
Médico de AP	100	94,7	100	94,7	94,8	94,7	94,7	-	94,7	94,7	94,7	95,8	2,2
Enfermera de AP	96,6	93,3	96,7	97,8	96,7	96,6	98,9	-	96,7	93,3	96,7	96,3	1,8

Sin diferencias significativas en todos los ítems.

6- Parte III: Análisis cualitativo, vivencia percibida por los usuarios.

6.1- Introducción al análisis cualitativo.

Tradicionalmente la práctica totalidad de los autores consideran que la realización de la CM en AP supone importantes beneficios para los pacientes, aunque otras corrientes de pensamiento de tendencia más liberal y en general relacionadas con la medicina privada, manifiestan en algunos medios de comunicación que los máximos estándares de calidad se encuentran en los hospitales y esta es directamente proporcional al grado de especialización de los profesionales y de la institución, y por tanto si los pacientes pudiesen elegir lo harían en este sentido. En todo caso y respecto a la CM no se ha encontrado ninguna publicación que estudie la opinión directa y abiertamente manifestada por los usuarios, sus preferencias y cómo percibe la influencia que tiene en su satisfacción el sistema sanitario al que se dirige, o se ve obligado a dirigirse, para resolver su problema.

El paciente que sufre en su cuerpo una lesión susceptible de ser resuelta mediante técnicas de cirugía menor se ve sometido a varios procesos. Unos son de carácter interior, fruto de la relación consigo mismo, con su proceso de pensamiento y de sentimiento anclados en experiencias anteriores, en la relación con el cuerpo, en la propia interpretación del concepto enfermedad, en las referencias que tiene en su entorno, así como de otras características de la personalidad individual que le pueden generar sentimientos de inseguridad, miedo, angustia, afectación de la imagen corporal, etc., o por el contrario tranquilidad, confianza, aceptación, etc.

Otros procesos son de orden exterior provocados o desencadenados por la relación que dichas lesiones obligan a mantener al individuo con el sistema sanitario al que recurre para disipar incertidumbres o resolver la lesión y las molestias que esta le causa. También en función de las experiencias anteriores y de cómo el sistema sanitario aborde los pasos necesarios para resolver la lesión, dichos procesos pueden generar sensación de satisfacción o ser en sí mismos fuente de problemas y disgusto.

Desde la perspectiva del investigador, experto en la materia, se considera que estos procesos comienzan en el momento en que la persona se hace consciente de la alteración morfológica o funcional, posteriormente madura la idea confrontándose con sus temores, expectativas y opiniones de su entorno, y elabora una estrategia de búsqueda de ayuda que en general se desarrolla en el contexto del sistema sanitario,

aunque en ocasiones se llega a él tras el intento de resolverlo en sistemas informales o paralelos. El proceso no finaliza inmediatamente a la resolución quirúrgica del proceso, sino que se puede prolongar a la espera de los resultados del análisis histológico o de los resultados estéticos de la intervención, si fuese el caso.

No se ha encontrado en toda la literatura consultada ningún estudio que profundice en la vivencia, opinión, sentimientos, etc., que al respecto tienen los usuarios de dicha CM, ni en lo que respecta al proceso interno, ni al provocado por factores externos, pudiendo estar ambos en una posible relación.

La autora Vinita Mahtani¹¹⁸ plantea que la evaluación de tecnologías sanitarias, en ocasiones, formula preguntas cuya respuesta es más compleja que la que pueden aportar enfoques numéricos o positivistas. La complejidad viene dada porque se trata de unas tecnologías en las que los factores humanos ejercen una influencia determinante por diversas razones, o porque lo que el responsable de tomar decisiones necesita es una respuesta sobre la aplicación de una tecnología en el “mundo real” y no en escenarios teóricos, encontrándose situaciones en las que se complican las respuestas y estas dejan de ser numéricas. Algunas tecnologías sanitarias pueden ver condicionada, en el mundo real su efectividad, seguridad y coste-efectividad por las decisiones de uso de los profesionales sanitarios y, cada vez más, por la participación creciente de los pacientes, pues debe admitirse que la participación e interacción de todos los actores es cada vez mayor y ejerce más influencia en las decisiones de gestión.

Las metodologías de investigación cualitativa ofrecen la capacidad de aportar información alternativa, distinta y complementaria a los métodos cuantitativos, sobre aspectos relacionados con la aplicabilidad de las tecnologías sanitarias, pero muy especialmente para evaluar las perspectivas de los actores implicados en su uso o en su manejo. A diferencia de los estudios cuantitativos, pretende conocer la subjetividad de cómo las personas van construyendo el significado de los acontecimientos vividos y cómo los van enfrentando. En el tema que nos ocupa, la parte cuantitativa del presente trabajo nos acerca a la magnitud de los hechos estudiados, sin embargo no nos dice nada de cómo estos hechos son experimentados por los actores de los

mismos, por ejemplo de sus sufrimientos, de las razones en que apoyan sus decisiones o de cómo perciben las actitudes de los profesionales con los que interactúan.

Los autores Pope y Mays¹¹⁹ plantearon en 1995 la pertinencia de una perspectiva cualitativa de análisis como instrumento de aproximación al punto de vista de la persona enferma como complemento recomendable para una mejor incorporación de la multidimensionalidad de los procesos.

Existen muy diversas metodologías de investigación cualitativa, hasta 40 identifican algunos autores¹²⁰, provenientes de la investigación social y utilizadas tradicionalmente en entornos como: la sociología, antropología, etnografía... pero que cada vez se van ampliando a otras áreas como: marketing y publicidad, las relaciones empresariales y también la educación y la sanidad. Para el presente estudio se ha elegido la Teoría Fundamentada (TF) o *Grounded Theory*.

La TF es una metodología acuñada por Strauss y Glaser^{121, 122} que intenta comprender las conductas a través del conocimiento que las personas implicadas poseen de las situaciones, y no solo a través del conocimiento racional sino a través de sus valores, rituales, símbolos, creencias, emociones e interacciones entre ellas, todo ello mediante el análisis de datos cualitativos. Sus fundamentos filosóficos descansan en el interaccionismo simbólico definido entre otros por Blumer en 1969¹²³.

En la TF se utiliza un procedimiento de comparación constante entre los relatos facilitados por los participantes en el que mediante una continua reflexividad, inicialmente deconstructiva y posteriormente inductiva se trata de comprender el proceso que los sujetos hacen para la construcción de significados e identificar una teoría que determine los momentos decisivos que den explicación al fenómeno estudiado. El proceso supone una importante flexibilidad ya que la recolección de la información y su análisis no son estáticos y sucesivos sino que se van influenciando mutua y constantemente y reorientando la dirección que toman las consecuentes vías profundización. En todo ello el papel del investigador y su reflexividad¹²⁴ como instrumento de investigación es fundamental.

6.2- Pacientes y método.

- Recolección de la información:

Para la recogida de la información se recurrió a los diferentes profesionales de los distintos niveles asistenciales donde se realiza la CM para que nos señalaran informantes clave que pudiesen aportar datos de interés, se pretendía que todos los supuestos estudiados estuviesen representados en los pacientes a estudiar, es decir pacientes atendidos por médicos de familia, enfermeras de atención primaria y médicos de especialidades hospitalarias.

Se han buscado informantes con un diagnóstico que implicase un proceso de CM de los considerados de más alta complejidad (nevus, quiste subcutáneo, lipoma...), evitando procesos sencillos que no hubiesen tenido mucha importancia clínica o no hubiesen dejado suficiente impronta en los pacientes. Se buscó que el proceso ya estuviese resuelto con el alta, es decir que ya tuviesen los puntos de sutura retirados y el resultado del análisis histológico recibido, así ya estaría desligado del proceso sanitario directo y se evitaría el periodo álgido de tensión. Como límite máximo se han establecido los seis meses desde la realización de la técnica para que el factor olvido no ocultase vivencias y sensaciones.

Para la recogida de información se ha utilizado la técnica de la entrevista en profundidad semiestructurada.

Con cada informante se produjo un primer contacto telefónico donde se explicaba el motivo de la llamada, el fin y las características del estudio, la voluntariedad de participar en él, y se les pedía consentimiento para su participación, dejando constancia de que las entrevistas serían estrictamente confidenciales, garantizándose el anonimato mediante la codificación de las mismas. Se les ofrecía realizar la entrevista en el lugar y horario que más les conviniese y así mismo se les ofrecía buscar quien les sustituyese en algún quehacer inaplazable (por ejemplo el cuidado de alguna persona a su cargo), prestación que finalmente no fue necesario realizar.

Los entrevistadores han sido cuatro miembros del equipo de investigación, quienes han consensuado y ensayado el protocolo de entrevista. El entrevistador nunca fue ningún profesional que estuviese implicado en la realización de la técnica a la persona

entrevistada ni que tan siquiera fuese conocido por esta, por trabajar en su centro de salud o por cualquier otra circunstancia.

Al principio de cada entrevista consta el consentimiento verbal explícito de cada participante. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente para su posterior transcripción escrita. Dicha transcripción, para evitar cualquier riesgo de que se modificase o desvirtuase la información, ha sido realizada de forma literal y fidedigna por una profesional de la transcripción mecanográfica totalmente ajena a la investigación.

Las entrevistas eran abiertas siguiendo en cada caso el cauce de la conversación priorizado por el entrevistado hasta que este consideraba que no había más que añadir, si bien el entrevistador contaba con un guión semiestructurado de cuatro campos y varios aspectos, como se puede observar en la guía de la entrevista (Tabla 26), que se trataba de hacer emerger en el caso de que esto no ocurriese de forma espontánea.

Tabla 26: Guía de la entrevista semiestructurada.

<p>Guía de la entrevista:</p> <p>Objetivo: Conocer el proceso tal como lo vivencian los pacientes desde su diagnóstico hasta la intervención.</p> <p>Campos a explorar y aspectos a asegurar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Relación con la lesión: Descríbanos el proceso desde que descubrió la lesión hasta que la consultó: Cómo se sintió al descubrir su lesión y qué le llevó a consultarla. Miedos u otros sentimientos.- Relación con el proceso: Profesional al que se lo consultó y motivo de la elección. Descríbanos el proceso desde que consultó su lesión al profesional hasta que aquella quedó resuelta. Cómo se sintió tras la primera consulta. Qué considera más positivo y qué más negativo de esta parte del proceso.- Relación con la intervención: Cómo se sintió durante la intervención, percepciones, sentimientos y sensaciones. Qué le pareció mejor y qué mejoraría.

- Relación con la post-intervención:

Tras la intervención quedó resuelto el problema o aun quedaban inquietudes. Qué satisfacción obtuvo con el resultado final.

- Muestreo:

El muestreo ha sido intencional a propuesta de los profesionales a los que se ha recurrido en busca de informantes clave. A los profesionales se les explicó el proyecto, insistiendo en que la información obtenida sería no solamente codificada para que fuese anónima, sino que también se ocultaría cualquier mención a nombres o cualquier dato que pudiese identificar al informante o al profesional que intervino. Se les indicaron las características que debían reunir los informantes ya descritas con anterioridad. Otro requisito exigido es que los profesionales desconociesen la opinión que los pacientes informantes pudiesen tener sobre su proceso, que tras el alta no hubiesen vuelto a contactar paciente-profesional para evaluar o comentar alguna incidencia sobre el proceso.

Se ha comenzado por un sujeto que cumpliera los requisitos de cada tipo de situación a estudio y se ha ido ampliando hasta que se ha considerado saturada la información, lo cual supuso contar con 1 hora y 45 minutos de grabación distribuidos en 12 entrevistas, 3 a pacientes atendidos por médicos en el hospital, 3 por médicos de familia y 6 por enfermeras de AP.

- Codificación y análisis:

Para el análisis de los textos se ha utilizado como apoyo el programa informático Atlas.ti 5.

Tras una primera lectura de la transcripción de las entrevistas, de forma individual por cada uno de los investigadores y teniendo en cuenta también la concordancia con los campos que inicialmente se pretendía explorar en la guía de la entrevista, se acuerdan las siguientes categorías de análisis:

- Motivación para consultar la lesión y sentimientos hacia ella.

- Motivo de la elección al profesional al que se consulta.
- Actitudes percibidas en el profesional que interviene.
- Percepciones durante el acto de la intervención.
- Sentimientos sobre secuelas y resultados o proyección del futuro de la lesión.
- Satisfacción global con el proceso

Posteriormente también surge como categoría emergente, la siguiente:

- Percepción de ser atendidos en el nivel donde fue intervenido, respecto a las otras posibilidades.

Para separar la información pertinente contenida en las entrevistas de la que no lo es, y sobre todo para tratar de mejorar la validez del estudio, los investigadores de forma individual y aislada, determinan las unidades de significación y las adjudican a cada una de las categorías. Tras esta categorización preliminar individual, se hace puesta en común y debate de consenso para eliminar repeticiones y depurar desacuerdos.

En una siguiente fase, se analizan las unidades de significación, extrayendo los conceptos que van emergiendo de forma más relevantes apoyados en verbatim² de las entrevistas y estableciéndose las relaciones entre ellos con el apoyo de mapas conceptuales.

² Verbatim: concepto empleado en investigación cualitativa y en otras disciplinas, que se refiere a la reproducción exacta de una frase, sin realizar ningún cambio que pudiese alterar el significado que ha querido darle quien la emite.

6.3- Resultados.

Motivación para consultar la lesión y sentimientos hacia ella:

Una de las motivaciones más básicas es la aparición de molestias físicas de diferente intensidad. *“Hasta que empezó a dolerme ya mucho, que me dolía al ponerme el zapato (Co3)”, “Me había empezado a molestar con el cuello, me rozaba con el... (LI1)”, “yo empecé a sentir siempre un resquemor aquí en la espalda (Pb1)”, “tenía aquí una verruguina pequeña y me picaba mucho y yo venga a rascar, y al rascar ella crecía... (LI4)”*

En ocasiones no hay referencia a molestias directamente provenientes de la lesión, pero sí a que esta ha evolucionado cambiando de aspecto o de tamaño y aparecen intenciones preventivas de consecuencias mayores. *“a mí tampoco es que me molestase, no, pero... que no me pasase como me pasó la primera vez que... que vamos, quedó como podre y empezó a dar malos olores y cosas de estas que fue muy desagradable (Co1)”, “Las cosas a tiempo siempre tienen mejor arreglo (Gi1)”, “que cada vez iba creciendo más, cambiando de color, con lo cual, pues me dirigí a mi médico (Gi3)”, “yo veía que cada vez iba creciendo más, creciendo más y que iba a reventar; con el problema que conllevaría el que reventara por el mal sitio donde se encontraba (LI3)”.*

Se observa que la prevención de posibles malignizaciones suele estar presente. *“Bueno, fue una revisión que me hago yo anual de dermatología, porque aparte de que tengo un montón de lunares, mi madre tuvo cáncer de piel (Gi2)”, “Como tengo antecedentes en la familia de cáncer de piel”, “Si yo tenía algún pequeño temor de que fuera algo malo (LI3)”*

En ocasiones el miedo a la malignidad de la lesión se da por sobreentendido, pero sin nombrarlo explícitamente, el cáncer entra dentro de la conocida categoría de “lo innombrable”. *“Bueno voy a quitármelo antes de que me de problemas o crezca algo mas... (Co2)”, “Porque un día vi a una amiga que le habían quitado uno aquí en el brazo que lo tenía pequeño también, y de repente le creció y luego era ya... (se refiere a un tumor) (CO2)”, “Por mirarlo no pierdo nada; pero a lo mejor si no voy... (Gi1)”, “yo nunca pensé que fuera nada malo, ¡bueno hombre!, siempre tienes un poquitín de inquietud en ese sentido (LI3)”, “Me preocupaba porque decía, ¡madre! igual me sale aquí algo. Porque ahora como hay tantas cosas, tiene uno miedo también a todo (LI4)”, “y yo...bah, un poco de miedo me daba porque... ¡qué sé yo! (LI4)”.*

El miedo a la malignidad desaparece si se han tenido experiencias anteriores con lesiones similares. *“No (refiriéndose al miedo a malignidad), porque ya tenía precedentes... de hecho éste es el tercero que me quitan (Co1)”*

Las razones estéticas también tienen un peso importante en la toma de decisiones. *“Y, evidentemente, a nivel estético no es que me afectara mucho, pero bueno... sí (Gi3)”, “dolor y eso, tampoco era nada que fuera insoportable; era más... casi... estético; estético, para cuando iba a la piscina o al gimnasio, aquel bulto que tenía ahí debajo del glúteo, debajo de la nalga (Li3)”, “al ir al gimnasio, al desnudarme delante de la gente y tal; y veía yo que la gente miraba, y entonces yo, estéticamente, pues... pues no me encontraba a gusto, no me encontraba a gusto(Li3)”, “Bueno y también que estaba a la vista, porque como se veía tanto... me ponía negra ver aquella verruga (Li4)”*

Finalmente también aparecen pacientes que motivan su consulta de la lesión por indicación o presiones de conocidos o familiares. *“y me decían: mujer, quítala, y yo...bah (Li4)”, “y mis hijas decían “mamá quítalo, que no estás bien con eso (Li4)”, “sobre todo mi madre era la que estaba encima: vete a controlarlo, vete a controlarlo (Ps1)”*

Motivo de la elección al profesional al que se consulta:

Se observa un componente de no decisión voluntaria y basada en razonamientos o criterios definidos, es decir la elección puede ser motivada por la fuerza de la costumbre, de la tradición o de la normativa más o menos explícita que impera en el servicio de salud. *“Entonces aprovechando que fui un día al médico de cabecera, para otro asunto, le comenté lo del bulto este (Co1)”, “te diriges a tu médico y... se lo comenté (Gi3)”, “mi idea era ir al enfermero, ¿no?; pero bueno, acudí primero al médico de cabecera (Li2)”, “El enfermero, porque es el que me toca a mí (Li4)”. “cuando mandan ir a la Casa del Mar, pues a la Casa del Mar... (Gi1)”*

También aparece un cierto componente de indiferencia sobre qué profesional se encargue de la técnica de CM, podría interpretarse también como determinismo. *“Me derivó a la persona...bueno no sé exactamente lo que es, si es el enfermero o quién y... bueno, me lo quitó (Co1)”, “Porque dijo él, ¿qué viene a sacar la uña? y dije yo, sí. Bueno pues se la voy a sacar yo. Entonces entró la doctora y dijo “¿ah, ya está tu?”. Y dice “sí” (Co3), “¡Ah, bueno! Porque siempre venimos al médico, (risas) siempre venimos al médico. Si el médico nos manda a la enfermera, pues pasamos a la enfermera; pero siempre venimos al médico (Gi1)”. Aunque quizás más que determinismo las manifestaciones de los pacientes entrevistados reflejen una confianza implícita en la relación que tienen con los profesionales de la salud. “Vamos, me eché ahí y dejé que hiciesen, digamos, que para eso están (risas). Ya saben ellos lo que tienen que hacer (Co1)”, “Le dije yo “haga lo que sea y no diga nada”. Y me dice él “no mujer, ¿por qué no?” (Co2)”, “yo quedé tranquilo cuando me dijo Paco.... José Luis, vas a Javi, que Javi... (Pb1)”, “siempre confío en los profesionales de todas las*

profesiones y más de la medicina (Gi3)”, “yo estaba tranquila y bueno, yo confiaba en el que me iba a atender (LI2)”.

Hay importante influencia del concepto que los pacientes tienen sobre el profesional que les atiende, estas consideraciones pueden ser de carácter profesional. “Y él se ocupó de todo, me lo miró, lo analizó a su manera a ver si lo podía hacer él; y me lo hizo él y yo encantadísimo (LI3)”, “Javi ya me quitara de aquí una verruguina, que me jodía al afeitarme, ya sabía yo, como actuaba Javi (Pb1)”, “Javi es, ya te digo, es un profesional para mí como la copa de un pino porque mejor que lo hizo él, no creo que lo haga nadie. Tengo miedo que ni uno de estos... ¿cómo se llaman los de... eso?... los cirujanos (Pb1)”, “Mi médico. Pues la confianza, puede ser que sea el que mejor me conoce y que más cercano esté a mí (Ps1)”. Este concepto puede basarse en experiencias que se han tenido con el profesional con anterioridad, incluso aunque estas no hubiesen sido en primera persona o no hubiesen estado relacionadas con intervenciones de CM. “en principio se lo pregunté a él (enfermero), por si él me lo quitara; porque a mi abuela también le quitó un bulto en una manina... (LI1)”, “Entonces, bueno, como ya lo conocemos de siempre... (LI1)”, “Yo, a ver, la verdad que, yo creo que influye también, bastante que lo conocemos, incluso que viene uno más tranquilo porque ya lo conoces de siempre. La verdad que, eso te tranquiliza..., por lo menos a mí... (LI1)”, “yo tengo un hijo, un hijo de dieciocho años que tiene... o tenía un problema de obesidad y lo está tratando él (el mismo enfermero al que recurre para este problema)... (LI3)”, “yo fui al enfermero, porque para cosas así me parece que... porque me había curado también aquí, que se me había metido un pincho... y se había infectado (LI4)”, “Yo con el enfermero tengo mucha... Porque yo tuve un problema muy fuerte con mi marido que murió (LI4)”, “Yo tengo una doctora, que desde luego es buenísima, buenísima. Y la enfermera igual. Tuve a mi suegra cinco años conmigo y en cuanto las llamabas iban para allá, así que con esto todo muy bien, muy bien (Co3)”. En ocasiones las consideraciones sobre características personales del profesional y de la relación que se establece entre ambos tienen incluso más peso que otras de carácter profesional o técnico-científicas. “Tenemos un médico muy bueno, muy buena persona, muy atento y... y siempre venimos al médico (Gi1)”, “yo para todas esas cosas vengo a él. Además, es tan majo, es tan... (LI4)”, “Y nada, y entonces se lo dije a Paco, a mi médico, a Francisco; yo lo llamo Paco (Pb1)”, “Pero luego, tranquila a la vez, porque... no sé, con el médico de cabecera tengo mucha confianza (Ps1)”.

Actitudes percibidas en el profesional que interviene:

Respecto a las actitudes que los pacientes perciben de los profesionales son en todos los casos positivas y tienen que ver con la información facilitada y con actitudes de cercanía o empatía como se verá más adelante. “Nada, nada me pareció mal. Estoy encantada, lo mismo con la enfermera que con la doctora, que con todos (Co3)”, “Muy

bien, eran mujeres las que lo quitaron. Ya te digo, de maravilla, muy bien, muy bien (Gi1)", "Mejorar muy poco, muy poco mejorable, porque fue un trato exquisito (LI3)".

Los pacientes agradecen y se sienten tranquilizados cuando se les facilita la información que necesitan y que tiene que ver con el proceso de la intervención. *"ellos muy bien, me lo explicaron y nada... (Co2)" "Positivo, que me informaron de todo desde el principio y sin problema. Yo sabía a lo que iba y... sin problema (Gi1)", "Yo me sentí muy bien, me atendieron fenomenal, me explicaron todo muy bien con lo cual no tuve dudas de nada y si en algún momento tuve algo pues les preguntaba "oye, ¿por qué pones debajo la placa tal?", "pues eso es la toma a tierra". Porque a mí me gusta preguntarlo, entonces pues muy bien. Me lo explicaron todo fenomenal (Gi2)". "me explicaron en todo momento como iban. Me explicaron en todo momento qué era lo que se me iba a hacer; y... en todo momento, me preguntaban cómo me encontraba (LI2), Incluso los pacientes agradecen incluso la información no tranquilizadora, por ejemplo que se les dé a conocer los riesgos posibles o que se les va a provocar un dolor o una molestia "antes de la intervención a mí se me explicó en todo momento que había la posibilidad de que yo perdiese el perfil del lóbulo de la oreja. O sea, me explicaron los riesgos que podía tener eh, en todo momento. Me lo explicaron desde un principio. O sea, que muy bien; satisfecha totalmente (LI2)", "Dijo ella "te voy a pinchar", y dije yo "usted haga lo que tenga que hacer" (Co3)" Así mismo recriminan cuando detectan déficit de información. "eso sí, que lo eché de menos, que creo que me lo debería de haber dicho la persona que me hizo la intervención y que me dio el visto bueno de que estaba finalizado y que acudiera a mi enfermera (Gi3)"*

La cercanía, la comunicación y la empatía son tres actitudes que los pacientes detectan y les dan seguridad y neutralizan sensaciones inquietantes o desagradables como el hecho de encontrarse en un quirófano o "que le estén cortando". *"Me tomaron un poco el pelo porque me vieron... esto del Real Oviedo (risas) (Pb1)", "Y puso música y todo para que estuviera... (más tranquila). Puso música y dije yo "¿para qué pone música?, y dice ella "para que estés bien y eso (Co3)", "La enfermera muy maja y la doctora también. ¡Estaba encantada en el quirófano! (Gi2)", "me trataron con muchísima amabilidad y muchísima cortesía y además, como quitándole mucho hierro al asunto (Gi3)", "Incluso cuando estaban cortando: "¿te duele?, jaye, si te duele dímelo!". Todo con una profesionalidad que mejorar muy poco, o incluso me atrevería a decir nada (LI3)", "Cada poco te decía "¿te manco?", y digo "no" (LI4)", "me dijo "tómame tu tiempo, cuando tú me digas, no pasa nada". Y bien, luego fue todo... facilísimo. (Ps1)".*

Percepciones durante el acto de la intervención:

Las experiencias quirúrgicas anteriores son tranquilizadoras en lo que respecta a la intervención, por conocimiento del medio o por relativizar la importancia de la CM, si las otras ocasiones fueron de mayor gravedad *“Dijo, usted tranquila que no va a sentir nada. Y dije yo, no, no, ya tengo muchas operaciones, ya sé lo que es, pasé muchas veces por quirófano, ya... (Gi1)”*, *“No, no, miedo ninguno. Ya voy haciendo más operaciones de más riesgo que esa (risas). No voy a tener miedo por quitar una uña (Co3)”* Si embargo, si las experiencias anteriores fueron negativas o traumáticas, pueden incrementar el temor ante esta CM *“Bueno, yo había tenido otra intervención hacía tres o cuatro años... y era muy complicada... muy tal. Y entonces, como ya había pasado tantísimo miedo en la otra, pues sentí y dije yo “bueno pues vamos a quitar esto” y tienes ese pequeño miedo (LI3)”*

Nuevamente aparece la confianza en los profesionales. *“vienes para aquí un poco preocupado; a ver esto, cuánto va a durar, lo que me va a doler, lo que va tal, eh., con ciertas inquietudes sí vienes. Pero después te sirve mucho, el que el profesional que te atiende (LI3)”*, *“lo que pasa que después vi que era mucho abierto... porque aquello era un cosín así, y después vi mucho abierto. Pero bueno, a mí como ni me dolió ni... ni nada, digo, tendrá que ser así (LI4)”*

Los pacientes refieren intranquilidad, sobre todo al inicio de la técnica, en ocasiones por los propios miedos *“Pues venía, por una parte nerviosa, por lo que te digo, la anestesia, el bisturí y demás (Ps1)”*, *“que yo soy muy escandalosa para agujas y todas esas cosas e iba un poco asustada... (risa) (Ps1)”*, *“Estaba un poco nerviosa ese día (Co3)”*, *“¡Bueno hombre! Cualquiera cosa que sea intervenir en el cuerpo, pues... claro, suele complicarte un poquitín, ¿no? Yo soy de un carácter un poquitín nervioso y tal y bueno, no voy a decir que viniera...eh... muy nervioso, pero bueno, con ciertas inquietudes sí viene (LI3)”*. En otras ocasiones la intranquilidad o miedo es producido por la impresión que les produce tanto la parafernalia que conllevan los preparativos (posición en la camilla, tener que desvestirse...) como el propio local, el aparataje, etc, que en algunos casos se interpretan como que la intervención va a ser de mayor envergadura de lo que esperaban o se habían imaginado. *“un poquitín (nerviosa) a la hora de sentarte (Co3)”*, *“Y lo peor... no sé; ya te digo que me dio un poco de respeto cuando me dijo que tenía que tumbarme y tal... yo me quería sentar, o sea, pensé que iba a ser... sentada, que me iban a quitar ahí, sobre la marcha y tal. Entonces bueno, cuando me dijo que tenía que tumbarme, que tenía que quitar... (la ropa), poner la bata y tal, porque iba a sangrar un poquitín, pues bueno, un poco de... de miedo me dio (LI1)”*, *“Porque a mí me metieron en una sala, me echaron ahí... Todo, todo era limpieza. Al principio, según te echan te da un poco de repelús (LI4)”*, *“según me eché allí y eso y vi... (porque tengo unas cuantas operaciones), el foco aquel, va un poquitín de eso me dio, pero nada... (LI4)”*

Respecto a la percepción de dolor, parece que es un aspecto que se resuelve favorablemente, incluso el dolor provocado por la administración de la anestesia infiltrada tanto subcutánea como troncular, que objetivamente es de cierta intensidad no es recordado como experiencia traumática, bien es cierto que según la literatura clásica, los dolores si tienen un fin, en este caso la producción de anestesia, y tienen una limitación en el tiempo, son tolerables. *“No, no, no. Nada, no me enteré de nada, porque me pinchó en el dedo y... (Co3)”, “notas los pinchazos nada mas... pero notar así nada (Co3)”, “para nada me molestó, ni sentí... hombre lo típico, que notas estos pinchazos que te dan, pero no lo noté como algo muy doloroso ni mucho menos ni nada (Gi2)”, “Y hubo un momento, que yo sentí dolor y me pusieron otra inyección más de anestesia y nada. (LI2)”, “como me anestesió; lo que me hizo, no me hizo daño ninguno, pues entonces yo tan tranquila (LI4)”*

En las percepciones que el paciente tiene durante la intervención, nuevamente aparece con una alta valoración la relación de cercanía, que la comunicación no se interrumpa durante la intervención. También la empatía que el profesional muestra, el sentir que el profesional muestra interés por la realidad que está viviendo y por las posibles molestias. *“De hecho me dijeron que si sentía dolor o algo, o alguna cosa extraña, que lo dijera (LI2)”, “fue un trato exquisito, un...eh..., qué podría decir yo; una atención exquisita. Incluso cuando estaban cortando: “¿te duele?, joye, si te duele dímelo!” (LI3)”, “Cada poco te decía “¿te manco?”, y digo “no”. (LI4)”, “Él me decía “ahora te estoy haciendo esto”... Y digo yo ¡pues... como si no me estás tocando, vaya! (Ps1).*

Sentimientos sobre secuelas y resultados o proyección del futuro de la lesión:

Los pacientes entrevistados consideran en general que con la intervención el problema finaliza. *“y todo muy bien, no me molestó mas oye y estoy encantado (Pb1)”, “En general fue todo bien (después de la intervención). Es que no pasó ningún incidente, nada (Co2)”, “Y nada, ni me duele... ni nada de nada ¡de maravilla! (Gi1)”, “Ahora de momento está bien. ¡Mira! Está empezando a cubrir del todo (la uña), pero...por lo menos no duele (Co3)”*

Las dudas suelen estar en relación con la posibilidad de malignización de la lesión intervenida, que en algunos casos puede ser una realidad. *“Me dieron el resultado y bueno, me dijo que no era bueno... que no había llegado a ser malo del todo, pero no era bueno, que mejor que lo hubieran quitado. Entonces fenomenal, yo le dije: pues me parece estupendo ya que me lo has cogido a tiempo, porque en un tiempo, pues no se sabe lo que podría... (Gi2)”, “Como tengo antecedentes en la familia de cáncer de piel... (LI1)”, “Cuando el enfermero tuvo los datos me llamó a casa para tranquilizarme diciéndome que la analítica había salido perfecta, que todo era bueno... pues ahí ya*

fue... el final. Si yo tenía algún pequeño temor de que fuera algo malo, pues ahí ya se disipó (LI3)".

Este miedo a la malignización suele quedar neutralizado con la simple sugerencia, que no certeza, del profesional, sobre el aspecto macroscópico de la lesión. A falta de confirmación del análisis histológico, la confianza en el profesional, y probablemente el escuchar lo que uno quiere oír, conjura el miedo. *"Como me dijeron que no era malo pues yo tranquila (Gi1)", "yo la verdad que me sentí bastante tranquila con él, porque, al decirme ya que no... eso que no parecía nada malo, no estaba preocupada porque fuera nada, ni tenía miedo a... (LI1)", "me dijeron que al cien por cien no me lo podían decir, pero que, casi decían que malo no era (LI3)", "me tranquilizó bastante, porque me dijo que no tenía mala pinta, que no tenía pinta de ser nada serio, lo único por precaución (Ps1)"*

Por último, la inquietud sobre el resultado estético suele estar presente, con más importancia o menos, pero incluso en quienes dicen tener menos problema en este sentido, se vislumbra cierta inquietud. *"Pero no me afecta para nada, no me duele. De hecho a los pocos días, umh... gente que me conoce de toda la vida, no se daba ni cuenta de que tenía ahí una cicatriz, ni nada (Gi3)", "Que no se nota nada, de hecho se nota muchísimo menos que el lunar que tenía y no me influye para nada. Yo la verdad, en cuestiones estéticas no tengo problema, no soy una persona que digamos "¡ay que no me quede cicatriz!" ni nada pero bueno, evidentemente, las cosas bien hechas bien parecen (Gi3)", "Miedo a la cicatriz también, porque me decían que me iba a quedar un agujero, porque no sé qué, porque... Todo ello, todo ello influyó a que tuviera yo miedo (LI4)", "Porque esto es una virguería, es una obra de arte... y mis hijas... que estaba como punto de cruz, pero guapísimo. (LI4)", "Sí, confío en que la cicatriz..., todavía... disminuya un poco. Pero bien, bien, sí. (Ps1)"*

Satisfacción global con el proceso:

Se aprecia una alta satisfacción relacionada con los resultados, con el proceso en general. *"la verdad que muy bien, no sentí nada ni nada. Y muy bien, ni me mareé ni nada de nada. Mi experiencia positiva vamos. (LI1)". "Y me lo sacaron perfectamente y... yo no me enteré de nada; no me enteré de nada (Pb1)", "Quedé muy contenta, de maravilla (Gi1)", "la valoración en general, de todo el proceso, desde el principio hasta el final, es buena. (Gi3)". Es llamativa la ponderación que se hace a los profesionales intervinientes *"Nada, nada me pareció mal. Estoy encantada, lo mismo con la enfermera que con la doctora, que con todos. Estoy encantada con todos. O sea que nada. (Co3)", "Pues yo ¿qué quieres que te comente?, porque soy profano en la materia...Yo te digo que a mí me atendieron muy bien, salí muy bien y no tuve más molestias de nada (Pb1)", "Mi experiencia particular fue positiva en todos los sentidos y**

de mucho agradecimiento, por otra parte. De mucho agradecimiento... para los dos (LI3)”.

Percepción de ser atendidos en el nivel donde fue intervenido, respecto a las otras posibilidades:

Contra opinión generalizada. *“Me sentí afortunado en ese sentido porque... no sé porque me da la impresión de que tuve suerte... la gente se quedaba un poco sorprendida de que me hicieran eso en el Centro de Salud (LI3)”*

Los pacientes agradecen la disponibilidad y la adaptación horaria a sus necesidades. *“porque hasta incluso me facilitaron la hora que mejor me viniera a mí para intervenir (LI3)” “Dijo: “bueno mira estos días no puedo... el jueves vienes a las dos de la tarde y te lo quitamos”. Y bueno, vine a esa hora y estaban ahí (LI4)”, “... y yo pienso que en lo posible hay que evitar colas a la gente y evitar trastornos, o sea, todo lo que sea evitar trastornos a los pacientes para mí es, de agradecer (LI3)”*

Se considera más cómodo en el centro de salud. *“Más cómodo aquí (centro de salud) te queda más cerca (Co2)” “Peor (en el hospital) en el sentido de que yo creo que te harían dar más vueltas, y en realidad,... porque además luego te lo analizan igual (LI1)”, “En mi caso concreto, peor (ir al hospital) (LI2)”, “y si se puede hacer al lado de casa y con profesionales que tengan los conocimientos, ¿por qué vas a ir a ningún sitio? (LI3)” Aunque no se refiere opinión negativa sobre el hospital. “Aquí me la quitaron bien. ¡hombre!, no tengo nada contra Cabueñes, que de Cabueñes estoy muy contenta también de todas las veces que fui, pero aquí lo tengo al lado de casa, y no tengo que desplazarme hasta Cabueñes (CO3)”, “Aquí (en el centro de salud) estamos más cerca pero bueno, cuando mandan ir a la Casa del Mar, pues a la Casa del Mar... pero por lo menos a mí siempre me trataron bien las veces que fui. Siempre contenta las veces que fui, siempre me trataron muy bien (Gi1)”,*

Mantienen la confianza en los profesionales y comparan la calidad de ambos niveles según sus criterios. *“o sea, que no me iba a sentir menos segura delante de una enfermera (de AP) que delante de la dermatóloga. Iba a estar igual de segura. Porque hombre, supuestamente cuando una persona se pone a hacer un trabajo es porque sabe hacerlo... ¡creo yo, vaya!, y no desconfío (risas) (Gi2)”, “porque además luego te lo analizan igual (LI1)”, “como Javi (enfermero) tengo miedo que ni uno de estos... ¿cómo se llaman los de... eso?... los cirujanos (Pb1)”. La relación de confianza con los profesionales no es solo por su capacitación técnica, esta también relacionada con la relación personal y el reconocimiento del paciente como individuo por parte del profesional. “El que lo puedan hacer aquí (centro de salud), son cosas que se puedan hacer, pues evita colas en los hospitales, evita tratar con gente que a lo mejor no tengas ningún trato y esto, aunque bueno... yo tampoco es que tenga mucho trato con*

ellos, pero por lo menos sé quiénes son y ellos saben quién soy yo; o sea, que para mí fue positivo en todos los sentidos (L13)”, “Lo primero (ir al hospital) me habría asustado más, seguro, igual es la imagen que te da... un hospital, pero te da la sensación de entrar allí... eres el número de historia tal, tal, tal, te hago lo que te tengo que hacer y hasta luego. No se preocupan tanto... (Ps1)”

Sensación de mayor gravedad y complejidad acudiendo al hospital. *“Yo tendría más miedo, porque me parecería que sería peor, que sería más... porque de decir quitarlo él a decir, “oye, tienes que ir a la residencia o donde sea a quitar eso”, yo para mí era peor (L14)”, “No, no. No me gusta ir a los hospitales, no me gusta. Aborrezco, aborrezco ir a visitar a alguien allí también. No me gusta (Pb1)”, “si llego a ir a Oviedo, a alguien que no conozco, pues, iría mas asustada o con más respeto. (Ps1)”, “Si fuese una operación de riñón, igual sí (risa), pero no, para esto no, la verdad que aquí... venía confiada; confío en mi médico, ¡vaya! (Ps1)”*

6.4- Conclusiones.

Las personas estudiadas acuden a consultar su problema relacionado con la CM y por tanto entran en el proceso que precisa para su solución por varias razones (Figura 5): por presentar molestia física, por criterios estéticos, por presión de personas de su familia o entorno y también por miedo, fundamentalmente miedo a dos amenazas, a posibles consecuencias que en el momento de la consulta resultan prevenibles y sobre todo miedo a que la lesión sea un cáncer maligno o pueda evolucionar hacia ese diagnóstico. El miedo al cáncer en algunas ocasiones se explicita verbalmente y en otras, por el propio significado de la palabra “cáncer”, se manifiesta de forma implícita o mediante metáforas u otros recursos. Este miedo al cáncer, que es el más amenazante, queda neutralizado si la persona ha tenido experiencias similares anteriores con buenos resultados o si algún profesional sanitario en quien tenga confianza, simplemente le comenta u opina que a priori la lesión no le sugiere una impresión diagnóstica de malignidad, aunque dicho comentario sea especificado como tal comentario provisional a la espera del informe histológico.

Figura 5: Motivación para consultar la lesión



Fuente: elaboración propia.

Las personas estudiadas han remarcado una serie de factores que influyen positivamente en la percepción que ellas tienen del proceso en el que se vieron implicados a causa de la lesión que precisó CM y otros factores que tienen influencia negativa en esa vivencia que han pasado (Figura 6). Estos aspectos podrían abrir una línea de estudio para comprobar su representatividad y posibilidad de extrapolación, en caso de confirmación, deberían tenerse en cuenta a la hora plantear cualquier estrategia de mejora de la calidad asistencial en relación a las técnicas estudiadas.

Entre los factores positivos:

En un lugar destacado se encuentra la comunicación entre el paciente y los profesionales, especialmente aquel en el que ha depositado su confianza, la adecuada comunicación se interpreta como un signo de empatía y de cercanía personal, la comunicación se refiere tanto a una adecuada información como a una fluidez y lo que podríamos calificar como amabilidad.

Otro factor positivo encontrado es el sentimiento de confianza en el profesional, si bien se aprecia que esta la plantean como inherente al hecho de ser tratados por profesionales sanitarios, también es cierto que es favorecido por conocer al profesional como tal y también conocerlo como persona, en ambos casos bien sea directamente por experiencias anteriores o indirectamente por opinión de la familia o de otras personas.

Evidentemente el no haber sufrido dolor quirúrgico, que es uno de los principales miedos a los que se enfrentan estas personas, puntúa positivamente en la percepción, así como el resultado final, es decir, si el problema queda resuelto y el resultado estético es aceptable, el proceso también se recuerda como más positivo.

Finalmente si la CM se ha realizado en el centro de salud que les corresponde, esto se convierte en una influencia positiva en la percepción por la comodidad que supone la cercanía, porque el trato es más personalizado y la adaptación a las necesidades individuales es mayor, porque se conoce el entorno y a los profesionales y eso en sí mismo es tranquilizador e impone menos temor que la estructura del hospital. Además refieren percibir la misma calidad que en el hospital.

Entre los factores que influyen negativamente en la percepción del proceso se han encontrado:

El desconocimiento del profesional que lo va a tratar, aunque como se ha dicho, existe una confianza en cualquier profesional sanitario por el mero hecho de que lo sea y también se observa que en los usuarios de este sistema sanitario asumen un cierto determinismo en cuanto a su poca o nula capacidad de escoger el profesional que los trate.

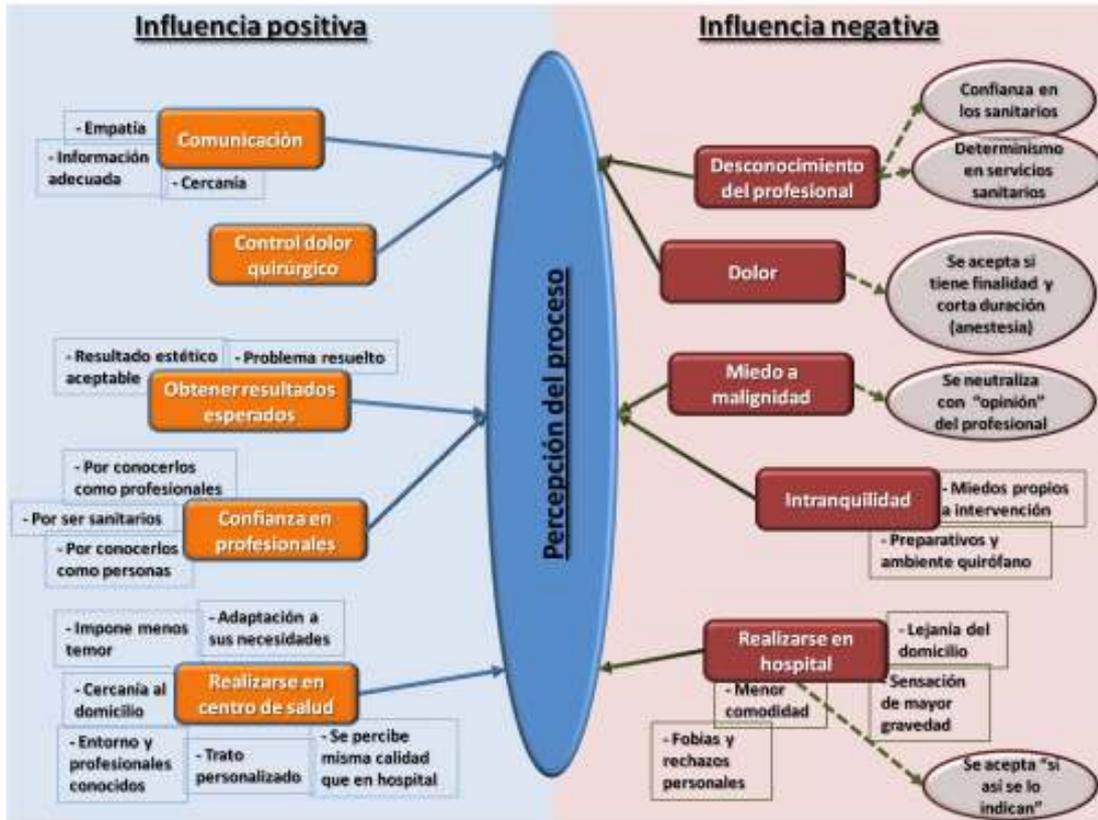
El dolor, sólo su evocación provoca miedo y percepción negativa del proceso, si bien es cierto que el ser informado sobre su duración y también su finalidad, como en el caso de la infiltración de anestesia, neutraliza dicha percepción negativa.

El miedo a la malignidad de la lesión, aunque como se ha dicho, la sola opinión del profesional ya tranquiliza, aunque dicho profesional explicase con claridad que el comentario es solo sobre una opinión sin valor riguroso.

La sensación de sentirse intranquilo es negativa y tiene que ver con ideas preconcebidas que tenga el paciente o con el impacto que le produce el ambiente quirúrgico y la preparación para la intervención (despojarse de la ropa, tumbarse en la mesa quirúrgica, los preparativos de instrumental, etc.)

Finalmente el que la intervención se realice en un hospital es un factor de influencia negativa por la incomodidad que acarrea la distancia al domicilio y la rigidez de horarios y otras adaptaciones a las necesidades personales. También da sensación de más gravedad de la lesión y más severidad de la intervención. Algunos pacientes presentan sus propias fobias al ambiente hospitalario.

Figura 6: Factores influyentes en la percepción del proceso.



Fuente: elaboración propia

7- Parte IV: Análisis económico.

7.1- Material y método.

En este apartado se definirá el método de análisis seguido, las fuentes y métodos de obtención de los datos, y los datos (material) obtenidos. También se establecerán los circuitos que van a determinar los costes en las distintas alternativas comparadas, esbozando la función de producción de los procesos de CM en cada escenario.

Para la evaluación y comparación se ha utilizado la base de las intervenciones de cirugía menor programada, desechando las de cirugía menor urgente por tener otra idiosincrasia diferente y porque no se dispone de los datos de esta actividad en el hospital donde además de realizarla diversos profesionales se realiza fundamentalmente en el servicio de urgencias con las características particulares y la complejidad que eso significa.

7.1.1- Técnicas de evaluación económica de tecnologías sanitarias.

Existen varios tipos de estudios de evaluación económica según el objetivo o las características de los fenómenos a evaluar. La técnica quedará determinada, fundamentalmente, por la forma de medir los resultados (Tabla 27).

Tabla 27: Tipos de análisis de evaluación económica.

	Medición/evaluación de los costes de las diferentes alternativas	Identificación de los resultados	Medición/evaluación de los resultados de las diferentes alternativas	Observaciones
Análisis de minimización de costes	Unidad monetaria	Los resultados son idénticos en las diferentes alternativas.	Medición de los resultados y comprobación de que sean equivalentes, pero a partir de ello no se evalúa.	Dificultad para encontrar evidencias sólidas que aseguren la equivalencia.
Análisis coste-efectividad	Unidad monetaria	Resultado único, común a ambas alternativas, en cada una de ellas con distinto nivel	Unidades naturales (años de vida ganados, unidades de presión arterial disminuidas, etc.)	La comparación se restringe a tecnologías similares y los resultados en salud son medidos en las mismas unidades. Mediante el análisis incremental, este método aporta el conocimiento de la

				cantidad de recursos adicionales necesarios para obtener mejores resultados.
Análisis coste-beneficio	Unidad monetaria	Resultado único o múltiple que pueden no ser comunes a ambas alternativas y efectos comunes que pueden alcanzar diferente nivel según la alternativa	Unidad monetaria	Permite comparar tecnologías muy distintas, pues todo se expresa en unidades monetarias. En ocasiones hay dificultades éticas para valorar algunos resultados en unidades monetarias
Análisis coste-utilidad	Unidad monetaria	Resultado único o múltiple que pueden no ser comunes a ambas alternativas y efectos comunes que pueden alcanzar diferente nivel según la alternativa	En general menos objetivable, más en relación en percepciones del cliente (Calidad de vida, años de vida ajustados por calidad, molestias o efectos secundarios percibidos, etc.)	Se suele considerar un subtipo del análisis coste-efectividad, entendiéndose que la efectividad es medida como utilidad. Dificultades conceptuales y metodológicas en la medición de resultados que incluyen componentes subjetivos. Admite comparar tecnologías muy distintas Mediante el análisis incremental, este método aporta el conocimiento de la cantidad de recursos adicionales necesarios para obtener mejores resultados.

Fuente: Elaboración propia basada en Drummond¹²⁵, Cabiedes⁴² y Soto¹²⁶

En el presente estudio no se dispone de un único indicador sintético de resultados en salud, ni estos pueden ser convertibles a unidades monetarias por lo que se han

utilizado para la evaluación diversos indicadores parciales o medidas intermedias. Por lo tanto, no ha sido posible relacionar los costes con los resultados entre sí de forma agregada. Si bien en este estudio se plantean tres alternativas de CM (realizada en AP por el médico o por la enfermera, o realizada en el hospital por el médico), y dado que no fue posible establecer para cada una de ellas una ratio coste-efectividad (debido a la ausencia de una única medida de efectividad que permitiera relacionar costes y resultados entre sí), tampoco fue posible realizar la comparación coste-efectividad entre ellas. Por todo ello se ha considerado oportuno clasificar este estudio como una evaluación parcial del tipo coste-consecuencias (celda 2 de la Tabla 28), este método presenta la ventaja de que el decisor puede seleccionar las consecuencias y los costes más relevantes y reales en su medio¹²⁶.

Tabla 28: Tipos de análisis de evaluación económica.

		¿Se examinan tanto los costes como los resultados de las alternativas?	
		NO	SI
¿Hay comparación entre dos o más alternativas?	NO	1.a) Se consideran sólo los resultados: Descripción del resultado.	1.b) Se consideran sólo los costes: Descripción del coste.
	SI	3.a) Se consideran sólo los resultados: Evaluación de la eficacia o la efectividad.	3.b) Se consideran sólo los costes: Análisis del coste
		2) Coste-consecuencia.	
		4) - Análisis de minimización de costes. - Análisis del coste-efectividad - Análisis del coste-utilidad - Análisis del coste-beneficio	

Las celdas 1.a, 1.b, 2, 3.a y 3.b corresponden a métodos de evaluación parcial

La celda 4 corresponde a métodos de evaluación económica completa.

Fuente: Drummond¹²⁵

Buscando la necesaria homogenización y los estándares de calidad, distintas Agencias como el NICE (Reino Unido), PBAC (Australia) y CADTH (Canadá)⁴⁷ han elaborado sus propias directrices para la elaboración de los análisis editando incluso listas de comprobación. Revistas tan prestigiosas como British Medical Journal¹²⁷ tienen sus

propuestas de listas de comprobación de la calidad de los estudios que se pretenden publicar. En el ámbito español, la Revista Española de Salud Pública¹²⁸ y Medicina Clínica¹²⁹ están elaborando propuestas de listas de comprobación propias.

En el presente estudio se han seguido las indicaciones de la propuesta de guía para España^{40, 52} que contemplan los diecisiete dominios enumerados a continuación con una somera aclaración de cada uno aplicada al caso que nos ocupa:

1. Alcance y objetivos de un análisis económico: están establecidos los objetivos y definida la población a estudio.
2. Perspectiva: se observa desde el punto de vista del financiador (SNS), pero también se incluye alguna dimensión de la perspectiva social.
3. Opciones a comparar: están definidas las diferentes tecnologías a comparar, todas ellas implantadas y actualmente en funcionamiento sin criterio de elección establecido.
4. Tipos de evaluación: en el caso que nos ocupa, el análisis coste-consecuencia se considera como el más indicado puesto que no se dispone de un indicador global de salud y como ya ha quedado reflejado, se han utilizado diversos indicadores parciales o de medida intermedia. Además, si bien los resultados obtenidos por las diferentes tecnologías sanitarias examinadas, tanto si nos referimos al área clínica de resultados de salud, como calidad técnica según los indicadores formalmente establecidos por el Ministerio de Sanidad o a la satisfacción percibida por el usuario no presentan unas diferencias sustanciales, no se pueden considerar idénticos, por lo que en rigor se ha desechado la idea de aplicar un estudio de minimización de costes.
5. Datos de eficacia/efectividad: en el presente estudio, al partir de la práctica clínica, es decir, en condiciones reales y no ideales, se ha estudiado la efectividad de las intervenciones.
6. Medida y evaluación de resultados: en nuestro caso los resultados clínicos han sido ampliamente estudiados en los apartados previos, si bien al ser múltiples las perspectivas utilizadas y no haber un claro predominio de los beneficios de una alternativa sobre las otras, no se ha podido establecer un índice único y sintético que agrupe y mida todos los resultados.

7. Utilización de recursos y costes: los costes se contabilizan de forma unitaria y se han extraído de las fuentes más fiables posibles que son las manejadas por los órganos financiadores o gestores de la prestación: Ministerio de Sanidad y CCAA, en particular el Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como unidades de contabilidad analítica de hospitales y áreas de atención primaria. En algunos casos fue necesario estimar ex profeso los valores monetarios con ayuda de los profesionales implicados en la actividad.

8. Horizonte temporal de los costes y beneficios: el horizonte temporal ha sido acotado al año 2009. Dado que en algún caso los datos económicos facilitados no correspondían a dicho año, se llevó a cabo la conversión a precios del año 2009, en función de la variación del IPC (índice de precios al consumo) elaborado por el INE (Instituto Nacional de Estadística)¹³⁰.

9. Modelización: dadas las características del estudio no procede la realización de modelaje.

10. Descuentos para costes y beneficios: sólo se procedió a descontar los costes del equipo capital, dado que el resto de costes se ajustaban a un régimen anual. Se aplicó una tasa de descuento del 3% al equipamiento con una vida útil superior a un año, con el fin de estimar de la forma más rigurosa posible el coste anual imputable al ejercicio 2009. Así mismo, se aplicaron tasas alternativas de descuento del 0% y del 5%, con vistas a recalcular los costes obtenidos y comprobar si los resultados del estudio se ven o no sensiblemente afectados. Los resultados más detallados que se presentan en este estudio responden a la aplicación de una tasa de descuento al equipo capital del 3%, por aproximación a la realidad y porque es la más utilizada actualmente en la literatura afín.

11. Variabilidad e incertidumbre: Se ha llevado a cabo un análisis de sensibilidad univariante de +/- 10%, para aquellas variables cuyo valor presentaba mayor incertidumbre.

12. Equidad: en los resultados valorados no se ha encontrado ningún indicio que haga sospechar de cualquier inequidad de la tecnología estudiada, ni de las alternativas comparadas. Como aspecto de justicia social se ha tenido en cuenta la sostenibilidad

del sistema sanitario y también la utilización optimizada de los recursos sanitarios por lo que representa en términos de coste de oportunidad. Así mismo se ha tenido en cuenta el análisis de la repercusión de costes en los propios pacientes o sus familias.

13. Transferibilidad de resultados: la explicitación y pormenorización de los datos económicos analizados puede permitir su réplica en otros contextos. El hecho de que la situación del tema estudiado sea común a todo el sistema sanitario español admite reproducir el estudio en el contexto español. Respecto a la extrapolación de los resultados obtenidos al conjunto del sistema, es preciso mantener reservas en virtud de las adaptaciones que precisaría, en particular las referidas a los costes locales.

14. Presentación de resultados: en los resultados presentados en la primera parte de este estudio, se especifican los correspondientes a cada alternativa estudiada. En el análisis económico, dado que se ha llevado a cabo un estudio de coste-consecuencia, se presentan además, los costes estimados, diferenciando la perspectiva social de la del financiador y mostrando los distintos costes del proceso obtenidos en virtud del ámbito de intervención (hospital o atención primaria) y el profesional que ha llevado a cabo la intervención (médico de atención primaria u hospital, o enfermera de atención primaria).

15. Limitaciones del estudio: se presentan en el apartado correspondiente las principales limitaciones y puntos débiles del estudio.

16. Conclusiones: las conclusiones del estudio responden a la pregunta de investigación y se desprenden de los resultados obtenidos.

17. Conflictos de intereses: una parte del presente estudio ha sido apoyado financieramente, de forma parcial, por la Oficina de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias, sin ningún tipo de condicionamiento. El doctorando declara inexistencia de conflicto de intereses más allá de su condición de enfermero, siendo la condición profesional de quienes realizan la CM, una de las variables que han sido estudiadas. La consciencia y declaración de este hecho y el formar parte de un equipo de investigación multiprofesional, en el que se destaca la condición de no enfermeros de los directores de la tesis, se consideran suficientes garantías para evitar el sesgo que pudiese suponer el conflicto de intereses.

7.1.2- Estimación de los costes de las intervenciones de CM.

a) Diseño de circuitos o aproximación a las funciones de producción de las intervenciones de CM.

A modo de guía de los costes que convendría contemplar en este estudio, se ha considerado útil describir con carácter previo los diversos procedimientos o circuitos, a modo de aproximación a las funciones de producción correspondientes. Obviamente son los procesos o circuitos y no solamente el acto quirúrgico propiamente dicho los van a condicionar los costes relevantes (Figuras 7 y 8).

La información necesaria se ha obtenido en los centros de salud estudiados y en los tres centros hospitalarios que intervienen en el presente estudio. Cabe añadir que la descripción de los circuitos resulta útil también para valorar qué costes cabría contemplar desde la perspectiva del usuario.

El paciente que descubre alguna nueva lesión cutánea o subcutánea, o que observa que alguna ya conocida sufre variación de color, aspecto, tamaño o nuevas molestias, inicia un proceso que tiene varias opciones:

- Emisión de un diagnóstico que indique la no pertinencia de intervenir por no tener trascendencia ni peligro la supuesta lesión, o por otras razones.
- Instauración de un tratamiento no quirúrgico, generalmente farmacológico o alguna terapia física.
- Continuar con vigilancia observando su evolución y volviendo a consultar en ciertos supuestos.
- Resolver la lesión quirúrgicamente mediante alguna de las técnicas que comprende la CM.

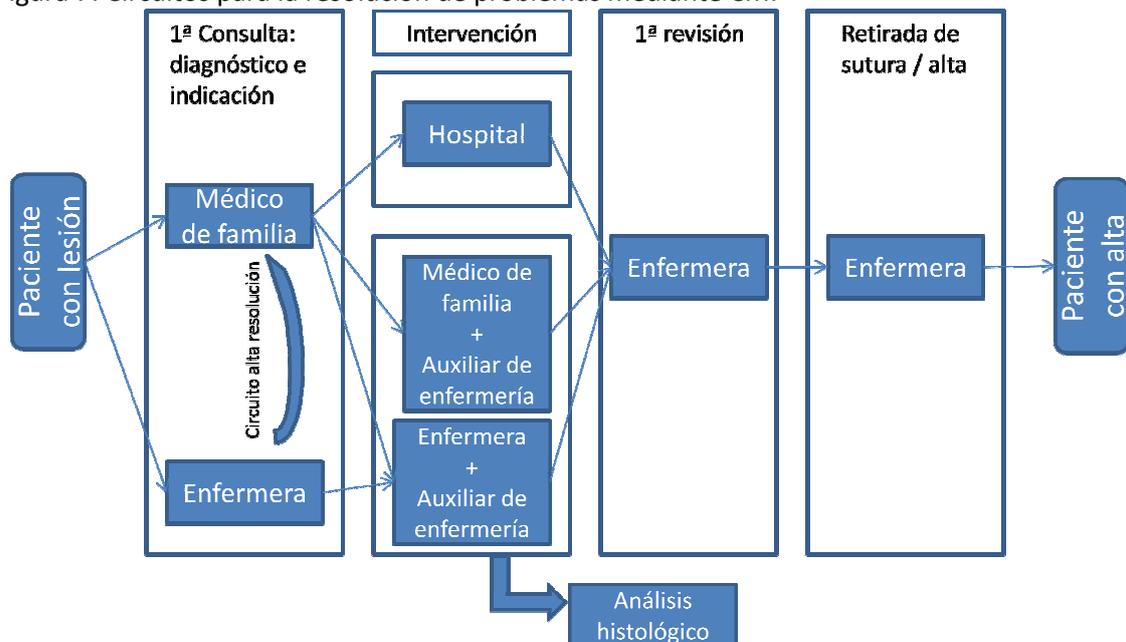
El último supuesto es el que se está estudiando en el presente trabajo.

El inicio del proceso sanitario se produce cuando el paciente consulta su lesión a su médico de familia o, en ciertos casos, a su enfermera. Tras un diagnóstico clínico se determina la actitud terapéutica a seguir. Cuando la indicación es quirúrgica, se despliega un árbol de posibles decisiones. Estas diferentes alternativas serán las que se evalúen conforme la EETS:

- Intervenir el mismo médico de familia.
- Derivarlo a otro médico de familia que aglutine las CM de todo el centro de salud.
- Derivarlo a la enfermera con la que comparte cupo poblacional.
- Derivarlo a otra enfermera que aglutine la CM de todo el centro de salud.
- Derivarlo a un servicio hospitalario que en general suele ser dermatología, cirugía general o traumatología, según la costumbre y el tipo de lesión.

La decisión que se tome será fundamental tanto para el coste que suponga todo el proceso de CM que se va a realizar, como para las consecuencias que el tratamiento acarreará al paciente ya que lo incorporará en uno u otro circuito.

Figura 7: Circuitos para la resolución de problemas mediante CM.



Fuente: elaboración propia

Descripción del proceso en AP:

Ante una lesión susceptible de ser resuelta mediante CM, el usuario recurrirá al sistema sanitario en busca de la seguridad diagnóstica y en su caso de la solución terapéutica y accederá al mismo por una u otra vía. En general la primera visita se producirá dentro de la agenda de demanda del médico de familia. En los centros de salud donde la CM es realizada por todas o alguna de las enfermeras y este hecho es

conocido por la población, ocurre con frecuencia que los propios usuarios deciden acceder inicialmente al sistema sanitario a través de la consulta a demanda de la enfermera. Ésta, una vez vista la lesión siguiendo el procedimiento adecuado, recaba del médico la impresión diagnóstica y la indicación terapéutica, generalmente en el mismo momento a través del denominado circuito interno de alta resolución. Este modelo de circuito presenta la ventaja de descongestionar la agenda a demanda del médico de familia, en general más sobrecargada que la de la enfermera.

En los centros de salud, según las decisiones adoptadas por el equipo y las competencias reales de los profesionales que trabajan en él, hay varias opciones organizativas, una es que los profesionales responsables del cupo poblacional realicen las intervenciones de CM que precisen sus usuarios. En el caso de que no todos los profesionales realicen CM, la que surja en todo el centro de salud puede ser centralizada en un número determinado de profesionales con competencia en la materia. En AP de algunos distritos sanitarios de Andalucía se ha creado una estructura de referencia para varios centros de salud donde profesionales enfermeros tienen dedicación exclusiva para realizar toda la CM que surja en los centros que cubren.

Cuando las técnicas de CM se realizan en el centro de salud, como es conveniente que éstas sean realizadas con la presencia de dos profesionales, existen diversas posibilidades de combinación de profesionales intervinientes:

- Médico de familia y médico en periodo de formación especializada (residente).
- Dos médicos de familia.
- Médico de familia y enfermera.
- Médico de familia y auxiliar de enfermería.
- Dos enfermeras.
- Enfermera y auxiliar de enfermería.

Esta decisión organizativa tendrá trascendencia en los costes de la intervención, dado que al ser los materiales empleados comunes en todos los casos, las diferencias estribarán en las retribuciones y en la gestión del tiempo de los profesionales. Si se tiene en cuenta que en la mayor parte de las ocasiones la falta de tiempo del médico

de familia es el motivo de la derivación del paciente al nivel hospitalario, la organización interna de la prestación de la CM dentro del equipo del centro de salud también va a tener trascendencia no solo interna del equipo, si no también global para el sistema.

Para los cálculos de costes que se van a efectuar a continuación se van a considerar los dos supuestos de menor gasto: médico de familia y auxiliar de enfermería, y enfermera y auxiliar de enfermería.

El seguimiento de la herida quirúrgica y retirada de sutura, en su caso, lo realiza la enfermera en prácticamente todos los casos.

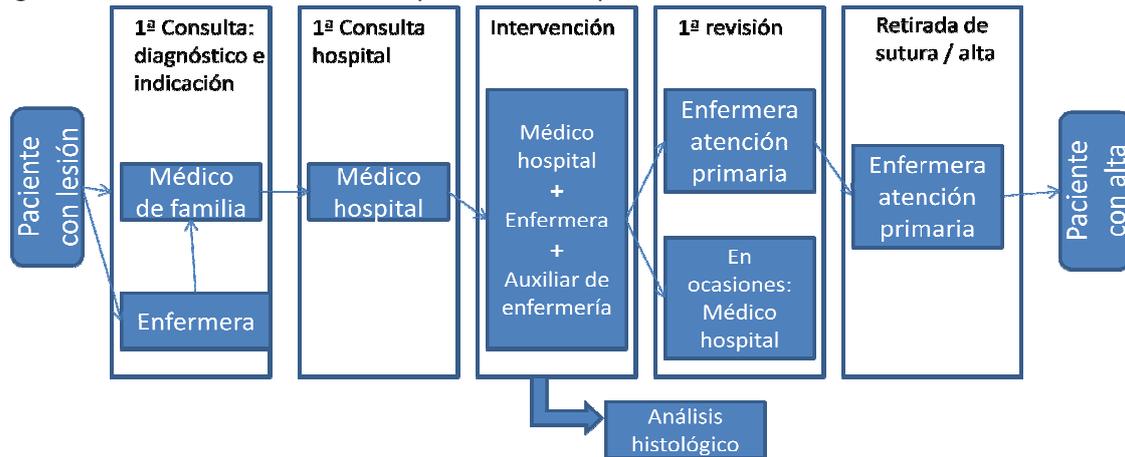
Descripción del proceso en hospital:

El paciente acude de igual manera que en el supuesto anterior a su médico de familia, quien emite su impresión diagnóstica y por consideraciones clínicas o por consideraciones organizativas, como es el no disponer de CM en el centro de salud, decide derivarlo al especialista hospitalario, generalmente al dermatólogo, pero en algunos casos al cirujano general o al traumatólogo si el problema radica en las uñas.

El paciente es citado para una primera consulta con dicho especialista quien ratifica o no la impresión diagnóstica del médico de familia y determina la pertinencia o no de la intervención quirúrgica. El paciente es citado para otra fecha posterior en la que se le realizará la intervención.

El seguimiento posterior de la herida quirúrgica y retirada de la sutura, en su caso, lo suele realizar la enfermera de AP. En algunos casos el médico especialista hospitalario que ha intervenido, realiza la primera revisión pos-intervención.

Figura 8: Circuito de derivación del paciente al hospital.



Fuente: elaboración propia

En el hospital interviene un médico especialista, mas una enfermera ayudante y una auxiliar de clínica que actúa como circulante de quirófano y que habitualmente no tiene dedicación total a este cometido.

En los hospitales estudiados, la organización concreta se recoge en los siguientes párrafos:

Centro hospitalario A:

- Existe un quirófanillo fuera del área quirúrgica en el que dos días a la semana se realizan técnicas urológicas y oftalmológicas y otros tres días se dedica a CM (dedicación al 60%).
- La dedicación es a tiempo completo toda la jornada de 8 a 15h.
- Está dotado de médico especialista (cirujano, dermatólogo o traumatólogo), enfermera y auxiliar de enfermería.
- El material quirúrgico se envía a esterilizar al servicio de esterilización central.

Centro hospitalario B:

- Existe un quirófanillo fuera del área quirúrgica dedicado exclusivamente a técnicas de CM (dedicación al 100%).
- En quirófano de cirugía menor trabaja un dermatólogo una enfermera a tiempo completo y una auxiliar con dedicación temporal del 30%, tal y como se describe más

adelante, también suele trabajar un celador a tiempo parcial cuya dedicación resulta difícil de cuantificar, por lo que no ha sido considerado.

- El material quirúrgico se envía a esterilizar al servicio de esterilización central.

Duración de la intervención quirúrgica:

Para imputar los gastos de personal es preciso conocer el tiempo de dedicación de los profesionales a la actividad de la CM y lo que supone dentro de la jornada laboral ordinaria, para realizar este cálculo se ha seguido el método descrito en los siguientes párrafos.

Respecto a la duración de la intervención quirúrgica en atención primaria, dado que la CM es una actividad que no todos los profesionales realizan y que quienes la realizan no lo hacen diariamente, sino cuando surge la necesidad por demanda de los pacientes, esto supone una dificultad para cronometrar con exactitud un número de intervenciones que sea significativo, por ello se recurrió a la opinión de expertos de Asturias, cuatro enfermeras y tres médicos que habitualmente realizan CM en las Áreas Sanitarias estudiada. Se calculó la media de las opiniones aportadas para los principales procesos, desde que el paciente entra en el quirófano hasta que sale del mismo, y se obtuvieron los resultados recogidos en la Tabla 29. La media global no ponderada fue de 24,5 minutos (DE 14).

En ninguno de los casos, ni en el hospital ni en AP, se han ponderado las medias por interesar la duración media global y no la de cada técnica en particular.

Tabla 29: Duración de las intervenciones de CM realizadas en AP, según diagnóstico.

	Fibroma péndulo	Lipoma	Nevus	Papiloma cutáneo	Queratosis	Quiste piel	Onico-criptosis	Verruga vulgar	Media global no ponderada
Minutos	10,4	41,4	32,9	9,0	13,6	37,1	37,9	13,6	24,5

Fuente: elaboración propia

Para contrastar estas cifras se solicitó colaboración a miembros del Grupo Andaluz para el Desarrollo y la Investigación de la Cirugía Menor (GADICIME) quienes en el Servicio Andaluz de Salud realizan CM con dedicación completa a esta actividad dentro de la jornada laboral, lo cual supone asumir el margen de diferencia que pudiese existir

debido a la diferente organización del trabajo en ambos entornos y a la distinta experiencia acumulada por aquellos profesionales respecto a los de los centros de salud de Asturias. Cronometraron 10 intervenciones de cada procedimiento, siendo las medias de los resultados las reflejadas en la Tabla 30 y la media global no ponderada, de 23,7 minutos (DE 12,7). En consecuencia, se puede observar la alta concordancia existente entre los datos facilitados por ambos grupos, aun siendo diferentes los métodos de cálculo utilizados, con una duración ligeramente menor a favor del grupo de GADICIME, probablemente en relación con su curva de experiencia.

Tabla 30: Duración de las intervenciones de CM realizadas en el Servicio Andaluz de Salud, según diagnóstico.

	Fibroma péndulo	Lipoma	Nevus	Papiloma cutáneo	Queratosis	Quiste piel	Onico-criptosis	Verruga vulgar	Media global no ponderada
Minutos	11	37,9	35,5	10,5	13,9	35,1	33,4	12,1	23,7

Fuente: elaboración propia a partir de la información facilitada por GADICIME.

Respecto a la duración de la intervención quirúrgica en hospital, para calcular los costes del tiempo empleado por los profesionales se han utilizado los tiempos reales de las intervenciones medidas en uno de los hospitales, habiéndose cronometrado 10 intervenciones de cada uno de los tipos considerados. Los resultados se observan en la Tabla 31. La media global es de 22,6 minutos (DE 11,9).

Tabla 31: Duración de las intervenciones de CM realizadas en el hospital.

	Fibroma péndulo	Lipoma	Nevus	Papiloma cutáneo	Queratosis	Quiste piel	Onico-criptosis	Verruga vulgar	Media global no ponderada
Minutos	9,9	36,1	36,1	12,9	15,3	35,2	25	10,1	22,6

Fuente: elaboración propia.

b) Tipos de costes contemplados en el estudio.

Tal y como se puede ver de forma más detallada en la Tabla 32, en el análisis económico se estudiarán los costes directos de los recursos sanitarios públicos pormenorizadamente. Así mismo, desde una perspectiva social, se analizarán además los costes directos no sanitarios y algunos de los costes indirectos más relevantes.

Tabla 32: Tipos de costes contemplados en el estudio.

Perspectiva social	
Perspectiva SNS	Usuarios (y en su caso acompañantes y cuidadores no profesionales) y sociedad
<p><u>Costes directos sanitarios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal. -Material fungible. - Material no fungible. - Análisis histológicos. 	<p><u>Costes directos no sanitarios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gasto en desplazamientos entre su domicilio y el centro sanitario. - Valor del tiempo empleado en el proceso (desplazamientos, consultas e intervención), por parte tanto del paciente como en su caso del acompañante a consultas e intervención. <p><u>Costes indirectos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de ayuda informal para realizar las actividades de la vida diaria, de la que no ha sido posible hacer su valoración monetaria. - Días de trabajo perdidos por incapacidad laboral transitoria. <p><u>Costes intangibles:</u> (dolor, ansiedad, sufrimiento, incertidumbre...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Básicamente los derivados de la espera quirúrgica (por las molestias que acarrea y la incertidumbre diagnóstica que supone). <p>Se deducen de los resultados obtenidos en otras partes del presente estudio. No se pretende su valoración monetaria.</p>

Fuente: Elaboración propia

Dado que las intervenciones analizadas han sido llevadas a cabo en el año 2009, todos los costes se referirán a ese año. En los casos en los que los datos facilitados no correspondían al ejercicio de 2009, se ha aplicado el IPC correspondiente para proceder a su conversión, tal como se ha indicado previamente.

Una vez identificados los costes relevantes, se estimaron los que fuese pertinente considerar en cada una de las distintas alternativas estudiadas. Finalmente, se calcularon las diferencias en costes económicos derivadas de realizar la CM en los ámbitos asistenciales y por los profesionales estudiados.

Los costes administrativos y generales atribuibles a los procedimientos e instalaciones destinados a la CM no son objeto de cuantificación, en parte debido a que suponen un monto mínimo respecto al resto de gastos, pero sobre todo porque la contabilidad analítica de los centros de gasto sanitario no está lo suficientemente desarrollada como para disponer de datos fiables tan pormenorizadamente.

c) Datos oficiales disponibles.

Los datos económicos necesarios para la estimación de costes se han tratado de obtener en primer lugar a partir de la información disponible en los organismos oficiales pertinentes:

- Ministerio de Sanidad, en la actualidad denominado Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pero previamente nominado como Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y con anterioridad Ministerio de Sanidad y Consumo.
- CCAA, cuyas tarifas están publicadas en los diferentes Boletines Oficiales.

Desde que el 14 de diciembre de 1.987, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó el establecimiento de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, de acuerdo con los aceptados tanto por el Comité Nacional de Estadísticas de Salud de EE.UU., y con las recomendaciones de la Comisión de las Comunidades Europeas sobre los *European Minimum Basic Data*. El desarrollo del CMBD en el SNS ha experimentado tal desarrollo que, en la actualidad, prácticamente el 100% de las altas generadas por el SNS se encuentran codificadas, así como un alto porcentaje de las correspondientes a clínicas privadas¹³¹.

El desarrollo de los sistemas de información sanitarios ha permitido la creación y utilización de nuevas herramientas de gestión que se apoyan efectivamente tanto en el CMBD, como en el desarrollo de la contabilidad analítica o en los grupos de diagnósticos relacionados (GDR). El fin es diseñar un sistema de imputación de costes y

permitir así definir de una manera aproximada los pesos relativos de los procesos desarrollados en los centros hospitalarios, todo ello basado en los citados GDR.

Los GDR clasifican los ingresos de los pacientes en relativamente pocos grupos, homogéneos con relación a la utilización de recursos, procurando que estos grupos sean significativos desde la perspectiva clínica. Los pesos GDR establecen los recursos que se pueden necesitar para tratar un caso de un GDR determinado. Este enfoque puede ser útil para la distribución nacional de recursos entre las CCAA, para que la gestión hospitalaria analice su rendimiento y descubra líneas de mejora de la eficiencia, para la mejora de la calidad asistencial revisando aquellos procesos que se desvíen significativamente de la norma y como sistema de pagos y de cálculo de presupuestos.

Existen cerca de 600 grupos diferentes (cifra que puede variar según la versión), lo que nos hizo suponer que en alguno de ellos estuviese incluida la CM realizada en el ámbito hospitalario, por lo que se procedió a su búsqueda revisando todo el listado publicado oficialmente por el Ministerio de Sanidad en el año 2008.

Nos ceñimos solamente a los procedimientos de CM programada, desechando la CM urgente o no demorable, por no haber trabajado este grupo de intervenciones en los hospitales incluidos en el estudio. El código GDR que más se aproxima al objetivo del presente estudio es el código 284 “Trastornos menores de la piel sin CC” que se relaciona con la piel, el tejido subcutáneo y la mama sin complicaciones ni comorbilidad severa como la EPOC, insuficiencia renal severa, etc. El coste correspondiente al GRD 284 ascendía a 1.250,24€, un valor muy alejado de lo esperado inicialmente y que además se contradice con las tarifas establecidas por las CCAA recogidas más adelante. Una posible explicación a esta llamativa diferencia se sitúa en la propia definición del GDR: “Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades menores de la piel como: uña encarnada, neoplasia benigna de mama, neoplasia maligna de piel excepto melanoma, linfedema, urticaria, hemangioma cutáneo o de tejido subcutáneo, hamartoma vascular, dermatitis, lipoma, quiste sebáceo, granuloma o hidrosadenitis. A estos pacientes puede haberseles realizado algún procedimiento como: extracción de uña, biopsia de piel o biopsia cerrada de mama”. De aquí que las posibles razones se relacionen con la

heterogeneidad de cuadros patológicos que se agrupan, donde se incluyen algunos médicos, no quirúrgicos, de una posible larga evolución como pueden ser las dermatitis o hidrosadenitis, y con el hecho de que se incluya la patología benigna de la mama, con el importante componente de pruebas diagnósticas a través de la imagen, que sin duda incrementan el coste del proceso.

Por todo ello tenemos que desechar la herramienta de los GDR como válida para la aplicación en el presente estudio.

Por su parte, todas las CCAA tienen publicadas en sus respectivos Boletines Oficiales las tarifas con los precios públicos de los diversos servicios sanitarios que ofrecen en los centros dependientes de la Administración autonómica y que sean susceptibles de ser facturados a personas sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, o en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en los que exista un tercero obligado al pago de la asistencia. En algunas de estas publicaciones se contemplan los costes de la CM realizada en el hospital o en atención primaria, y otros conceptos, como las consultas médicas y de enfermería o el estudio de las muestras en los servicios de anatomía patológica (Tabla 33), que más adelante se utilizarán en algunos cálculos.

Tabla 33: Tarifas autonómicas de CM y estudios histológicos, en euros y corregidas a junio de 2009 según variaciones del IPC.

CCAA	Cirugía Menor (Atención Primaria)	Cirugía Menor (Hospital)	Estudios histológicos. Biopsia simple
Andalucía	-	28,22 - 533,69 según patología y técnica empleada	30,06
Aragón	-	169,68 - 243,35 según patología y técnica empleada	-
Asturias	93,78	-	65,15
Baleares	-	359,48	-
Canarias	76,33	-	126,47
Cantabria	80,11	103,62 (menos 20') 176,15 (más 20')	-
Castilla La Mancha	113,58	-	81,92
Castilla y León	132,56	217,95	-
Cataluña	101,2	201,03	-

Euskadi	77,16	161,84 66,08 - 81,54 en dermatología	84,82
Extremadura	-	-	76,19
Galicia	112,31	329,33	274,17
La Rioja	117	280	70
Madrid	58	113	-
Murcia	-	239,50	56,23
Navarra	103,64	360,26	81,34
Valencia	-	126,68 (menos 20') 196,21 (más 20')	38,67
Media	96,88	219,79*	89,55
Desv. Estándar	22,07	96,05*	66,32
*Se ha calculado la media y la desviación estándar utilizando aquellos datos que pudieran ser comparables.			

Fuente: Boletines Oficiales Autonómicos. Elaboración propia

Las normativas son de diversa índole, yendo desde una inclusión en ley autonómica como ocurre en la Comunidad Valenciana hasta acuerdos de los Servicios de Salud como en Euskadi, pasando por decretos, órdenes y resoluciones como se puede observar en la Tabla 34. Las fechas de publicación van desde el año 2005 hasta el año 2012 y algunas ya son revisiones que actualizan precios anteriores.

Tabla 34: Normativa autonómica reguladora de las tarifas de los servicios sanitarios.

CCAA	Normativa
Andalucía	ORDEN de 14 de octubre de 2005, por la que fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por Centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Aragón	ORDEN de 21 de enero de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se modifica el anexo I de la Orden de 27 de abril de 2007, por la que se regula la acción concertada en materia de prestaciones de servicios sanitarios.
Asturias	Resolución de 22 de febrero de 2010, de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que hace pública la relación de las cuantías exigibles por tasas y precios públicos para el ejercicio 2010.
Baleares	Orden de la Consejera de Salud y Consumo de 22 de diciembre de 2006 por la que se establecen los precios públicos a aplicar por los centros sanitarios de la Red Pública de las Illes Balears por la prestación de servicios sanitarios, cuando existan terceros obligados al pago o usuarios sin derecho a asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
Canarias	DECRETO 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías.
Cantabria	Orden SAN 23/2005, de 25 de mayo, por la que se fijan los Precios Públicos de los Servicios Sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud.

Castilla La Mancha	Resolución de 18/05/2011, de la Dirección Gerencia, sobre precios a aplicar por sus centros sanitarios a terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a asistencia sanitaria.
Castilla y León	Decreto 78/2008, de 13 de noviembre, por el que se aprueban los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León a pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social o cuando existan terceros obligados al pago.
Cataluña	RESOLUCIÓN SLT/383/2009, de 21 de enero, sobre la revisión de precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios que presta el Instituto Catalán de la Salud.
Euskadi	ACUERDO de 12 de diciembre de 2011, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se aprueban las tarifas por prestación de servicios sanitarios y docentes a terceros obligados al pago durante el ejercicio 2012.
Extremadura	DECRETO 21/2009, de 13 de febrero, por el que se modifican las cuantías de los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud establecidos en el Decreto 272/2005, de 27 de diciembre, por el que se establecen y regulan los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud.
Galicia	Decreto 164/2008, de 17 de julio, por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y en las fundaciones públicas sanitarias.
La Rioja	Resolución del Consejero de Salud por la que se dispone la publicación de las tarifas por servicios sanitarios prestados a particulares en los centros del Servicio Riojano de Salud. Viernes, 27 de febrero de 2009.
Madrid	ORDEN 629/2009, de 31 de agosto, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividad es de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid.
Murcia	Orden de 17 de mayo de 2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se crean los precios públicos a aplicar por el Servicio Murciano de Salud, por la prestación de servicios sanitarios y por el suministro de productos hemoderivados.
Navarra	RESOLUCIÓN 882/2010, de 3 de mayo, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se actualizan las tarifas por prestación de servicios en los centros y establecimientos asistenciales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
Valencia	Ley 9/2011, de 26 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat.

Fuente: Boletines Oficiales de las CCAA

Dado que los datos obtenidos de las diferentes tarifas en las distintas fuentes no siempre corresponden al año del estudio 2009, se ha hecho la conversión a dicha fecha teniendo en cuenta la inflación. La estimación se ha hecho con relación a junio de 2009, por ser la mitad del año estudiado y para ello se han aplicado las variaciones del IPC que ofrece el Instituto Nacional de Estadística¹³⁰.

No es posible comparar todas las CCAA debido a que algunas incluyen en sus tarifas conceptos muy particulares. Entre las que sí son comparables, o al menos no se conocen criterios que descarten dicha comparación, se ha observado que las diferencias entre CCAA son muy amplias.

La realización de una CM en atención primaria varía entre los 58€ que costaría en Madrid hasta los 133€ en Casilla y León, lo cual supone 2,3 veces más. La media se sitúa en casi 97€ (DE: 22,07).

La realización de una intervención de CM en un hospital, entre aquellas tarifas comparables por facilitar una cifra global para todas las CCAA, varía entre los 113€ que cuesta en Madrid, hasta los 360€ en Navarra lo que supone aproximadamente 3,2 veces más. La media asciende a casi 220€ (DE: 96,05).

La diferencia entre las tarifas medias de realizar la CM en AP o en el hospital se sitúa en 123€, siendo 2,26 veces más caro en el hospital que en AP, si nos atenemos a las tarifas comparables de la tabla.

En cuanto al coste de los análisis histológicos de las piezas extirpadas (biopsias simples), realizados en los servicios de anatomía patológica, en Galicia asciende a 274€; 9,1 veces más que en Andalucía, cuyo coste es de 30€, situándose la media en casi 90€ (DE: 66,33). Para los cálculos del presente estudio se utilizará la tarifa correspondiente a Asturias que supone 65,15€.

En algunas CCAA están estipuladas, y publicadas en los correspondientes boletines oficiales, las tarifas correspondientes a las consultas, que en los siguientes cálculos se aplicarán para las consultas previas y posteriores al acto quirúrgico de la CM. Ajustándolas al valor de 2009 según variaciones del IPC relativas al año de publicación se obtienen los valores recogidos en la Tabla 35:

Tabla 35: Tarifas de consultas profesionales.

CCAA	Atención Primaria			Hospital	
	Cta. Médico Familia (primera consulta)	Cta. Médico Familia (consulta sucesiva)	Cta. Enfermera	Primera consulta médica	Consulta médica sucesiva
Andalucía	47,54	19,5	25	124,73	59,65
Aragón	-	-	-	-	-
Asturias	62,52	31,27	12,51	**129,07	**77,44
Baleares	55,19	27,87	11,15	90,69	54,42
Canarias	58,09	25,14	16,36	133,38	56,27
Cantabria	53,52	26,73	13,51	89,68	54,31
Castilla La Mancha	75,69	37,98	14,71	**128,96	**77,31

Castilla y León	72,86	65,78	45,54; 38,45	*197,81	*126,37
Cataluña	36	-	14	**113,67	**50,33
Euskadi	35,76	-	25,41	106,02 - 186,14	55,33 - 93,06
Extremadura	51,7	-	12,02	*155,96	*93,58
Galicia	61,09	30,55	12,82	154,47	51,50
La Rioja	97,49	-	27	180	110
Madrid	39	-	18	87	52
Murcia	77,73	38,87	21,75	143,70	86,22
Navarra	82,91	-	31,58	217,14	133,25
Valencia	50,99	26,01	18,72	-	-
Media	57,37	32,97	18,30	137,72	76,08
Desv. estándar	14,96	13,52	6,39	40,86	29,59
*En la tarifa están incluidas un máximo de tres consultas (primera consulta y dos revisiones) y las pruebas diagnósticas necesarias.					
**Media de los tramos hospitalarios					

Fuente: Boletines Oficiales Autonómicos. Elaboración propia

d) Datos empleados y estimación de costes.

El proceso de resolución de las lesiones tratadas mediante técnicas de CM supone unos costes sanitarios directos más complejos de calcular que lo que se ha plasmado habitualmente en la bibliografía publicada en España. Estos gastos a los que nos referimos son derivados del diagnóstico clínico pre-quirúrgico y la prescripción de la indicación quirúrgica, de la técnica en sí misma, de los cuidados posteriores de la herida quirúrgica y del análisis histológico de la pieza extirpada en los casos en que es preciso.

Al comparar las tarifas oficiales autonómicas referidas a las intervenciones de CM se ha observado una gran disparidad. No consta, ni se ha podido averiguar el método seguido para el cálculo de dichas tarifas ni tan siquiera si ha sido el mismo en todos los casos. Por ello en el presente estudio no se han considerado dichas tarifas.

Sí se han utilizado las tarifas oficiales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) referidas a análisis histológicos de las piezas quirúrgicas extirpadas, que suponen 65,15€ cada análisis según se puede observar en la Tabla 33.

También se han utilizado las tarifas oficiales del SESPA correspondientes al coste de las consultas de los profesionales, reflejados en la Tabla 35 y que suponen: 62,52 € para la primera consulta del médico de AP, 12,51€ para la primera consulta de la enfermera de AP y 129,07 € para la primera consulta de médico en hospital.

En consecuencia, en este estudio se ha optado por seguir un enfoque “abajo-arriba”¹³²,¹³³ a efectos de estimar los costes directos que la CM acarrea al sistema sanitario público, aplicando los conceptos reales más relevantes que se contabilizan en toda la resolución del problema de salud abordado: gastos de personal, material fungible, coste anual imputable al material no fungible y análisis histológico. Tras los cálculos realizados a partir de estos datos primarios, se realizará una comparación con los datos secundarios procedentes de bases de datos administrativas.

Además de los costes directos sanitarios que en nuestro país son financiados por el sistema público de salud a través de los servicios de salud autonómicos, también es conveniente estimar los costes directos no sanitarios asumidos por el usuario y algunos costes indirectos, cuyo cálculo tiene poca tradición en los estudios de evaluación económica en España e incluso en Europa en general¹¹¹. En particular, en el presente estudio se van a considerar los costes derivados de los desplazamientos del paciente a las consultas y a la intervención, tanto en lo relativo al coste del transporte como al valor del tiempo empleado en ello. Así mismo se ha contemplado la necesidad de ayuda para los cuidados posteriores, tanto de la zona intervenida como para realizar actividades de la vida diaria, si éstas se ven dificultadas o comprometidas a consecuencia de la intervención. Estos costes que condicionan la vida del usuario, al igual que otros intangibles (como la ansiedad provocada por la técnica y el entorno en el que se realiza, el dolor físico...) serán valorados más adelante a la luz de los hallazgos obtenidos en otros apartados del presente estudio, pero sin adjudicarles valor económico. Por último, tal y como quedó indicado en la Tabla 32, también se estiman los costes indirectos derivados de la incapacidad laboral transitoria.

A continuación se presentan los datos empleados en la estimación de los mencionados costes en la fecha y el entorno en que ha sido realizado el estudio.

d.1) Costes directos sanitarios para el sistema sanitario: el coste del proceso.

Respecto a los costes de personal, se han considerado las retribuciones medias íntegras correspondientes al año 2009 (Tabla 36), en las que se incluye el salario base, la cotización a la seguridad social y todos los complementos no variables (trienios, carrera profesional, etc.), excluyéndose las guardias, turnos y atención continuada, por entenderse que son conceptos que no atañen a la realización de la cirugía menor programada o no urgente.

En todos los casos se ha tomado como profesional tipo, por ser el representativo de la media de plantilla orgánica del SESPA en este momento a quien tiene siete trienios de antigüedad, carrera profesional grado III para médicos y enfermeras y desarrollo profesional grado III para auxiliares de enfermería.

Tabla 36: Retribución del personal en el SESPA.

Profesional	Remuneración (€)
Médico de familia en AP	72.798,28
Enfermera en AP	48.334,84
Auxiliar de enfermería en AP	27.609,10
Médico especialista en hospital	71.040,31
Enfermera en hospital sin turnos	46.084,83
Auxiliar de enfermería en hospital sin turnos	28.386,94

Fuente: Dirección de Recursos Humanos del SESPA

Cuando ha sido oportuno se ha considerado el coste de las consultas de diversos profesionales establecidas oficialmente por el SESPA (Tabla 37).

Tabla 37: Valor oficial de las consultas en el SESPA.

	Primera consulta
Médico AP	62,52€
Médico hospital	129,07€
Enfermera	12,51€

Fuente: BOPA núm. 80 de 6 de abril de 2011

Así mismo se ha considerado la jornada laboral ordinaria anual del SESPA para el año 2009, que es de 1.519 horas.

Para el cálculo de los tiempos empleados por los profesionales del hospital se ha considerado la media de los dos escenarios encontrados en dos de los hospitales estudiados:

Hospital A:

-Médico y enfermera: dedicación 100% a CM durante su jornada laboral.

-Auxiliar de enfermería: dedicación 33% de su jornada laboral.

Con un rendimiento de 1.850 intervenciones al año.

Hospital B:

-Médico, enfermera y auxiliar de enfermería dedicadas a la CM el 60% de su jornada laboral (3 días a la semana).

Con un rendimiento de 400 intervenciones al año.

Para el cálculo de los tiempos medios empleados por los profesionales de AP, ante la variabilidad individualizada de dedicación a la CM y ante la imposibilidad de disponer de un registro fiable se ha recurrido a la opinión de expertos tanto en enfermería como en medicina. También se ha prorrateado a la CM los tiempos muertos o de dedicación no directa a los usuarios (tiempos de organización interna, administrativos, de descanso, de autoformación, reuniones de equipo, etc.) con el fin de no infravalorar el coste de las intervenciones.

Se ha elegido un profesional de los que más CM realizan CM y otro de los que se puede considerar con dedicación media a la CM, para equiparlos a los niveles encontrados en los hospitales.

Enfermera A: Dedicación de 225 minutos/semana (5 días) a la CM, tiempo de dedicación no directa a los pacientes de 101 minutos/día.

Enfermera B: Dedicación de 54 minutos/semana (5 días) a la CM, tiempo de dedicación no directa a los pacientes de 108 minutos/día.

Médico A: Dedicación de 190 minutos/semana (5 días) a la CM, tiempo de dedicación no directa a los pacientes de 91 minutos/día.

Médico B: Dedicación de 60 minutos/semana (5 días) a la CM, tiempo de dedicación no directa a los pacientes de 85 minutos/día.

En AP, dado que todos ellos son tiempos estimados, se ha realizado un análisis de sensibilidad de +10% y -10% univariante, para el tiempo medio de intervención (en la medida en la que se tuvo en cuenta para asignar a los profesionales el número de intervenciones de CM llevadas a cabo) y el tiempo medio estimado de dedicación no directa al paciente y dedicación semanal a CM declarada por los profesionales (Anexo 5).

El tipo de material fungible que se precisa en una intervención estándar de CM, así como el número de unidades de cada producto, ha sido determinado mediante debate-consenso entre un grupo de profesionales expertos en CM, todos ellos con más de 15 años de práctica profesional.

El valor monetario que se ha aplicado a cada unidad de material es el precio de mercado en 2009, según catálogo de compra existente en las gerencias de las áreas sanitarias de Asturias. Se detalla en la Tabla 38.

Tabla 38: Número de unidades y coste del material fungible necesario en CM.

Denominación	Precio unitario	Unidades necesarias (media estimada)	Total
Aguja hipodérmica 0,6x25mm. 23g x1"	0,013	1	0,01
Antiséptico (1 aplicación)	0,200	3	0,60
Bisturí desechable con mango nº.12	0,500	1	0,50
Compresa gasa malla 20x40cm sobre de 5 gasas, estéril	0,126	4	0,50
Compresa gasa recta de 2 telas. 45cmx45cm	0,096	2	0,19
EMLA crema 30 gr. (1 aplicación)	0,800	1	0,80
Frasco recogida muestras c/tapón	0,063	1	0,06
Guante látex estéril	0,100	3	0,30
Guante látex no estéril	0,032	6	0,19
Jeringa 2 piezas con luer excéntrico 10 ml	0,040	2	0,08
Juego electrodos electrobisturí	3,000	1	3,00
Mascarilla protección preformada	0,100	3	0,30
Mepivacaina	0,510	5	2,55
Paño estéril 100cmx60cm	0,265	2	0,53
Paño impermeable de 3 capas, fenestrado con adhesivo 50x60cm, estéril	0,500	1	0,50
Suero fisiológico 0,9% 10 ml.	0,139	2	0,28
Sutura de seda	0,500	2	1,00
		Total	11,40

Fuente: Elaboración propia según datos del departamento de compras del SESPA

Respecto al material no fungible, tanto el material clínico asistencial (Tabla 39) como el instrumental necesario (Tabla 40), se ha determinado cuál es el estándar necesario para realizar CM de la misma forma que se ha hecho con el material fungible, ya descrita anteriormente. La opinión del grupo de profesionales expertos coincide con lo indicado en los manuales de CM.

En el servicio de Salud del Principado de Asturias el periodo de amortización o cálculo de vida útil para los aparatos médico asistenciales y para aparatos electrodomésticos es de 7 años y para el instrumental quirúrgico de 1 año. Los muebles tienen una amortización de 10 años, pero en el presente estudio no se incluirán en la imputación de costes.

Tabla 39: Coste del material clínico asistencial y de esterilización necesario para CM.

	AP	Hospital
Camilla hidráulica	1.266,34	1.266,34
Porta lámpara articulada	105,31	105,31
lámpara de cirugía	285,55	285,55
Mesa Auxiliar acero inoxidable	229,64	229,64
Taburete consulta	97,36	97,36
Bisturí eléctrico	736	736
Autoclave esterilizador de 18 litros*	4.558,80	--
Selladora de bolsas*	333,84	--
Total	7.612,84	2.720,20
*Sólo para AP (véase el texto)		

Fuente: Elaboración propia según datos del departamento de compras del SESPA

Tabla 40: Instrumental quirúrgico necesario para CM.

	Precio/unidad	Nº unidades	Total
Porta-agujas 120 mm	4,940	1	4,94
Pinza Adson sin dientes 120 mm	2,470	2	4,94
Pinza Halsted-mosquito recto. Sin dientes 125mm	3,737	2	7,47
Pinza disección con dientes 145 mm	1,540	2	3,08
Pinza disección sin dientes 120 mm	1,400	2	2,8
Tijera Metzenbaum curva 150 mm	4,700	1	4,7
Tijera recta punta aguda 105 mm	2,180	1	2,18
Tijera mayo - stille recta 140 mm	3,350	1	3,35
Separador doble modelo SENN	7,600	2	15,2
Total			48,66

Fuente: Elaboración propia según datos del departamento de compras del SESPA

En AP se ha incluido la amortización del autoclave y de la selladora de bolsas puesto que su uso es mayoritariamente para la CM, mientras que en el hospital se ha desechado este coste puesto que se considera insignificante el uso del mismo destinado a esterilizar el instrumental de una CM dentro de la ingente cantidad de material que diariamente se esteriliza en un hospital proveniente de los quirófanos de cirugía mayor y del resto de los servicios.

Respecto al proceso de esterilización del material no fungible se ha estimado un tiempo de 10 minutos de auxiliar de enfermería, por intervención.

Se ha estimado el Coste anual equivalente para la inversión de capital imputable al ejercicio 2009 correspondiente al equipamiento con una vida superior a un año, siguiendo el método propuesto por Richardson y Gafni¹³⁴, aplicando una tasa de descuento del 3%, aunque también se han realizado los cálculos con el 0 y el 5%.

Por último, a partir de los datos obtenidos o estimados del modo descrito previamente, se ha calculado el coste del proceso. Se ha realizado un cálculo diferenciado del proceso integral de la CM en cada una de las modalidades (ámbitos y profesionales intervinientes) estudiados en el presente trabajo. Las alternativas estudiadas y comparadas son:

- A) CM realizada en atención primaria por médico de familia.
- B) CM realizada en atención primaria por enfermera.
- C) CM realizada en hospital por médico especialista hospitalario.

En los cálculos estimados para la CM se tendrá en consideración tanto los necesarios pasos previos a la intervención (Tabla 41), los que se desprenden de la propia intervención (Tabla 42) y los posteriores (Tabla 43) hasta que el paciente sale del proceso por recibir el alta. Los costes de algunos conceptos son comunes a todos los escenarios posibles, mientras que otros serán específicos de cada uno de ellos. Estos últimos son los tipos de costes que serán más profundamente analizados por ser los que más implicación tienen en la determinación de la eficiencia de este servicio sanitario. A modo de ejemplo, los gastos de material fungible son comunes a todos los procesos, aunque se especifican en cada uno para contabilizar el coste total. En

cambio, el autoclave esterilizador y la selladora de bolsas sólo serán consideradas en AP por las razones expuestas previamente.

Para los apartados en los que existe incertidumbre, se ha realizado un análisis de sensibilidad de +10% y -10%.

Aparte de su cálculo tal y como se han observado en la situación estudiada, los costes sanitarios directos totales del proceso han sido objeto de reestimación (tal y como se puede observar en la Tabla 44) en dos escenarios alternativos: suponiendo que se solicitasen análisis histológicos en el mismo porcentaje de quien más los solicita (es decir, el médico de hospital) y suponiendo que se solicitase el número de análisis histológicos que el profesional correspondiente considera necesario, descontando del total aquellas intervenciones en las que explícitamente se ha indicado que sea innecesario.

d.2) Costes directos no sanitarios.

Estos costes no repercutirán en el servicio de salud, si no que son asumidos por el usuario y, en su caso, por su acompañante o cuidador informal (Tabla 45).

En este apartado se considerarán los gastos desprendidos directamente de los circuitos antes expuestos, es decir, el coste que suponen los desplazamientos desde el domicilio al centro sanitario (ida y vuelta), y el tiempo empleado en las consultas y en la intervención tanto del paciente como de su acompañante en aquellos casos en que el acompañamiento se produzca. No se considerará el tiempo de demora en la sala de espera previo a la intervención por no ser posible un cálculo mínimamente riguroso y representativo.

Como base para calcular el valor del tiempo empleado por los usuarios, y en su caso por los acompañantes, se ha utilizado el Sueldo Medio Anual por trabajador en España en 2009, que fue de 22.511€ según la Encuesta de Estructura Salarial de 2009 publicada por el INE¹³⁵, con la referencia de las 1.756,6 horas/año como jornada media pactada, según el Observatorio de la Negociación Colectiva del Ministerio de Trabajo e Inmigración¹³⁶.

Respecto a los desplazamientos que se realizan en transporte rodado (30% al centro de salud y 90% al hospital), se utilizará como referencia para calcular sus costes el vehículo particular. Se ha considerado la posibilidad de hacerlo con las tarifas de taxi, pero no se dispone del importe medio de cada itinerario. También se ha considerado calcularlo si se utiliza el autobús, pero existe una importante diferencia entre las compañías que operan en las tres principales ciudades de Asturias (Para el año 2009: EMTUSA-Gijón: 1,10€, TUA-Oviedo: 0,85€ y Tranvía-Avilés: 1,30€). Por tanto las dos últimas alternativas se han desestimado.

El transporte mediante vehículo privado se calculará con la tarifa oficial de 0,19€/Km y dado que se conoce la duración media del desplazamiento (17 minutos) y se sabe que deben realizar el trayecto cuatro veces para acudir a la consulta previa y a la intervención. Para los cálculos se considerará una velocidad media por casco urbano de 40Km/h.

Se utilizarán los dos modelos de mayor frecuencia estadística y que mejor tipifican y diferencian los supuestos de CM realizada en hospital y en atención primaria: por una parte paciente que acude a centro hospitalario en transporte rodado (autobús o vehículo particular), lo cual ocurre en 9 de cada 10 casos observados en la muestra, y que además acude el día de la intervención con un acompañante lo que sucede en 1 de cada 2 casos encontrados. Por otra parte paciente que acude al centro de salud caminando, lo que ocurre en 7 de cada 10 casos y con acompañante, lo cual ha sido observado en 3 de cada 10 casos.

d.3) Costes indirectos.

Los costes estimados en este apartado son los correspondientes a los días de trabajo perdidos por incapacidad laboral transitoria (ILT), derivada de las lesiones o las intervenciones quirúrgicas (Tabla 46).

En el presente estudio solamente se calculará el coste de días de trabajo perdido según el Sueldo Medio Anual¹³⁴ y la Jornada Media Pactada para 2009¹³⁵ (Tabla 47).

No ha sido posible diferenciar qué pérdida de días laborales han sido a consecuencia de la propia lesión o a consecuencia de la intervención. Tampoco ha sido posible

determinar qué incremento de días laborales perdidos se puede achacar a la demora en la resolución de la lesión.

Respecto a la ILT, se ha encontrado en el total de la muestra de CM programada estudiada, que solamente un 4,8% de los pacientes intervenidos la necesitó, probablemente debido a que un porcentaje importante de los intervenidos (43,8%) no trabajaban en aquel momento y a la propia idiosincrasia de las lesiones y las intervenciones quirúrgicas. En AP supuso un 2% de los pacientes, y en el hospital un 11,9% (Tabla 23h).

Si realizamos un análisis comparativo del número de ILT, ajustadas en la población trabajadora, nos encontramos con diferencias significativas ($P > 0,01$) entre las que precisaron las personas intervenidas en el hospital (23,8%) frente a las que lo fueron en AP (3,3%) (Tabla 23i).

La duración de las ILT, siendo en todo caso relativamente corta, es ligeramente más larga cuando la intervención se realiza en el hospital (media de 9,8 días, DE 4,8) que cuando se realiza en AP (media de 7 días, DE 0). No obstante, esta diferencia no tiene significación estadística ($P = 0,624$) (Tabla 23.l).

En cuanto a la demora de la intervención, las diferencias son significativas ($P < 0,001$) y muy marcadas. En AP la media es de 2,5 días (DE 5,7), mientras que en el hospital la media es de 93,5 días (DE 105,7) (Tabla 6d). Las consecuencias económicas derivadas de aquellas lesiones que pudiesen ser limitantes para trabajar (patología ungueal por ejemplo) pueden ser importantes.

Por último, entre otros posibles costes indirectos para el usuario, cabe mencionar la necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria la precisaron el 6,9% de los intervenidos en AP y el 14,3% en hospital, aunque estas diferencias no han sido estadísticamente significativas ($P = 0,199$), no guardando relación esta necesidad ni con el género de los pacientes, ni con las edades extremas (edad media de quienes precisaron ayuda 51,2 años). No se dispone del dato sobre el tiempo durante el cual necesitaron la ayuda, por ello, por la baja incidencia de esta necesidad y por las pequeñas diferencias entre ambas alternativas, no se cuantifica el coste económico.

Cabe añadir que en ninguno de los siguientes ítems estudiados: transporte, acompañamiento, ILT y ayuda para las actividades de la vida diaria se han observado diferencias significativas relacionadas con el género de los intervenidos.

7.2- Resultados.

7.2.1: Resultados de la estimación de costes.

Costes sanitarios directos asumidos por el sistema sanitario público:

Tabla 41: Costes del proceso previo a la intervención de CM.

Profesional que realiza intervención	Pre-intervención		
	Consulta inicial médico AP ^a	Consulta inicial médico hospital ^a	Subtotal
Enfermera AP	62,52	0	62,52
Médico AP	62,52	0	62,52
Médico hospital	62,52	129,07	191,59

Fuente: Elaboración propia

^a Según tarifa oficial SESPA

Tabla 42: Costes de la intervención de CM.

Profesional que realiza intervención	Intervención									
	Material fungible	Material no fungible. Coste anual equivalente para la inversión de capital (CAEIC) (Aplicando tasa de descuento del 3%) ^a	Esterilización (10 min remuneración auxiliar). No se contabiliza proceso de esterilización por insignificante	Análisis histológico (Tarifa Asturias: 65,15) Enfermera solicita 8,9%, médico AP 11,3%, médico htal 92,6%	Coste tiempo intervención médico AP	Coste tiempo intervención enfermera AP	Coste tiempo intervención médico htal.	Coste tiempo intervención enfermera htal.	Coste tiempo intervención auxiliar enfermería	Subtotal
Enfermera AP	11,4	1,9	3	5,8	0	17,3	0	0	9,88	49,28
Médico AP	11,4	1,9	3	7,4	24,76	0	0	0	9,39	57,84
Médico hospital	11,4	0,26	3,1	60,3	0	0	72,5	47	23,8	218,36

Fuente: Elaboración propia

^a Al realizar el análisis de sensibilidad aplicando +/- 10%, al número de intervenciones, con el fin de ver su efecto sobre el valor obtenido en el coste anual equivalente para la inversión de capital (CAEIC) por intervención, nos encontramos con que la diferencia obtenida incluso entre los extremos (+10% de intervenciones respecto a -10% de intervenciones) es muy pequeña, de modo que apenas modifica los resultados finales.

Tabla 43: Costes del proceso posterior a la intervención de CM.

Profesional que realiza intervención	Pos-intervención		Subtotal
	Consulta 1ª revisión posquirúrgica enfermera Ap ^a	Consulta 2ª revisión posquirúrgica enfermera Ap ^a	
Enfermera AP	12,5	12,5	25
Médico AP	12,5	12,5	25
Médico hospital	12,5	12,5	25

Fuente: Elaboración propia

^a Según tarifa oficial SESPA

Tabla 44: Costes sanitarios directos totales del proceso de CM.

Profesional que realiza intervención	Subtotal pre-intervención	Subtotal intervención	Subtotal pos-intervención	Total
Enfermera AP	62,52	49,28	25	136,80
Médico AP	62,52	57,84	25	145,36
Médico hospital	191,59	218,36	25	434,95

Total en el supuesto 1: que siempre se realice el análisis histológico al 92,6% (lo solicitado en hospital)
191,30
198,27
434,95

Total en el supuesto 2: que se realice análisis histológico en todos los casos en los que se dice que es necesario (98,9% hospital, 55,7% med. AP, 45,6 enf. AP)
160,70
174,17
438,95

Fuente: Elaboración propia

Tabla 45: Costes directos no sanitarios.

		Tiempo desplazamiento del paciente a la intervención	Tiempo desplazamiento del acompañante a la intervención (en 30% casos AP y 50% en htal)	Tiempo del paciente en la intervención	Tiempo del acompañante en la intervención (en 30% casos AP y 50% en htal)	Resto tiempo del paciente (consultas de diagnóstico y de revisión)	Gastos transporte vehículo particular	Total paciente	Total acompañante	Total CDNS
AP	tiempo	13 min.	13 min.	24,5 min	24,5 min	64 min				
	coste (€)	2,78	0,83	5,23	1,57	13,67	0,00	21,68	2,40	24,08
Hospital	tiempo	34 min.	34 min.	22,6 min.	22,6 min.	103 min.				
	Coste (€)	7,26	3,63	4,83	2,41	22,00	7,76	41,85	6,04	47,89

Fuente: elaboración propia.

Tabla 46: Costes indirectos relacionadas con la pérdida de jornadas laborales.

	nº de encuestados	total días perdidos	días perdidos/intervención	valor día de trabajo (€)	Coste de días perdidos / intervención
AP	104	14	0,13	90,04	12,12
Hospital	42	49	1,17	90,04	105,05

Fuente: elaboración propia

Tabla 47: Costes totales: directos (sanitarios y no sanitarios) e indirectos.

	Costes sanitarios directos	Costes directos no sanitarios	Costes indirectos	Coste total proceso
Enfermera AP	136,80	24,08	12,12	173,00
Médico AP	145,36	24,08	12,12	181,56
Médico hospital	434,95	47,89	105,05	587,89

Fuente: elaboración propia

El mayor de los costes (médico en hospital) es 3,4 veces superior al menor (enfermera de AP) y 3,2 veces superior a la siguiente alternativa (médico de AP). La diferencia entre los dos profesionales de AP es de un 5,23% mayor en los médicos que en las enfermeras.

Si consideramos solamente el coste de la intervención (coste del tiempo de los profesionales que intervienen, material y análisis histológico) y no el de todo el proceso de resolución mediante CM, el coste estimado en AP es de 57,84€ si interviene el médico de familia y de 49,28€ si lo hace la enfermera, lo cual difiere sensiblemente a la media de los costes oficiales de las distintas CCAA (96,99€) y a la tarifa considerada en Asturias (93,78€). Para esta diferencia no se dispone de explicación al desconocer el método usado por las CCAA para realizar sus cálculos.

Sin embargo al comparar el coste estimado para la CM realizada en el hospital (218,36€) nos encontramos con una gran similitud respecto a la media de las CCAA (219,79€). En Asturias no se encuentra publicada esta tarifa.

Tomando como referencia la CM realizada en el nivel hospitalario del Área V del Principado de Asturias, nos encontramos con que en el año 2009 se han realizado 1.451 intervenciones de CM en los hospitales del Área. Esto ha supuesto un coste total del proceso completo, en lo referente a costes sanitarios directos, de 631.112,45€.

A partir de esta información es posible calcular los posibles ahorros que el sistema sanitario podría conseguir, si las intervenciones se llevasen a cabo por el procedimiento menos costoso, es decir, por las enfermeras en AP y sin disminuir la calidad del proceso. Se han detectado ciertas opciones de mejora de dicho proceso, sin embargo la única que en principio tendría un coste económico directo sería la relativa a la solicitud de estudios histológicos. Para ello hemos planteado dos posibles supuestos.

Tal y como se puede ver en la Tabla 48, en un caso, se ha supuesto que el porcentaje de análisis histológicos solicitados fuese el mismo que el solicitado actualmente en el hospital (el 92,6%), y en el otro que se realizasen en la medida en la que, en cada escenario, se dice que es necesario, es decir, que se solicitasen en todas las intervenciones donde no se haya hecho constar explícitamente que fuese innecesario (98,9% en el hospital; 55,7% médico en AP y 45,6% enfermera en AP).

A partir de los ahorros estimados para el Área Sanitaria V (con una población de 303.265 habitantes¹³⁷), y asumiendo la imprecisión y el riesgo de extrapolar

poblacionalmente estas cifras a todo el Principado de Asturias (1.085.289 habitantes según la memoria del SESPA de 2009), se han estimado los correspondientes a todo el Principado de Asturias.

Considerando los criterios establecidos en el supuesto 1, el ahorro estimado en términos de los costes directos sanitarios de todo el proceso para el Área V en su conjunto asciende a 353.536,15 €. Estos ahorros, para el Principado de Asturias vendrían a representar 1.265.193,46 €. En el supuesto 2, los ahorros estimados ascenderían a 403.740,75 € y 1.444.859,76 €, respectivamente (Tabla 48).

Por último, si la extrapolación se realizase a una sistema similar al asturiano, podrían estimarse unos ahorros de 1.165.766,41€ y 1.331.313,37€ para los supuestos 1 y 2 respectivamente por cada millón de habitantes.

En la tabla 48 se puede observar los ahorros correspondientes a la intervención quirúrgica aislada del resto de costes sanitarios del proceso completo.

Tabla 48: Ahorro de costes sanitarios según varios supuestos. Opción menos costosa (enfermera AP) frente a opción más costosa (médico hospital).

	Ahorro contabilizando sólo los costes sanitarios directos de la intervención quirúrgica.		Ahorro contabilizando los costes sanitarios directos de todo el proceso.	
	^a Supuesto 1.	^b Supuesto 2.	^a Supuesto 1.	^b Supuesto 2.
Ahorro en el Área V (1.451 intervenciones realizadas en el nivel hospitalario en 2009 si hubiesen sido realizadas por las enfermeras en AP).	166.255,58€	216.460,18€	353.536,15€	403.740,75€
Ahorro en Asturias (extrapolación poblacional)	594.975,85€	774.642,15€	1.265.193,46€	1.444.859,76€
Ahorro por cada millón de habitantes	548.218,82€	713.765,78€	1.165.766,41€	1.331.313,37€

Fuente: elaboración propia

- a) Supuesto 1: Que siempre se realizase el análisis histológico al 92,6% (lo solicitado en hospital).
- b) Supuesto 2: Que se realizase análisis histológico en todos los casos en los que se dice que es necesario (98,9% hospital, 55,7% medico AP, 45,6 enfermera AP).

7.2.2: Aproximación al coste de oportunidad de las intervenciones de CM en relación a las listas de espera hospitalarias.

Las listas de espera que se tendrán en consideración serán las hospitalarias por no existir en AP.

Las listas de espera relacionadas con la CM van a tener incidencia en el servicio en dos aspectos:

- Los riesgos que para la salud supone el que los pacientes vean retrasados sus diagnósticos y tratamientos, no solamente los pacientes que padecen procesos susceptibles de ser resueltos mediante técnicas de CM, sino también aquellos que padecen procesos de mayor trascendencia y que pueden sufrir retrasos en principio innecesarios por estar los recursos hospitalarios ocupados en CM.
- La percepción social de la calidad del servicio público de salud, desde la perspectiva de las listas de espera hospitalarias, tanto quirúrgicas como de consultas.

Con el fin de poner de manifiesto la trascendencia que podría tener la liberación de recursos asignados a la CM en el ámbito hospitalario, en términos de contribuir a la reducción de listas de espera tanto quirúrgicas como de consultas de especialistas y pruebas diagnósticas, y aunque hay más servicios hospitalarios que resuelven lesiones mediante la CM, analizaremos el servicio de dermatología por ser el más directamente implicado. En concreto se analizará el del Área Sanitaria V (Hospital de Cabueñes-Gijón) por disponer de los registros más estructurados y rigurosos.

No se dispone de las listas de espera de 2009 puesto que el Servicio de Salud del Principado de Asturias las ha comenzado a hacer públicas en febrero de 2010 las correspondientes a esperas quirúrgicas y en agosto de 2011 las correspondientes a esperas de consultas¹³⁸. Será la media de los primeros 12 meses la que se utilice como referencia.

De las 2.449 intervenciones quirúrgicas realizadas en el mencionado Servicio en 2009, el 60,2% correspondían a lesiones y técnicas susceptibles de haber sido realizadas en AP. Con estos datos y la referencia que se observa en las Tablas 50 y 51, se puede deducir que la situación sería susceptible de mejora si se reorientase hacia la AP la realización de estas técnicas de CM.

Tabla 49: Listas de espera para consultas, técnicas y pruebas diagnósticas en dermatología (agosto 2011-julio 2012).

	Dermatología H. Cabueñes		Dermatología Asturias	
	Media mensual	Desv est.	Media mensual	Desv est.
Pacientes pendientes de 1ª consulta	2810,0	475,1	6984,4	448,3
Demora media	40,0	8,6	34,5	4,1
Pacientes con demora >60 días	831,8	397,3	1418,9	641,6

Fuente: Portal de Salud del Principado de Asturias (AsturSalud)

Tabla 50: Listas de espera quirúrgicas en dermatología (febrero 2010 - enero 2011).

	Dermatología H. Cabueñes		Dermatología Asturias	
	Media mensual	Desv est.	Media mensual	Desv est.
Número de pacientes en espera estructural	32,5	4,9	263,4	47,5
Tiempo medio de espera de los pacientes en espera estructural ³ (en días)	42,3	10,2	41,3	7,0
Tiempo máximo de espera de un paciente en espera estructural (en días)	127,7	32,8	176,3	19,4
Número de pacientes con 0 - 90 días de espera	29,5	4,6	238,4	52,9
Número de pacientes con 91 - 180 días de espera	3,0	2,6	24,3	9,7
Número de pacientes con 181 - 365 días de espera	0,0	0,0	0,3	0,9
Número de pacientes con > 365 días de espera	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Portal de Salud del Principado de Asturias (AsturSalud)

³ Pacientes en espera estructural: son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

7.2.3: Síntesis del impacto de las intervenciones de CM en términos de la calidad técnica y de la calidad percibida por el usuario.

En la tabla 51 se recogen los resultados obtenidos en el análisis de calidad percibida por el usuario. En general, con la excepción de los dos últimos, todos los ítems arrojan valores ligeramente superiores cuando el usuario es intervenido en un centro de AP. No obstante estos resultados carecen de un valor clínico destacable puesto que se está comparando los máximos niveles de satisfacción (respuestas: bueno o muy bueno), quedando para los resultados regular, malo o muy malo, porcentajes en general mínimos, excepto en el tiempo de espera.

Tabla 51: Resumen de la encuesta de calidad percibida por el usuario.

	Médico AP	Enfermera AP	Médico hospital
Solucionar el problema fue sencillo o muy sencillo (P=0,164)	100	98,5	92,9
El tiempo de espera le pareció poco o muy poco (P<0,001)	97,1	98,5	50
Con el resultado quedó satisfecho o muy satisfecho (P=0,452)	97,2	98,6	92,9
Las explicaciones fueron buenas o muy buenas (P=0,006)	100	100	88,1
Respecto a la atención recibida por parte del personal quedó satisfecho o muy satisfecho (P=0,676)	100	100	97,6
Al personal que lo atendió lo considera competente o muy competente (P=0,085)	100	100	95,2
Durante la intervención se sintió seguro o muy seguro (P=0,006)	100	100	95,2
Durante la intervención no detectó ningún fallo (P=0,006)	100	100	97,2
Durante o después de la intervención no tuvo ninguna complicación (P=0,689)	94,1	84,4	88,1
Si volviese a tener un problema similar probable o muy probablemente recurriría a los mismos profesionales (P<0,01)	97,1	100	97,6
Media	98,55	98	89,48

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 52 se recogen los ítems referidos a calidad técnica reflejada en las historias clínicas. Clínicamente se pueden considerar similares los resultados correspondientes a la corrección de la anamnesis y a las complicaciones registradas, mientras que se aprecian diferencias muy abultadas en los ítems relativos a consentimiento informado

y análisis histológico, no pudiendo valorarse la anestesia local por falta de registro en el hospital.

Tabla 52: Resumen de la calidad técnica.

	Médico AP	Enfermera AP	Médico hospital
Entre quienes necesitan consentimiento informado lo tienen (P<0,001)	40,3	95,6	93,5
Presentan anamnesis correcta (P<0,001)	52,9	64,5	66,3
Entre quienes precisan análisis histológico de la pieza extirpada lo tienen ((P<0,001)	20,4	19,4	93,5
Entre las técnicas que precisan anestesia local la tenían (P=0,493)	32,7	37	No figura en la historia
Sin complicaciones registrada (las registradas son todas ellas leves) (P=0,893)	96,9	98,1	100
Media	48,64	62,92	73,60

Fuente: elaboración propia.

7.2.4: Análisis coste-consecuencia.

En la Tabla 53 se sintetiza la comparación entre los resultados observados en el análisis de calidad técnica y de calidad percibida por los usuarios, con los costes obtenidos.

Tabla 53: Resumen comparativo resultados/costes.

	Resultados I: Media del porcentaje de las respuestas "bueno/muy bueno" de la calidad percibida por los usuarios	Resultados II: Media del porcentaje de respuestas "adecuado" de la calidad técnica	Tiempos medios de espera	Costes del proceso completo asumidos por el servicio de salud (sanitarios directos) (€)	Costes asumidos por el usuario (directos no sanitarios + indirectos) (€)
Opción B: enfermera de AP	98,00	62,92	2,35 días (DE: 5,9)	136,80	
Opción A: médico de familia	98,55	48,64	2,59 días (DE: 5,2)	145,86	36,20
Opción C: médico hospitalario	89,48	88,32	93,5 días (DE: 105,1)	434,95	152,94

Fuente: elaboración propia.

8- Discusión y conclusiones

8.1- Discusión.

En esta tesis doctoral se han estudiado las características de la población que precisa de técnicas de CM, se ha analizado la calidad técnica y la calidad percibida por los usuarios tanto cuantitativa como cualitativamente y se han evaluado los costes en los diversos escenarios organizativos y profesionales donde se realiza CM, todo ello circunscrito al año 2009 y a tres Áreas Sanitarias del Principado de Asturias.

La primera aportación de este estudio ha sido la determinación de las características que presentan las poblaciones demandantes de CM, los estudios realizados en nuestro entorno observan que estas poblaciones tienen importantes semejanzas a la analizada en nuestro trabajo.

La distribución por sexos. En nuestro estudio el 57,9% de los demandantes son mujeres, en otros estudios esta distribución oscila entre el 47,65% observado por Guereña et al¹³⁹ o el 48,4% de El Haddad et al¹⁴⁰ y el 57% encontrado por Caurel y Caballero¹⁴¹ o el 61,7% de Gómez Langley et al⁶⁵. Estas cifras concuerdan básicamente con la distribución por sexos de la población española que según el INE en las franjas etarias que se describen a continuación y que está en 1,01 hombres/mujer a los 45 años y en 0,93 hombres/mujer a los 65 años.

En cuanto a la edad media, que en nuestro estudio fue de 51,3 años (DE 18,1) en los hombres y de 50,4 años (DE 16,2) en las mujeres, otros autores han encontrado medias que van desde los 41,3 años de El Haddad et al¹⁴⁰ como límite inferior, hasta los 59,6 (DE 16,5) de Caurel y Caballero¹⁴¹ como límite superior.

Solamente se ha encontrado un estudio de Matía et al¹⁴² en el que refiere que ha precisado CM el 0,33% de la población urbana y el 1,75% de la población rural. En nuestro estudio, cuya población estudiada es mixta, sin que se pueda precisar la proporción de urbana y rural, las cifras han sido ligeramente menores. Se estimó que el porcentaje de la población que utilizó este servicio en el periodo estudiado se situó entre el 0,2% y el 0,25%.

También en lo relativo a diagnósticos clínicos se han encontrado similitudes entre nuestros hallazgos y los encontrados por otros autores. Entre los diagnósticos de lesiones cutáneas más frecuentes están:

- Fibroma blando: Matía et al¹⁴² encontraron un 15,6%, Guereña et al¹³⁹ 19,8%, Gómez Langley et al⁶⁵ 12,6%, Serra et al¹⁴³ 18% y entre las entidades intervenidas en la población estudiada por nosotros, el fibroma blando supuso un 22,6%.

- Quiste epidérmico: Matía et al¹⁴² encontraron un 17,8%, Guereña et al¹³⁹ 15,8%, Gómez Langley et al⁶⁵ 11,4%, Serra et al¹⁴³ el 20% y nosotros un 17,8%.
- Nevus: Matía et al¹⁴² encontraron un 8,9%, Guereña et al¹³⁹ 30%, Gómez Langley et al⁶⁵ 29,3%, Serra et al¹⁴³ 20% y en nuestro estudio un 7,2%.
- Queratosis seborreica: Matía et al¹⁴² encontraron un 8,9%, Guereña et al¹³⁹ 4,6%, y en nuestro estudio supusieron un 6,3%.
- Lipoma: Matía et al¹⁴² encontraron un 4,4%, Guereña et al¹³⁹ 3,4%, Serra et al¹⁴³ un 7% y nosotros el 6,6%.
- Queratosis actínica: Matía et al¹⁴² encontraron un 2,2%, Guereña et al¹³⁹ 2,48, y en nuestro estudio supusieron un 3,2%.

Comenzando por los criterios de la calidad técnica, respecto a la solicitud de análisis histológicos se observan discrepancias importantes, incluso dentro del mismo estudio y a las que con los datos disponibles no se les encuentra una explicación.

Matía et al¹⁴² encuentra que en la muestra estudiada por ellos se realizan análisis histológicos entre el 31,1% y el 76,8% según sea un centro rural o urbano, pero no se especifica respecto a qué muestra de intervenciones, si es indiscriminadamente en todas las intervenciones o solamente en algunas seleccionadas por sospecha o tipo específico de lesión, sin embargo los datos que reflejan El Haddad et al¹⁴⁰ en su estudio, bajan hasta el 13,6% de las lesiones intervenidas. Nosotros encontramos entre un 19,5% si consideramos todas las intervenciones donde no estaba explicitado que estos análisis histológicos no fuesen precisos y un 70% entre los diagnósticos más susceptibles de ser indicada la derivación de la muestra a anatomía patológica.

Este dato podría ser preocupante si se toma como referencia que toda pieza anatómica extirpada en un centro sanitario debiera ser analizada, premisa utilizada en nuestro estudio como máxima garantía de seguridad y aconsejada por algunos autores¹⁴⁴⁻¹⁴⁶, sin embargo Menárguez y Alcántara⁹⁷, Lowy et al¹⁴⁷ y otros, comienzan a cuestionar esta derivación masiva por considerarse innecesario en cierto tipo de lesiones cuyo diagnóstico clínico es altamente seguro.

La concordancia entre los diagnósticos clínicos realizados en AP y los derivados de los estudios anatomopatológicos no han sido objetivo del presente estudio, pero dado que existe una controversia que pudiera condicionar la interpretación sobre la seguridad de realizar CM en

AP, se considera de forma excepcional hacer referencia a los siguientes datos sobre dicha concordancia diagnóstica y su trascendencia.

La concordancia entre los diagnósticos clínicos y los derivados del análisis histológico varía desde valores superiores al 80% encontrados por El Haddad et al¹⁴⁰, Díaz Gallego et al⁹⁶ y otros muchos, hasta el 50% encontrado por Guereña et al¹³⁹ para algún tipo de lesiones o el 31,3% referido por Delgado Zafra et al⁹⁷.

En el estudio de Serra et al se refiere a que han encontrado menos de un 1% de lesiones con diagnóstico de malignidad y en el de González Anguren et al¹⁴³ se encuentra un 1,6%, estos últimos autores refieren que solamente en el 18% de estas lesiones de carácter maligno hubo concordancia entre los diagnósticos clínicos y los anatomopatológicos, a pesar de lo cual todas las lesiones que posteriormente resultaron ser malignas tuvieron un adecuado tratamiento quirúrgico en AP mediante la técnica de escisión en forma de huso. Los bordes de la pieza resecada aparecieron libres de lesión y tras la recepción del informe histológico, estos pacientes fueron derivados a otro especialista hospitalario para su seguimiento.

Diversos autores^{98, 147} achacan la variabilidad en la concordancia entre diagnóstico clínico y diagnóstico anatomopatológico al tipo de muestras que se envían a analizar, en los protocolos en los que se derivan todas las muestras, incluidas las de diagnóstico sencillo, la coincidencia será alta, si solamente se envían las de diagnóstico más incierto, la coincidencia disminuirá. Graells et al¹⁴⁸ y Weinstein et al¹⁴⁹ consideran que la concordancia global puede ser considerada como buena y que en caso de surgir dudas, estas pueden estar en relación con las habilidades diagnósticas de los médicos de AP, no dermatólogos, y no sobre la capacidad de practicar adecuadamente las técnicas de CM en AP. En este sentido es evidente la aportación que las aplicaciones telemáticas para el diagnóstico a través de la imagen pueden realizar¹⁵⁰. Todo este aspecto lleva años abierto al debate no exento de intereses corporativos o de ciertos colectivos¹⁵⁰ y a que se establezca un consenso basado en estudios que aporten evidencia.

Las complicaciones derivadas de las técnicas de CM no parece que sean graves ni frecuentes. Matía et al¹⁴² encontraron entre 0% y 4,6% de complicaciones según que el centro fuese urbano o rural, El Haddad et al¹⁴⁰ no han observado ninguna complicación y Vaquero Martínez et al¹⁰⁰ tampoco, Díaz Gallego et al⁹⁶ y Serra et al¹⁴³ refieren menos de un 5% de complicaciones. En nuestro estudio encontramos un 2,3% de complicaciones, todas ellas leves. Caurel y Caballero¹⁴¹ encontraron un 38% de complicaciones en el hospital y un 44% en AP, el

estudio no aclara a qué tipo de complicación se refieren y no se encuentra explicación posible a esta gran diferencia.

Otro de los criterios considerados de calidad técnica de la CM es la presencia de Consentimiento Informado (CI) firmado. En nuestro trabajo encontramos que en el hospital estaba presente en el 93,5% de las intervenciones, mientras que en AP se observaba una importante área de mejora, pues dicha cifra bajaba hasta el 42,8% de aquellas historias clínicas donde no estuviese especificado que no fuese necesario. El Haddad et al¹⁴⁰ observaron la presencia de consentimiento informado en el 76,6% de las historias clínicas, Delgado Zafra et al⁹⁷ en el 78,4% y Serra et al¹⁴³ en el 92%. Ortiz Martín et al¹⁵¹ en el análisis que hacen específicamente de la calidad de los registros de CI observan oportunidades de mejora en todos los ítems estudiados. Cabría plantear aquí la diferencia conceptual entre “Consentimiento informado” y “consentimiento informado firmado”, a lo largo del presente trabajo y en prácticamente todos los demás analizados, se han equiparado ambos conceptos puesto que el soporte de la información estudiada ha sido siempre la historia clínica, sin embargo todos los autores que abordan la cuestión desde los principios de la bioética coinciden en que ambos conceptos no son sinónimos y que no siempre es necesario que el consentimiento otorgado por el paciente esté ratificado documentalmente con su firma, atribuyendo más importancia a que sea verdaderamente informado y exista “conformidad de voluntades”^{54, 152}, a que esté documentalmente “firmado”^{153, 154}. Todo esto es transferible al CI en la CM y cabe la duda de si siempre es necesario que esté documentalmente firmado o por el contrario hay ocasiones en que ello puede ser prescindible. Alguna de las razones que convendría considerar son: la naturaleza de la lesión y sus improbables complicaciones, la relación de confianza entre profesional y paciente, muy frecuente en AP. Otra opción también válida es que el CI se otorgue verbalmente y de forma consistente, por ejemplo ante testigos, si además esto queda reflejado en la historia, bien en el curso clínico, observaciones de enfermería o en otros apartados de la misma, el valor ético y legal sería el mismo que si constase la firma del usuario.

Un aspecto de evidente importancia en la calidad de la CM es la desensibilización de la zona a intervenir mediante anestesia local, sin embargo este es un aspecto en el que no se repara habitualmente en los estudios, solamente encontramos que Serra et al¹⁴³ realizan un pormenorizado análisis al respecto y refieren que se utilizó en el 73% de las intervenciones. En nuestro estudio se observó que en las historias clínicas del hospital no hay ninguna referencia a ello y en AP, en los episodios en los que no estaba explicitado que fuese innecesario, tampoco constaba en el 46,1%.

En cuanto a cómo perciben los usuarios la calidad en la atención respecto a la CM, todos los estudios consultados coinciden en una muy alta satisfacción que en el estudio realizado por Caurel y Caballero¹⁴¹ se cifra en un 96% en AP y un 93% en el hospital. Fraga y Díaz¹⁵⁵ en su estudio realizado en AP encuentran que el 99% de los usuarios perciben la atención recibida como buena o muy buena y esta misma opinión la presentan el 95% de los usuarios estudiados por Gómez Langley et al⁶⁵, también en AP. En nuestro estudio se encontró que el 100% de los usuarios se manifestaban satisfechos o muy satisfechos en AP y el 97,5% de los que fueron intervenidos en el hospital, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Ni en el estudio de Caurel y Caballero¹⁴¹ se encuentran diferencias significativas en la satisfacción según el sexo, ni tampoco en el nuestro.

Caurel y Caballero¹⁴¹ encuentra diferencias significativas favorables a AP respecto a la satisfacción relacionada con el tiempo de espera entre el diagnóstico y la intervención. Los resultados de nuestro estudio también coinciden con el anterior, encontrando que el 96% en AP frente al 46% en el hospital consideraban el tiempo de demora como poco o muy poco. Fraga y Díaz¹⁵⁵ encuentran que el tiempo de espera en AP el 91% lo consideraban poco o muy poco y Gómez Langley et al⁶⁵ en su estudio en AP encontró que un 70% de los encuestados consideraron corto dicho tiempo de espera.

Otro criterio de calidad percibida está relacionado con el cómo perciben los usuarios la información que es facilitada por los profesionales sanitarios. Fraga y Díaz¹⁵⁵ observaron que el 95% de los usuarios se sentían bien informados con las explicaciones recibidas. En nuestro trabajo se encontraron diferencias significativas entre ambos ámbitos estudiados, en AP el 100% de los usuarios consideraron que las explicaciones recibidas eran buenas o muy buenas, mientras que en el hospital, la cifra alcanzaba el 88,1%. El 75% de la población estudiada por Gómez Langley et al⁶⁵ calificaron como suficientes las explicaciones recibidas.

En cuanto a las instalaciones donde se realiza la CM Caurel y Caballero¹⁴¹ encontraron diferencias de opinión significativas favorables a AP respecto al hospital. En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre las instalaciones de ambos niveles asistenciales, siendo valoradas las instalaciones como buenas o muy buenas en AP por el 97,1% de los encuestados y en el hospital por el 95,3%, Fraga y Díaz¹⁵⁵ en AP observaron que el 95% de los usuarios consideraron la higiene de la sala como buena y en el estudio de Gómez Langley et al⁶⁵ consideraron limpia la sala el 90% de los entrevistados.

Cuando se les ha dado la palabra directamente a los usuarios y se ha analizado cualitativamente su opinión, se observa que se ratifican los datos cuantitativos de alta

satisfacción con la atención percibida cuando han precisado de CM y que en general si pueden elegir, preferirían que las intervenciones se realicen en AP no presentando tampoco oposición a que sea en el hospital si ello es necesario. Sintéticamente se destaca que los factores que más refieren como influyentes en la percepción de la calidad son: la comunicación, el sentimiento de confianza en el profesional lo cual es muy condicionado a que lo conozca y se sienta conocido por él, la comodidad en el acceso, la ausencia de dolor en la técnica y el ambiente de tranquilidad. El abordaje cualitativo llevado a cabo en el presente estudio no ha sido posible contrastarlo con otros puestos que no se ha encontrado en la literatura ningún estudio de estas características.

Respecto al análisis económico y como ya se ha referenciado en los apartados 1.5 y 7.1, todas las evaluaciones económicas encontradas presentan una variabilidad metodológica que hace inviable su comparación, observándose debilidades importantes en alguno de ellos. En nuestro estudio en lo relativo a costes sanitarios directos se han abordado no solo los costes directos de material fungible y costes del tiempo que el personal dedica a la CM, también se estudió la amortización de material no fungible y en el caso en que fue preciso, la imputación proporcional del tiempo dedicado a tareas comunes de atención no directa a los pacientes. Así mismo se estudiaron los costes directos no sanitarios y los costes indirectos.

Cuando se ha comparado el ahorro que puede representar la CM realizada en AP respecto a la realizada en el hospital, todos los autores coinciden en que es más beneficiosa en el primer escalón de la atención sanitaria que en el hospital pero con diferencias significativas entre unos estudios y otros. En dos estudios británicos^{73, 107} se estimó el ahorro en un 26,4% y un 36,79%, en los estudios realizados en el entorno español, las diferencias oscilan entre el 39,42%¹⁰⁸ y más del 80%^{96, 100} si bien en algunos se comparan los costes de la CM en AP con los que supone en hospitales públicos, en otras ocasiones en hospitales privados o incluso se llega a comparar costes de la AP pública con tarifas de mutuas aseguradoras.

Así mismo ocurre con las tarifas oficiales establecidas por las CCAA para la CM, en este caso las diferencias son muy amplias, superiores al 100% en los valores extremos y al no estar especificada la metodología con la que están calculados ni tan siquiera qué gastos incluyen, no es posible explicar tales diferencias.

En el aspecto económico el presente estudio concuerda con los demás en el beneficio que supone realizar la CM en AP y especialmente por profesionales de la enfermería, solamente los costes de la intervención quirúrgica suponen un ahorro del 77,5% respecto a realizarla por médicos especialistas hospitalarios. Sin embargo la aportación singular de este estudio es

considerar que los costes de la CM no solamente se limitan a la intervención quirúrgica, si no que se trata de un proceso y como tal se han calculado los costes. Considerando los costes sanitarios del proceso en su conjunto, se continúa observando que el beneficio de ahorro, en los dos extremos antes expuestos, sigue siendo del 68,6%. Dando un paso más en este estudio se ha considerado que la CM supone gastos no solamente para el sistema sanitario, también los supone para el propio usuario y así mismo se producen gastos indirectos, que en esta ocasión se han considerado solamente los relacionados con la pérdida de jornadas laborales, en este caso y considerando los costes totales (sanitarios directos más directos no sanitarios más indirectos), la diferencia se sitúa en el 70,6%.

En una coyuntura económica en la que permanentemente se está cuestionando la sostenibilidad del sistema sanitario español, el presente estudio ha pretendido aportar elementos de reflexión para, en una prestación tan concreta y puntual como es la CM se pueda responder a la pregunta que Peiró et al¹⁵⁶ plantean *“Qué acciones/medidas –maso, meso y micro- podrían ser iniciadas en los próximos meses para mejorar la eficiencia, y reducir el derroche y/o el gasto innecesario en el SNS, manteniendo los resultados clínicos y de salud para pacientes y poblaciones?”*.

A esta pregunta, el grupo de expertos que la responden en el mismo artículo proponen entre otras: Evaluación de tecnologías para la toma de decisiones, refuerzo del papel de la atención primaria, transferir funciones asistenciales de forma pactada y explícita a otros profesionales del equipo, reducir duplicidades en visitas por el mismo problema o penalizar las derivaciones evitables desde atención primaria. Todo ello aplicable a la vista de los resultados hallados en el presente estudio.

A partir de los resultados del presente estudio se pueden proponer las bases para un planteamiento de desinversión sanitaria o reinversión según la definición que de estos términos hacen Elshaug et al¹⁵⁷, Repullo¹⁵⁸, y Campillo y Bernal¹⁵⁹: *“retirar parcial o totalmente recursos de tecnologías, medicamentos, procedimientos o prácticas existentes, al aportar escaso o nulo valor en relación al coste que suponen”*. Lázaro¹⁶⁰ enuncia los criterios de uso inadecuado, y entre otros define el uso innecesario como aquel en el que el objetivo deseado se puede obtener con medios más sencillos y el uso insensato como aquel que consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas. En nuestro caso sería aplicable al coste de oportunidad de realizar CM en el medio hospitalario en detrimento de otras intervenciones quirúrgicas cuya realización solo puede realizarse en los quirófanos de los hospitales.

De lo que no se trata la desinversión es de un injusto racionamiento de recursos o recorte presupuestario coyuntural en el actual periodo de crisis, sino más bien de un desplazamiento-reasignación de los mismos hacia actividades de mayor valor añadido. Peiró et al¹⁵⁶ especifican que *“más allá de las medidas anticrisis, puede haber una hoja de ruta con numerosas oportunidades para mejorar la eficiencia interna del SNS”*.

Dado que en España existe un marco normativo que da cabida a estas medidas, aunque no es preceptivo como indican Campillo y Bernal¹⁵⁹, nos corresponde a los profesionales no solo no rechazar, sino que asumir y hasta plantear y potenciar la desinversión activa en lo que no añade valor y reasignar estos recursos a intervenciones y estrategias que permitan mantener y mejorar la calidad de la atención a los ciudadanos desde la sostenibilidad del sistema¹⁵⁸.

Ortún¹⁶¹ en un análisis que realiza sobre la profesión enfermera dice que ante la imposibilidad de incrementar la producción de los profesionales sanitarios y de disminuir las necesidades de atención de la población, *“tres caminos ineludibles se abren ante nosotros: 1/ Mejorar la calidad de los servicios a menor coste, lo que implicará una notable redistribución de tareas. 2/ Propiciar la capacidad resolutive, la mejor expresión clínica de la eficiencia, lo que nos llevará a una redefinición de las profesiones. 3/ Eliminar desde la política sanitaria, las barreras regulatorias que puedan entorpecer los cambios anteriores... Solo con una división del trabajo que atienda a la capacidad resolutive y que se olvide de gremialismos podrá conseguir las imprescindibles economías de escala, de gama y de aprendizaje que la atención requerirá”*.

Existe una corriente que afecta a países en proceso de desarrollo y a países desarrollados tanto anglosajones como latinos, en la que se están redefiniendo las competencias y cometidos de la profesión enfermera¹⁶², existiendo interesantes experiencias muy positivamente valoradas, alguna de las cuales ya se ha referenciado a lo largo del documento. En otros países la figura de enfermera de práctica avanzada y en España las especialidades de enfermería y dentro de ellas las áreas de capacitación específica son ámbitos en los que normativamente se encuadra adecuadamente la potenciación de la CM en enfermería, tanto en extensión como en profundidad. Cabría incluso plantearse un sistema organizativo en el que se diferenciases niveles de realización de CM según la complejidad estimada⁸⁸, las especialidades de enfermería y la reacreditación regular de competencias que contempla la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias podrían facilitar dicha organización.

No se debe olvidar que en lo que se refiere a la CM, ni tan siquiera se puede plantear como una nueva reasignación de tareas a las enfermeras, como se ha visto al principio del presente documento, es una actividad que estas profesionales vienen realizando desde remotas épocas

históricas y que continúan realizando mayoritariamente en la actualidad como se ha visto en el apartado de calidad técnica y calidad percibida, y la desarrollan con unos niveles de calidad no menores que otros colectivos profesionales y como ha quedado de manifiesto en el análisis económico, de una forma más eficiente.

Limitaciones del estudio

Las deficiencias en los registros de las historias clínicas donde se observó cierta variabilidad y algunas limitaciones en la codificación, han hecho complejo la recogida de datos para que estos fuesen válidos y significativos, siendo esta una de las oportunidades de mejora detectadas a lo largo del proceso de investigación.

Por diversas razones, entre las que se encuentran el no interés en participar en el estudio o la no existencia de un sistema de registro que permitiese la extracción de los datos con un coste admisible, no se ha podido contar con todos los centros hospitalarios de referencia en las tres Áreas Sanitarias estudiadas, para ampliar muestra se ha contado con el hospital de referencia de otra Área.

Se han considerado por igual todas las técnicas de CM, sin estratificar por tipos, dificultades, etc. esto puede ser considerado un aspecto a mejorar en futuras investigaciones, aunque el hecho de que se haya considerado de igual manera en los tres escenarios estudiados se espera que no sesgue los resultados.

Dado el tipo de contabilidad existente en el sistema sanitario y el acceso a la misma ha supuesto una importante dificultad hasta el punto de haber tenido que utilizar métodos de cálculo diferentes en los costes de personal hospitalario, de dedicación exclusiva a la CM en la jornada laboral, que en los costes de personal de AP de dedicación a múltiples tareas a lo largo de la jornada laboral.

No se pudo disponer de una unidad de medición de resultados global estandarizada que permitiese realizar un análisis incremental.

Se han realizado análisis de sensibilidad univariante en los casos en los que existía cierta incertidumbre, pero no se ha realizado un análisis de sensibilidad multivariante. No se esperaban grandes diferencias habida cuenta que en los análisis univariantes las diferencias no eran significativas respecto a los costes totales.

La bibliografía relativa a la CM en el marco social y sanitario del estudio, en la que se ha podido basar el mismo y con la que se ha podido discutir los resultados es escasa y en algunos casos con limitaciones metodológicas y de otros tipos. Respecto a referencias bibliográficas procedentes de otros modelos sanitarios tampoco fueron excesivamente válidas debido a las grandes diferencias existentes tanto en el abordaje organizativo de la CM como de los propios cometidos atribuidos a cada profesión sanitaria en los diferentes países. Si bien se han encontrado estudios que comparaban la CM realizada en los diferentes niveles asistenciales, no se ha encontrado ninguno que introduzca la comparación entre diferentes profesiones.

8.2- Conclusiones

8.2.2- Conclusiones del estudio

1. Entre un 0,52% y un 0.60% de la población general mayor de 14 años precisa anualmente de alguna intervención de CM, urgente o programada.
2. En la actualidad en nuestro entorno la CM es realizada en AP por médicos y enfermeras y en el hospital por médicos de distintas especialidades, fundamentalmente dermatólogos.
3. La CM se muestra como una práctica segura, tanto en lo que se refiere a complicaciones como a otras posibles consecuencias y en todos los entornos sanitarios en los que se realiza.
4. En cuanto a la calidad técnica se han detectado importantes oportunidades de mejora en todos los escenarios estudiados, siendo las puntuaciones globales ligeramente más altas en las CM realizadas en el hospital seguidas de las realizadas por enfermeras de AP y de médicos de AP.
5. Los usuarios están altamente satisfechos con la asistencia recibida, ligeramente superior cuando se realiza la técnica en AP que cuando se realiza en el hospital.
6. La resolución de lesiones mediante técnicas de CM más allá de ser solamente una intervención quirúrgica, es un complejo proceso con importantes implicaciones económicas, organizativas y de otros tipos, tanto para el sistema sanitario como para los usuarios y para la sociedad, y por tanto así se consideró para realizar el análisis económico.
7. Los datos encontrados indican que tanto en los costes sanitarios relativos a la intervención, como los correspondientes a todo el proceso, como los costes globales en los que se incluyeron los directos sanitarios y no sanitarios, y los indirectos, la realización de la CM en el hospital es significativamente más costosa que en AP y en esta los costes más bajos corresponden a las enfermeras.

8.2.3- Líneas futuras de investigación

Se debe seguir avanzando en el conocimiento de la realidad de la CM y en las innovaciones que se pueden introducir en su práctica y en su organización, para seguir incrementando la calidad de las mismas y seguir haciéndola más eficiente dentro del sistema sanitario y más satisfactoria para la población. Para ello se propone:

- Ahondar mediante un estudio prospectivo, estratificando tanto costes como resultados por distintas técnicas, lesiones y grados de severidad o complejidad, además de ámbitos y profesionales intervinientes.
- Estudiar la etiología o los condicionantes de la desigual implantación de los programas de CM en AP.
- Investigar posibles formas de avanzar en las áreas de mejora detectadas en los escenarios estudiados en el presente estudio.
- Analizar otros modelos de organización de la CM, como podrían ser las unidades de dedicación intensiva dependientes de AP, la existencia de profesionales referentes en cada Centro de Salud versus que cada profesional realice la CM que surja en su población, los servicios hospitalarios con personal a dedicación exclusiva e intensiva a la CM versus la dedicación parcial, etc.
- Abordar y evaluar todos los aspectos relacionados con la CM urgente, que también supone un importante volumen asistencial y donde la atención se dispensa en diferentes dispositivos y con modelos organizativos aun más diversos que la CM programada, con gran impacto en el sistema sanitario y en la satisfacción de los usuarios

9- Bibliografía

1. Menon NK. Minor surgery in general practice. *The Practitioner* 1986; 230:917-920.
2. Arribas Blanco JM, Caballero F. Manual de cirugía menor y procedimientos en la consulta del médico de familia. Madrid: Jarpyo, 2000.
3. Oltra E, González C, Mendiolagoitia L, Sánchez P. Cirugía menor para profesionales de enfermería. Madrid: EDIMSA, 2002.
4. <http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-IndicacionProcedimientos.htm> [consultado el 7 de julio de 2012].
5. Gil Martín R, López Ballesteros L, Valles Arroyo I. Cirugía menor en medicina rural. *Medicina General*; 2000, 26:640-648.
6. Arribas Blanco J M, Santonja Medina F, Castelló Fortet JR, Herrero Vanrell P, Rodríguez Pata N. Cirugía menor y procedimientos de medicina de familia (2ª edición). Madrid: Jarpyo, 2008.
7. Bremmer C. Minor surgery and procedural skills in family medicine in USA. (Taller). "Libro de Ponencias del XIV Congreso de la SEMFYC". Madrid 1994.
8. Caballero F, Gómez O. "Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. (I) y (II)" supl. FMC, 1994.
9. Siles González J. Historia de la enfermería. Alicante: Ed. Aguaclara; 1.999.
10. Moral de Calatrava P. La enseñanza de la Historia de la Enfermería en España. *Index Enferm Digital* 2004; 47. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47_articulo_39-43.php [Consultado el 21 de marzo de 2005].
11. Collière F. Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1.993.
12. Hernández Conesa J. y Esteban Albert M. Fundamentos de la Enfermería, teoría y método. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1.999.
13. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Salvat. Barcelona 1978.
14. Hernández Conesa J. Historia de la enfermería. McGraw Hill – Interamericana. Madrid 1.995.
15. Hernández Martín F (coordinadora). Historia de la enfermería en España. Ed. Síntesis. Madrid 1996.

16. Ventosa Esquinaldo F. Historia de la enfermería española. Ed. Ciencia 3. Madrid. 1984.
17. Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Ed. Pirámide. Madrid 1986.
18. Roca JM. L'Hospital migeval de Sant Maciá, citado por Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Ed. Pirámide. Madrid 1986.
19. Juan Méndez de Salvatierra: Regla y Constituciones. Ed. Hugo de MENA, Granada, 1585. Citado en Historia de la enfermería española e hispanoamericana (Cecilio Eseverri Chaverri). Biblioteca de enfermería, Salvat. Barcelona 1984.
20. Hijos de la Congregación del Padre Bernardino Obregón escriben "Instrucción de enfermeros y modo de aplicar remedios a todo género de enfermedades y acudir a los accidentes que sobrevienen en ausencia de médicos", Pablo de Val, Madrid, 1650 citado por Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Ed. Pirámide. Madrid 1986.
21. Bernardino de Obregón: Constituciones y Regla de la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres. Impresos por Francisco de Ocampo, 1634. Reimpresas en 1689, Madrid. Citado en Historia de la enfermería española e hispanoamericana (Cecilio Eseverri Chaverri). Biblioteca de enfermería, Salvat. Barcelona 1984.
22. Constituciones del Hospital Real que en la Ciudad de Granada fundaron los Señores Reyes Católicos D. Fernando y Dña. Isabel. Mandadas guardar por los Señores D. Felipe II y D. Felipe IV. Impresas por segunda vez, en la Imprenta Real de Francisco Sánchez. Año 1671, Granada. Citado en Historia de la enfermería española e hispanoamericana (Cecilio Eseverri Chaverri). Biblioteca de enfermería, Salvat. Barcelona 1984.
23. García Martínez M.J. El método en enfermería. Una mirada desde la historia (siglo XVII). Metas de Enfermería. Dic 04/ene 05; 7(10): 58-64.
24. Eseverri Chavarri C. Historia de la enfermería española e hispanoamericana. Biblioteca de enfermería, Salvat. Barcelona 1984.
25. Uria Riu J. Médicos, boticarios y sanidad en Oviedo, a finales del S XV y primeros decenios del S XVI. La Balesquida, Oviedo, 1965. Citado por Tolivar Faes J. Historia de la medicina en Asturias. Ayalga ediciones. Gijón 1976.
26. Tolivar Faes J. Historia de la medicina en Asturias. Ayalga ediciones. Gijón 1976.
27. Frank CH. M., Elizondo T. Desarrollo histórico de la enfermería. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México DF 1961. 3ª reedición 1981.

28. Tolivar Faes J. Aspecto sanitario de Oviedo a través del catastro de 1.751. La Balesquida, Oviedo, 1962. Citado por Tolivar Faes J. Historia de la medicina en Asturias. Ayalga ediciones. Gijón 1976.
29. Herrera Rodríguez F. Un capítulo de la enfermería: la cirugía menor en la España del Siglo XIX. Cultura de los Cuidados. 2000. Año IV nº 7 y 8: 18-26.
30. Camaño Puig, Felipe Cabañero R, Castelló Cobo M. Estudiantes de la carrera de practicantes en la universidad de Valencia 1882-1890. Index Enferm Digital 2002; 38. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/38revista/38_articulo_35-39.php Consultado [consultado el 21 de marzo de 2005].
31. García Martínez AC, García Martínez MJ, Valle Racero JI. Comentario al libro: "Compendio de flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor o ministrante (1862)". Híades. Revista de Historia de la Enfermería. 1994; 1:37-43.
32. Arenal C. La Caridad de España. Abril de 1871. Citada por Hernández Martín F (coordinadora). Historia de la enfermería en España. Ed. Síntesis. Madrid 1996.
33. Ballesteros Álvaro AM. Manual del practicante y de partos normales (1906): Contenido y curiosidades. Cultura de los Cuidados. 2002. Nº 11:47-52.
34. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 35, (10-02-1995).
35. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 254, (23-10-2003).
36. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (21-11-2003)
37. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Boletín Oficial del Estado, nº 129, (28-05-2009).
38. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (29-06-2010).
39. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (29-06-2010).

40. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García Altés A, Gisbert R, Mar J, Puig Junoy J. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac Sanit* 2010;24(2):154-70.
41. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco: OSTEBA. http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-dkcont01/es/contenidos/informacion/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/presentacion_ostebe/es_1199/indice_c.html. [consultado el 21 de septiembre de 2012].
42. Cabiedes Miragaya L. Evaluación económica de tecnologías sanitarias, en III curso de actualización en medicina de familia y atención primaria. SEMERGEN. 2003.
43. Ostebea. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Guía de Evaluación Económica en el Sector Sanitario. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria,1999.
44. Repullo JR. Taxonomía práctica de la “desinversión sanitaria” en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.* 2012;27(3):130-138.
45. Puig Junoy J, Ortún Rubio V, Pinto Prades JL. Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. *Aten Primaria* 2001;27:186-9.
46. Del Llano J, Pinto JL y Abellán JM, editores. Eficiencia y Medicamentos: Revisión de las guías de Evaluación Económica. La cuarta garantía. Madrid: Sanofi-Aventis; 2008.
47. Costi M, González de Dios J, Sacristán JA. Evaluación Económica en Medicina (III). Revisión de las directrices para la realización de evaluaciones económicas. Instrumentos de valoración de la calidad metodológica *Evid Pediatr.* 2010;6:20.
48. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud. BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003.
49. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE nº 98, de 24 de abril de 2012.
50. 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. BOE nº222, de 16 de septiembre de 2006.
51. Rovira J, Antoñanzas F. Economic analysis of health technologies and programmes. A Spanish proposal for methodological standardisation. *Pharmacoeconomics.* 1995;8:245-52.

52. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, Puig-Junoy J. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2008. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2006/22.
53. Drummond M, Brandt A, Luce B, Rovira J. (1993) Standardizing methodologies for economic evaluation in health care. Practice, problems and potential. *Int. J. Technol Asses Health Care*, 9: 26- 36.
54. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
55. Mira JJ, Rodríguez Marin J, Peset R, Ybarra J, Pérez Jover V, Palazon I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en los hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(5):273-83.
56. Duarte Climents G, Aguirre Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enferm clin* 2003;13(1):7-15.
57. Mira JJ, Rodríguez Marin J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:36-42.
58. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(1):22-9.
59. Palacio Lapuente F, Díez JD. ¿Influye la calidad técnica de nuestro trabajo en la satisfacción de nuestros clientes?. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:661-6.
60. Hall JA, MC Dornan. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and análisis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27(6):637-644.
61. Saturno PJ, Navarro FJ. Encuestas de satisfacción, encuestas de expectativas y encuestas tipo informe. En Saturno PJ. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Universidad de Murcia. 2001. (ISBN: 84-930932-4-6).
62. López Santiago A, Lara Peñaranda R, de Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Atención Primaria* 2000; 26:61-69.
63. Alfaro-González JV, García-Giralda L, Guirao L, Casas I, Sandoval C, Buitrago L. Gestión de calidad en el programa de cirugía menor en atención primaria. *Calidad Asistencial* 2004; 19:380-387.

64. Basterrechea Oiarzabal J, Lazkano Galdós I, Irusta Argoitia M, Odriozola Gojenola M. Cirugía menor en el Centro de Salud de Markina, Vizcaya. *Semergen* 2002; 28:479-483.
65. Gómez Langley SL, Sánchez Laguna FJ, Portero Bolaños A. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:267-8.
66. Belenguer Tarín MV, González Cano J, Aliaga Abad F. Estudio de satisfacción de los usuarios intervenidos de cirugía menor en un centro de salud. *Centro de Salud* 2002; 6:341-347.
67. Estopá Dueso J, Hernández Velasco MA. Cirugía menor en una consulta de APS. Encuesta de satisfacción de los usuarios. *Revista de la SEMG* 2003; 52:191-196.
68. Tarraga López PJ, Pérez Rodríguez MT, Ocaña López JM, Cerdan Oliver M, López Cara MA, Palomino Medina MA. Análisis de los costes de la cirugía menor en atención primaria. *Rev Esp Econ Salud*; 2005, 4:266-272.
69. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, MENA Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villaroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Atención Primaria*.; 1996, 17:74-78.
70. Arroyo Sebastián A, Tomás Gómez AJ, Andreu Gálvez J, García Peche P, Arroyo Sebastián MA, Costa Navarro D, et al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32(6):371-5
71. ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
72. Pérez Rodríguez MT. Implantación de un programa de cirugía menor en una zona básica de salud [tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid; 2002.
73. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, Kneebone R, Lowy A, Leppard B, Jayatilleke N, McCabe C. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MiSTIC trial. *Health Technol Assess*. 2008 May;12(23):iii-iv, ix-38.
74. Foulkes A. Minor surgery in general practice. *Br Med. J* 1993; 307: 685-691.
75. Brown JS. Should general practitioners perform minor surgery? [editorial]. *Br J Hosp Med*. 1988; 39: 103.
76. Oltra E, González C, Mendiolagoitia L, Sánchez P. *Suturas y cirugía menor para profesionales de enfermería*. Madrid: Ed. Panamericana, 2007.

77. Gómez Sáez J, Olivas Molina M, Ruiz Martínez T, Moraga Lara B, Piñero Sánchez A, Urbano Nohales C. Papel enfermero en la cirugía menor en atención primaria de salud. *Metas de Enfermería* 2000; 22:27-33.
78. Oltra E, Mendiolagoitia L. Enfermería y cirugía menor. Antecedentes históricos, legalidad y situación actual en Asturias. *Centro de Salud*. 1999; 7:255-260.
79. Bandyopadhyay D, Turnpenny B, Dewar EP. Direct Access Minor Surgery service--patient satisfaction and effectiveness. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005 Jul;87(4):248-50.
80. Martin S. Developing the nurse practitioner's role in minor surgery. *Nurs Times*, 2002; 98 (33):39-40.
81. Charles A, Le Vasseur SA, Castle C. Suturing of minor lacerations by clinical nurse specialists in the emergency department. *Accid Emerg Nurs*. 1999; 7 (1):34-8.
82. Nordberg E, Hofman J. Major and minor surgery at a rural African hospital. *J Trop Med Hyg*, 1994; 97 (3):138-44.
83. Rushforth H, Bliss A, Burge D, Glasper EA. A pilot randomised controlled trial of medical versus nurse clerking for minor surgery. *Arch Dis Child*. 2000 Sep;83(3):223-6.
84. Al-Shammari S, Khoja T. Minor surgery at primary care centers in Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*. 1996; 16 (5):534-8.
85. Dirección General de Atención Primaria y Especializada, Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la experiencia piloto de CM en AP. 1997.
86. Caballero Martínez F. Cirugía Menor en el Centro de salud: Situación actual y perspectiva de futuro. *Atención Primaria*. 2005; 36: 535-536.
87. Servicio Andaluz de Salud. Plan estratégico. Cartera de servicios de atención primaria. 2000.
88. Domínguez Guerrero F, García Juárez MR, Padilla Marín C, Rodríguez Bouza M. Cirugía Menor. Desarrollo de Nuevas Competencias Enfermeras. 2011. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_estratcuidados_2_2_6 (Consultado el 26 de junio de 2011).
89. Nestel D, Kneebone R, Kidd J. Teaching and learning about skills in minor surgery. *J Clin Nurs*. 2003; 12 (2):291-6.
90. Nestel D, Kneebone R, Martin S. Inter-professional learning: discussion groups in a minor surgery skills course for nurses. *Nurse Educ Pract*. 2004; 4 (4):236-43.

91. Gmajnić R, Pribić S, Lukić A, Ebling B, Čupić N, Marković I. Effect of Surgical Training Course on Performance of Minor Surgical Procedures in Family Medicine Physicians' Offices: an Observational Study. *Croat Med J.* 2008;49:358-63.
92. Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería. 2004. Agencia Nacional de Acreditación de la Calidad y Acreditación (ANECA).
93. REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
94. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.
95. Quintanilla Santamaría M, Ortega Sánchez C, Majolero Díaz I, Bueno Algora R. Actividades de cirugía menor en un Centro de Salud. Estudio descriptivo. *Semergen* 2002; 28:475-478.
96. Díaz Gallego F, Fraga Fraga A, Santiveri Villuendas A, Prado C, Moreno Escriba S, Guarne E. La cirugía es dos veces buena en atención primaria. Comunicación en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Bilbao, 13-15 de junio de 2012.
97. Delgado Zafra S, Casa Nicot B, Gavira Iglesias J. Análisis de un programa de salud: cirugía menor en Atención Primaria. *Med Fam Andal* 2012;13(1):28-33.
98. Menárguez Puche JF, Alcántara Muñoz PA. Calidad de la cirugía menor en atención primaria. ¿Son adecuados los indicadores habituales?. *Atención Primaria* 2001; 28:80-81.
99. Cruzado Quevedo J, Hernández Soler J, Alcántara Muñoz PA, López Román FJ, Contreras García C, Sánchez Quiles C. Los costes de un programa de cirugía menor durante un año en un centro de atención primaria de salud. *Med Fam Comun* 2003; 13:277-284.
100. Vaquero Martínez JJ, García Aparicio J, Díaz Gómez J, Blasco Paredes D. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria según el nivel de facturación. *Aten Primaria* 2002;30:86-91.
101. Martín Alonso E, Castaño Pinto M, Miguel Benito A, Cortés García M, Alonso Paniagua A, Gonzalo Moreno A. Cirugía menor en Atención Primaria. Seguimiento de lesiones malignas. *Centro de Salud* 2000; enero:26-28.
102. Dunlop N. Advancing the role of minor surgery for nurses. *Br J Nurs.* 2010;19(11):685-691.

103. Laing A. Minor surgery: an extended role for ophthalmic nurses in the United Kingdom. *Insight*. 1999;24 (1):5-9.
104. Russell BT, Russell RB. The role of the plastic surgery nurse collagen specialist. *Plast Surg Nurs*. 1990;10 (2):51-61.
105. Brown JS. Minor operations in general practice. *Br J Med* 1979;1(6178):1609-1610.
106. Godfrey E, Watkiss M, Schnieden H. Initiation and evaluation of a pilot scheme for minor surgery in general practice. *Health Trends* 1990;2:57-9.
107. O'Cathain A, Brazier JE, Milner PC, Fall M. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *Br J Gen Pract* 1992;42(354):13-17.
108. Tárraga López PJ, Marín Nieto E, García Olmo D, Celada Rodríguez A, Solera Albero J, Cerdán Oliver A, Boix Gras C. Impacto económico de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27(5):335-8.
109. Cruzado Quevedo J, Hernández Soler J, Alcántara Muñoz B, López Román FJ. *Medifam* 2003;13:277-284.
110. Johnston K, Buxton MJ, Jones DR, Fitzpatrick R. Assessing the costs of healthcare technologies in clinical trials. *Health Technol Assess*. 1999;3(6):1-76.
111. Hutter MF. Análisis comparativo de la metodología de los estudios de evaluación económica de tecnologías sanitarias en Europa [tesis doctoral]. Logroño: Universidad de La Rioja; 2012.
112. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A, González-Baylín Monje ML, Laguna Delgado L, Verdugo Rosado M. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y la satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)*. 1996;107(20):772-5.
113. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple ítem scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64:12-40.
114. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. *Calidad total en la gestión de servicios*. Díaz de Santos. Madrid 1993.
115. Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004;5(17):23-9.
116. Dirección General de Atención Primaria y Especializada, Ministerio de Sanidad y Consumo. *Evaluación de la experiencia piloto de CM en AP*. 1997.

117. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Rodríguez Torres MC, Rodríguez Torres MA, Alcázar Iglesias M, Pereira Becerra F. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enferm clin* 2001;11(4):145-54.
118. Mahtani Chugani V, Axpe Caballero MA, Serrano Aguilar P, González Castro I, Fernández Vega E. Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud; 2006.
119. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995. (331) 42-45
120. Day I. Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists. Londres. 1993. Routledge.
121. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aladine. 1967.
122. Strauss A. Qualitative analysis for social scientist. Cambridge: Cambridge University Press. 1987.
123. Blumer, H. Symbolic interactionism: Perspective and method. 1969. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
124. De la Cuesta Benjumea, C. El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*. 2003.2(4):1-27. [consultado el 6 de diciembre de 2012]
http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf
125. Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Madrid: Díaz de Santos. 1991
126. Soto Álvarez J. Evaluación económica de medicamentos y tecnologías sanitarias: principios, métodos y aplicaciones en política sanitaria. Madrid: Springer SBM Spain, S.A.U, 2012
127. Drummond MF, Jefferson T. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ* 1996;313:275-83.
128. Abellán Perpiñán JM, Sánchez Martínez FI, Martínez Pérez JE. La medición de la calidad de los estudios de evaluación económica. Una propuesta de 'checklist' para la toma de decisiones. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 71-84.

129. Rovira Fornis J, Antoñanzas Villar F. Estudios de Evaluación Económica en Salud. Med Clin.2005;125(supl.1):61-71.
130. <http://www.ine.es/varipc/index.do>.
131. Rivero Cuadrado A (coordinador). Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.
132. Luce BR, Elixhauser A. Estimating costs in the economic evaluation of medical technologies. Int J Tech Ass in Health Care 1990;6: 57-75.
133. Antoñanzas Villar F, Antón Botella F. Evaluación económica de eptifibatide. Rev Esp Cardiol. 2001;54(2):169- 174.
134. Richarson AW, Gafni A. Treatment of capital costs in evaluating health care programmes. Cost and Management 1983; (Nov-Dec):26-30
135. Encuesta de Estructura Salarial de 2009. Instituto Nacional de Estadística. [consultada el 28 de agosto de 2012]
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/p133&file=inebase>.
136. La jornada laboral pactada en los convenios colectivos del período 2007-2009. Comisión consultiva nacional de convenios colectivos. Observatorio de la Negociación Colectiva. Ministerio de Trabajo e Inmigración. [consultado el 28 de agosto de 2012]
http://www.empleo.gob.es/es/sec_trabajo/ccncc/descargas/Jornada_Pactada_2007-2009_ONC_CCNCC_MTIN.pdf.
137. Memoria del 2009 del Servicio de Salud del Principado de Asturias. [consultado el 28 de agosto de 2012]
http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/Memoria%20SESPA%202009.pdf.
138. Listas de espera. AsturSalud. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias [consultado el 28 de agosto de 2012]
<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=99ee4a6871796210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=8b89b02ee4cf4210VgnVCM10000097030a0aRCRD>.
139. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. Aten Primaria. 2001;28(05):320-5.
140. El Haddad GN, Tobal Fernández AB, Ballesteros Pérez AM, Pérez Maroto M, Jiménez Ramírez C. El fondo de saco de la cirugía menor en atención primaria: beneficio o agravio. Comunicación en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Bilbao, 13-15 de junio de 2012.

141. Caurel Sastre Z, Caballero Encinar N. Cirugía menor, ¿satisfacción y calidad?. *Aten Primaria*. 2012;44:52
142. Matía Cubillo AC, de Juana Izquierdo FJ, Zhygálova O, Udaondo Cascante MA. Cirugía menor en el ámbito urbano y en el ámbito rural de atención primaria. *Aten Primaria*. 2009;41(07):422-423
143. Serra M, Arévalo A, Ortega C, Ripoll A, Giménez N. Minor surgery activity in primary care. *J R Soc Med Sh Rep*. 2010;1:36
144. González Anguren C, Osés Primo R, Molinero Pinilla R, Parra Osés, Red Arroyo S. Lesiones premalignas y malignas en cirugía menor de un centro de salud. Las apariencias engañan. *Aten Primaria*. 2003;32(10):571-6
145. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies by general practitioners. *BMJ*. 1991;303:1177-9
146. Cross P, Parslew R, Rhodes L, Suvarna SK, Shortland JR, Smith JHF. Is histological examination of tissue removed by GPs always necessary?. *BMJ*. 1988;316:778.
147. Lowy A, Willis S, Abrams K. Is histological examination of tissue removed by general practitioners always necessary? Before an after comparison of detection rates of serious skin lesions. *BMJ*. 1977;315:406-8.
148. Graells J, Espinola A, Barrio C, Muñoz MD, Román A, Parellada N. Cirugía menor ambulatoria dermatológica y crioterapia. Estudio comparativo entre un dermatólogo y médicos de familia. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:171-7
149. Weisnstein BR, Bernhard JD, Winters TH. Is it appropriate for primary care physicians to perform skin biopsies?. *Arch Intern Med*. 1986;146:1293-4.
150. Borbujo J. Dermatología y Atención Primaria: una relación obligada. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:159-63
151. Ortiz Martín EJ, López Torres G, Rodríguez Delgado E, Albendín García L, Martín López I, Guerrero Briz MT. Cirugía menor en un centro de salud urbano: evaluación de la calidad de los registros de los consentimientos informados. Comunicación en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Bilbao, 13-15 de junio de 2012.
152. Domínguez Romero M, Galiana Martínez JA, Pérez Vega FJ. Manual de cirugía menor. Madrid: Ediciones Arán; 2002.
153. Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 99-106.

154. Oltra Rodríguez E, Riestra Rodríguez R. La democratización de las relaciones enfermera/ciudadano: el consentimiento informado. *Metas de Enferm.* 2005;8(6):67-71
155. Fraga Fraga A, Díaz Gallego F. Cirugía menor en Atención Primaria: Usuarios satisfechos. Comunicación en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Bilbao, 13-15 de junio de 2012.
156. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2011;25(2):95-105.
157. Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Australia and New Zealand Health Policy.* 2007;4:23.
158. Repullo JR. Taxonomía práctica de la desinversión sanitaria en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.* 2012;27(3):130-8.
159. Campillo Artero C, Bernal Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit.* 2013;27(2):175-9.
160. Lázaro P. Necesidad, adecuación y utilización de servicios sanitarios. Capítulo docente para el curso Master en dirección Médica y Gestión Clínica de la UNED/ENS. 1999 [consultado 1 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.taiss.com/publi/absful/uned-neces-adec-utiliz.pdf>
161. Ortún V. La enfermería en el mundo que viene. *Enferm Clin.* 2013;23(2):45-47.
162. Hernández Yañez JF. La enfermería ante el espejo: mitos y realidades. Fundación Alternativas. 2010.

10- Anexos

ANEXO I: Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias.

	SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS IV
		Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias C/ Celestino Vilamíl s/n 33008.-Oviedo Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28 Fax: 985.10.87.11 e-mail: ceicr_asturias@hca.es
		Área Sanitaria

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 20/2010, titulado: "ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LA CIRUGÍA MENOR EN COTES, CALIDAD TÉCNICA Y CALIDAD PERCIBIDA SEGÚN PROFESIONALES Y NIVELES ASISTENCIALES DONDE SE REALIZA". Investigador Principal D. Enrique Oltra Rodríguez enfermero del Centro de Salud de Llanera.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

En Oviedo a 17 de febrero dos mil diez

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA REGIONAL DEL PRINCIPADO DE
ASTURIAS

ANEXO II: Autorización de los responsables de los centros sanitarios estudiados.



OBJETO:

DESTINATARIO:

CONTEXTO:

JUSTIFICACIÓN:

CONCLUSIÓN:



Objeto:

Destinatario:

Contexto:

Justificación:

Conclusión:



OBJETO:

DESTINATARIO:

CONTEXTO:

JUSTIFICACIÓN:

CONCLUSIÓN:



CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN

Se autoriza al grupo de investigación formado por:

- Enrique Ojeda Rodríguez (Investigador principal)
- Soledad Fernández García
- Laura Calles Rodríguez
- Susana Sierra Rodríguez
- Cristina Escobedo Alfo

para realizar los estudios necesarios (gestión de historias, consulta, forma de derivación, etc.) para llevar a cabo el proyecto de investigación titulado:

"Análisis de efectividad y eficiencia de la cirugía menor en centros, calidad técnica y calidad percibida según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza"

Susana Sierra Rodríguez
PRESIDENTE COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

ANEXO III: Cálculo de costes. Aplicación de tasas de descuento.

Coste material no fungible	Amortizable 7 años	Amortizable 1 año
Hospital	2720,2	49
AP	7612,84	49

	Coste/año en Hospital	Nº intervenciones Hospital	CAEIC* Hospital por intervención	Coste/año en AP	Nº intervenciones AP	CAEIC*. AP por intervención	Diferencia
T. Desc. 3%	472,86	1.850	0,26	1.235,35	650	1,90	1,64
T. Desc. 0%	437,57	1.850	0,24	1.136,57	650	1,75	1,51
T. Desc. 5%	496,69	1.850	0,27	1.302,03	650	2,00	1,73

*CAEIC: Coste anual equivalente para la inversión de capital.

ANEXO IV: Cálculo de costes. Análisis de sensibilidad.

Análisis de sensibilidad en relación con los costes del material no fungible por intervención, aplicando un +/- 10% al número de intervenciones realizadas.

		Hospital	
		nº intervenciones en HOSP	CAEIC* HOSP por intervención
Más 10%	T Desc 3	2035	0,23
	T Desc 0	2035	0,22
	T Desc 5	2035	0,24

		nº intervenciones en HOSP	CAEIC* HOSP por intervención
		Menos 10%	T Desc 3
T Desc 0	1665		0,26
T Desc 5	1665		0,30

La diferencia entre el valor máximo y el mínimo no llega a 0,10€

		AP	
		Nº intervenciones en AP	CAEIC* AP por intervención
Más 10%	T Desc 3	715	1,73
	T Desc 0	715	1,59
	T Desc 5	715	1,82

		Nº intervenciones en AP	CAEIC* AP por intervención
		Menos 10%	T Desc 3
T Desc 0	585		1,94
T Desc 5	585		2,23

La diferencia entre el valor máximo y el mínimo no llega a 1€

Análisis de sensibilidad en relación con los costes directos no sanitarios (CDNS), aplicando +/- 10% a la duración del tiempo de las intervenciones

		Tiempo intervención (minutos)	CDNS/intervención (€)
		AP	más 10%
	24,5		24,08
menos 10%	22,05		23,4

La diferencia entre el valor máximo y el mínimo no llega a 1,5€

		Tiempo intervención (minutos)	CDNS/intervención (€)
Hospital	más 10%	24,86	48,62
		22,6	47,89
	menos 10%	20,34	47,17

La diferencia entre el valor máximo y el mínimo no llega a 1,5€

Análisis de sensibilidad en relación con los costes de personal del médico en AP (contabilizando también la auxiliar de enfermería), aplicando +/- 10% a la duración del tiempo medio de las intervenciones y a la estimación del tiempo medio de atención no directa a los pacientes:

		Duración media intervención (minutos)	Coste/intervención (€)
Médico AP + auxiliar enfermería	más 10%	26,95	37,56
		24,50	34,15
	menos 10%	22,05	30,73

La diferencia no llega a 3,5 €

		Tiempo medio de atención no directa a los pacientes (minutos)	Coste/intervención (€)
Médico AP + auxiliar enfermería	más 10%	96,8	35,08
		88	34,15
	menos 10%	79,2	33,26

La diferencia no llega a 1 €

Análisis de sensibilidad en relación con los costes de personal de enfermería en AP (contabilizando también la auxiliar de enfermería), aplicando +/- 10% a la duración del tiempo medio de las intervenciones y a la estimación del tiempo medio de atención no directa a los pacientes:

		Duración media intervención (minutos)	Coste/intervención (€)
Enfermera + auxiliar enfermería	más 10%	26,95	29,89
		24,50	27,18
	menos 10%	22,05	24,46

La diferencia no llega a 3 €

		Tiempo medio de atención no directa a los pacientes (minutos)	Coste/intervención (€)
Enfermera + auxiliar enfermería	más 10%	114,95	28,11
		104,5	27,18
	menos 10%	94,05	26,31

La diferencia no llega a 1 €

ANEXO V: Publicaciones y presentaciones en reuniones científicas de los resultados de la Tesis.

- “Cirugía menor en atención primaria: ¿es menor el problema?” (**Ponencia**). 1º Congreso de la Sociedad Española de Heridas. Madrid, 2-4 de febrero de 2011.
- “Epidemiología de la Cirugía Menor en Atención Primaria. Estudio descriptivo de 40.000 intervenciones” (**Comunicación**). 1º Congreso de la Sociedad Española de Heridas. Madrid, 2-4 de febrero de 2011.
- “Historia de la enfermería. Una perspectiva desde la cirugía menor” (**Conferencia inaugural**). 8º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica. Gijón, 16-18 de noviembre de 2011.
- Epidemiología de la cirugía menor en atención primaria. Estudio descriptivo de 50.000 intervenciones. Heridas y Cicatrización. 2012;9(3):26-9 (ISSN 2171-8644)
- “Cirugía Menor como actividad de enfermería familiar y comunitaria: epidemiología y análisis de calidad técnica”. (**Comunicación Oral**) II Congreso Internacional y VII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Barcelona. 16-18 de mayo de 2012.
- “Cirugía menor. Descripción y análisis comparativo de la calidad. (**Comunicación Oral**) XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Bilbao. 13-15 de junio de 2012.
- “Calidad percibida por los usuarios que precisan cirugía menor según nivel asistencial y profesional que interviene” (**Comunicación**). XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. INVESTEN-Instituto de salud Carlos III. Cartagena, 6-9 de noviembre de 2012.

ANEXO VI: Premios y financiación.

- Proyecto evaluado y financiado parcialmente por la Oficina de Investigación Biosanitaria del Gobierno del Principado de Asturias con el código AP10-10. Junio 2010.
- Primer premio a la mejor comunicación en el 1º Congreso de la Sociedad Española de Heridas por “Epidemiología de la cirugía menor en atención primaria. Estudio descriptivo de 40.000 intervenciones”. Madrid, 2-4 de febrero de 2011.