Revisión de la medición de la actividad asistencial de las Enfermeras en Atención Primaria y propuestas para la planificación estratégica de RRHH.

1. Justificación:

Medir la actividad de una organización debería servir, no solo para cuantificar el trabajo que realizan los y las trabajadoras de la misma (y así poder tomar decisiones sobre los recursos humanos necesarios), sino también para poner en valor lo específico de cada una de las categorías que la componen (contribuyendo con ello a su reconocimiento).

Por ello no pueden servir los mismos indicadores para evaluar y poner en valor la actividad que realiza un administrativo, un fisioterapeuta, una matrona, un médico o una enfermera. Solo con indicadores adaptados a la actividad de cada una de estas profesiones, se cumplirá el objetivo de que cada categoría se vea reflejada en los resultados que le presenta su organización y sienta el reconocimiento que se deriva de que se recoja su propia especificidad.

La planificación de recursos humanos en Atención Primaria exige indicadores que reflejen fielmente la actividad real, incorporando, en el caso de las enfermeras, la complejidad de los cuidados.

La medición actual de la actividad asistencial de las enfermeras presenta limitaciones metodológicas relevantes, tanto para la medición cuantitativa (presión asistencial) como para la cualitativa (complejidad de cuidados y actividades invisibles).

De forma histórica la medición de la actividad enfermera no contabiliza, ni reconoce todo el trabajo "invisible" que realizan las enfermeras para el soporte y funcionamiento del centro de salud: gestión del programa de inmunización, gestión de petitorios, almacenaje y revisión de medicación y material fungible y no fungible, mantenimiento de aparataje, etc…Así mismo, todas las intervenciones de EpS a grupos e Intervenciones comunitarias no tienen un reconocimiento real en la medición de la presión asistencial, por el contrario lo único que refleja es su disminución.

Actualmente, además, hay que añadir que, las recientes propuestas de la GAAP hacia modelos organizativos por áreas y con diseños de agendas centralizadas (vacunaciones, demandas agudas, "triajes"…), tienen como consecuencia, no solo la "despersonalización de los cuidados" sino la disminución de la presión asistencial individual de las enfermeras, igualando la atención a un problema de salud agudo y leve al abordaje de problemas de cuidados complejos. Este hecho, a menudo, en los discursos de los responsables directivos de AP, se utilizan para asignar nuevas tareas o para justificar la necesidad de mejorar la actividad enfermera o aumentar su presión asistencial, con un discurso subliminal de "falta de actividad" "población atendida baja", etc…

2. Limitaciones detectadas:

- Uso de jornadas teóricas en lugar de jornadas efectivas.
- Reflejo de la actividad enfermera de las agendas centralizadas SOLO en el resumen del centro.
- Ausencia de ponderación por complejidad de cuidados. La prueba más evidente de esto es la ponderación de la atención en domicilio, que se contabiliza en la presión asistencial en la misma medida que la atención en demanda a un proceso de IRA leve que se refleja en una visita de 10 minutos en agenda.
- Ausencia de reflejo de actividades de EpS a grupos e intervenciones comunitarias.
- Ausencia de medición de actividades no clínicas y organizativas, actividades invisibles, que si no se realizaran causarían un posible daño sobre la población atendida y harían muy difícil o casi imposible el funcionamiento del centro de salud, como son revisión de carro de paradas, caducidades de medicación, gestión de vacunas y almacén…
- Desajuste con el modelo enfermero comunitario y atención longitudinal.
- Diseño de una medición más encaminada a reflejar la actividad de atención a la demanda aguda(que normalmente se puede atender en el tiempo asignado a un acto de visita de 10 minutos en la agenda normalizada) más que a medir la atención a la cronicidad, la fragilidad y la vulnerabilidad, ya que estos temas requieren más tiempo, sucesivas visitas, personalización de los cuidados e intervenciones más complejas en la mayoría de los casos.

3. Impacto en la organización:

- Infraestimación de la carga asistencial real de las enfermeras en AP.
- Decisiones de planificación inadecuadas.
- Ausencia de reconocimiento del valor que aportan las enfermeras.
- Pérdida de visibilidad del rol enfermero.
- Impacto en calidad asistencial, continuidad de cuidados y del tiempo dedicado a la prevención y promoción y otras actividades propias de las enfermeras y que redundan en la salud de la población atendida.
- Reducción del tiempo dedicado a la atención de la población vulnerable, que requiere más recursos en su atención, primando el trabajo por tareas y la atención únicamente del problema detectado, sin abordar causas ni anticipación.

4. Propuestas de mejora:

1. Ajustar indicadores a jornadas reales trabajadas.
2. Priorizar la personalización de los cuidados, evitando las organizaciones centralizadas, a excepción de aquellas que estén condicionadas por aparatajes únicos o problemas estructurales.
3. Construir indicadores cualitativos que midan actividad no registrada.
4. Introducir nuevos indicadores transparentes que detallen su construcción y que reflejen la actividad real desarrollada por las enfermeras.
5. Desarrollar sistemas de ponderación por complejidad de cuidados.

6. Incorporar indicadores poblacionales (cronicidad, dependencia).
7. Medir actividad no presencial y comunitaria.
8. Pilotar modelos alternativos de carga asistencial.
9. Incluir participación de las enfermeras en el diseño de indicadores.

5. Recomendaciones estratégicas:

- Evolucionar hacia un modelo mixto de medición basado en volumen, complejidad y perfil poblacional.
- Alinear los indicadores con el modelo enfermero de atención primaria.
- Utilizar estos indicadores para la planificación equitativa de recursos humanos.

6. Conclusión:

Es IMPRESCINDIBLE revisar el modelo actual de medición de la actividad asistencial de las enfermeras en AP para garantizar decisiones de gestión basadas en datos reales y completos.

14/septiembre/2026

Junta Directiva SEMAP