

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA  
de la Fundación “la Caixa”**

## **PASADO, PRESENTE Y FUTURO**

**Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

### **AUTORES:**

- **González Rodríguez, Eva Maria**
- **Gutiérrez Benito, Alicia**
- **Molina Raya, Lorena**
- **Otero Romero, Miriam**
- **Posa Val, Verónica**

**Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Master.**

PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias

**Trabajo dirigido por el Profesor :** Sr. José Tejada

**Comisión Evaluadora:**

Sra. Montserrat Teixidor	Presidenta
Sr. Esteve Pont	Secretario
Sra. Concepció Ferrer	Vocal
Sra. Marisol Rodríguez	Vocal
Sr. José Tejada	Vocal

**Presentado en fecha:** 20 de Octubre del 2008

Aceptado en Fecha:

**Línea de Investigación:** Unidades de enfermería, organización formal.

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	Página 8
Objetivos de la investigación.....	Página 10
<b>I.    MARCO TEORICO</b>	
<u>Capítulo 1.- El Triaje Enfermero.....</u>	Página 12
1.1.- Origen del triaje: Breve apunte histórico.....	Página 12
1.2.- Escalas, Sistemas o Modelos de triaje estructurados.....	Página 14
1.2.1.- Escala de triaje Australiana.....	Página 15
1.2.2.- Escala Canadiense.....	Página 16
1.2.3.- Escala Manchester.....	Página 17
1.2.4.- Índice Emergencia Severa.....	Página 19
1.2.5.- Modelo Andorrano de Triaje.....	Página 20
1.2.6.- Sistema Triaje Español.....	Página 20
1.3.- Síntesis comparativa de los diferentes sistemas de triaje.....	Página 20
1.4.- Desarrollo de un modelo de triaje enfermero estructurado.....	Página 21
1.4.1.- Introducción.....	Página 21
1.4.2.- Objetivos.....	Página 22
1.4.3.- ¿Quién realiza el triaje?.....	Página 23
1.4.4.- Programa de ayuda al triaje (PAT)...	Página 24
1.4.5.- Protocolos de triaje avanzado.....	Página 29
1.4.6.- Necesidades para la implantación del modelo.....	Página 29

**Capítulo 2.-Satisfacción laboral en urgencias..... Página 31**

**2.1. - Definición de Satisfacción.....** Página 31

**2.2.- Teorías sobre la satisfacción laboral.....**Página 33

**2.3.- La satisfacción en los servicios de Urgencias.....** Página 38

**2.4.- Factores relacionados con la satisfacción laboral del personal de enfermería de urgencias.....**Página 43

**2.5.- Satisfacción laboral en el uso de la herramienta de triaje por enfermería en los servicios de urgencias.....**Página 48

**2.6.- Instrumentos.....**Página 50

**Capítulo 3.- Liderazgo.....Página 52**

**3.1.- Definición de Liderazgo.....** Página 52

**3.2.- Evolución del concepto de Liderazgo.....** Página 55

**3.2.1.- Orígenes del concepto de liderazgo.....** Página 55

**3.2.2.- El liderazgo como un rasgo de personalidad.....** Página 56

**3.2.3.- El liderazgo como un estilo de comportamiento.....**Página 57

**3.2.4.- Los modelos anteriores: una crítica.....**Página 58

<b>3.3.- Teorías del liderazgo.....</b>	<b>Página 59</b>
<b>3.3.1.- Teoría del gran hombre.....</b>	<b>Página 59</b>
<b>3.3.2.- Teoría del carisma.....</b>	<b>Página 60</b>
<b>3.3.3.- Teoría del rasgo.....</b>	<b>Página 60</b>
<b>3.3.4.- Teoría de la situación.....</b>	<b>Página 61</b>
<b>3.3.5.- Teoría de la contingencia .....</b>	<b>Página 61</b>
<b>3.3.6.- Teoría del camino hacia la meta.....</b>	<b>Página 62</b>
<b>3.3.7.- Teoría del liderazgo situacional.....</b>	<b>Página 63</b>
<b>3.3.8.- Liderazgo de transformación.....</b>	<b>Página 63</b>
<b>3.4.- Estilos de Liderazgo.....</b>	<b>Página 65</b>
<b>3.4.1.- Liderazgo directivo.....</b>	<b>Página 65</b>
<b>3.4.2.- Liderazgo creativo.....</b>	<b>Página 66</b>
<b>3.5.- El liderazgo en los servicios de urgencias.</b>	<b>Página.67</b>

## **II. MARCO PRÁCTICO**

<b><u>Capítulo 4.- Hipótesis De La Investigación.....</u></b>	<b>Página 69</b>
<b>4.1.-Hipótesis Principal del Estudio.....</b>	<b>Página 69</b>
<b>4.1.1.-Variables.....</b>	<b>Página 69</b>
<b><u>Capítulo 5.- Metodología De La Investigación.....</u></b>	<b>Página 71</b>
<b>5.1.- Metodología.....</b>	<b>Página 71</b>
<b>5.2.- Población Muestra.....</b>	<b>Página 71</b>
<b>5.3.-Técnicas de Instrumentalización.....</b>	<b>Página 72</b>

**Capítulo 6.- Análisis Comparativo.....Página 74**

**6.1.- Introducción.....Página 74**

**6.2.- Análisis Comparativo ..... Página 75**

**6.2.1.- Datos Sociológicos..... Página 75**

**6.2.2.- Datos Situación Laboral..... Página 78**

**6.2.3.- Satisfacción Profesionales de Urgencias.....Página 88**

**5.2.4.-Clima Laboral de los Profesionales de urgencias.....Página 91**

**5.2.5.- Liderazgo de los Profesionales de Urgencias.....Página 93**

**5.2.6.- Nivel Tensión de los Profesionales de Urgencias.....Página 95**

**5.2.7.- Nivel Comunicación de los profesionales de Urgencias.....Página 97**

**6.3.- Análisis Inferencial..... Página 100**

**6.3.1.- Análisis en función del género....Página 100**

**6.3.2.- Análisis en función de los centros de trabajo.....Página 109**

**III. CONCLUSIONES**

**Capítulo 7.- Conclusiones .....Página 135**

#### IV. PROPUESTAS

##### Capítulo 8.- Propuestas.....Página 143

8.1.- Propuestas de Líneas de Investigación...Página 143

8.2.- Propuestas de Innovación.....Página 144

V. BIBLIOGRAFIA.....Página 150

VI. AGRADECIMIENTOS.....Página 158

VII. APÉNDICE (ANEXOS).....Página 160

ANEXO 1. Escalas y sistemas de triaje.....Página 160

ANEXO 2. Caso Práctico PAT.....Página 169

ANEXO 3. Cuestionario.....Página 188

ANEXO 4. Parrilla Jueces.....Página 194

ANEXO 5. Carta Jueces.....Página 197

ANEXO 6. Tabla Cualitativa sobre incentivos.....Página 201

ANEXO 7. Desglose de Gráficas Correspondientes  
a cada ítem de las escalas utilizadas.....Página 205

VIII. CRONOGRAMA..... Página 237

## 1.- INTRODUCCIÓN.

*¿Como triar<sup>1</sup> en el servicio de urgencias?:* Una pregunta tan sencilla y tan compleja de contestar. Durante los últimos años hemos visto incrementada la demanda de usuarios en el servicio de urgencias debido a diferentes factores: aumento de la población debido a la inmigración, a la esperanza de vida y la cronificación de las enfermedades entre otros factores.

Las prestaciones en los servicios de urgencia, han creado la necesidad de introducir en dichos servicios un sistema de filtro que gestione la afluencia de los usuarios y que seleccione dentro de los servicios con el fin de tutelar aquellos pacientes que presenten patologías más graves, de tal manera que la atención a estos no se demore.

Estos factores obligan a establecer sistemas de triaje<sup>2</sup> delante de la urgencia hospitalaria. El concepto de triaje, aunque su primera utilización se relaciona con el comercio a principios del siglo XII para la selección de telas o cafés, fue con las guerras napoleónicas cuando el triaje se difundió como un proceso mediante el cual sólo los soldados con lesiones menores recibían tratamiento para su rápida incorporación al frente, mientras los que presentaban heridas mortales eran apartados.

En el ámbito intrahospitalario nace alrededor de los años 60 en EUA, debido al aumento de la población que diariamente acudía a dichos servicios con un elevado porcentaje de patologías no urgentes y se han ido creando a partir de aquí otros sistemas de triaje en diferentes países.

En el Reino Unido se empezó a utilizar el triaje hace más de 20 años. Canadá, basándose en la experiencia australiana, elabora su propio modelo en 1995, llegando en 1998 por consenso a un único sistema de triaje, dividido en cinco modelos de color con control de calidad que en algunos hospitales supone un doble sistema de triaje, verificando el código atribuido.

En España cada hospital ha adoptado un sistema de triaje para los servicios de urgencias provocando que no exista la homogeneidad entre ellos pero verdaderamente ¿por qué no existe esta homogeneidad?, ¿no existe un sistema eficiente?

---

<sup>1</sup>Triar: Diversos autores, hacen referencia a este término mediante palabras como: cribar, clasificar, triage y triaje.

<sup>2</sup>Triaje: Término que procede de la palabra triar, pero no es reconocido por la real academia de la lengua española.



A lo largo de los años en la realidad sanitaria hemos visto diferentes sistemas como por ejemplo:

- El triaje realizado por un/a administrativo, es decir, no existe tal triaje, se produce una recogida de datos (admisión del usuario) y se le otorga un orden de espera para ser visitado. Este orden depende de la hora de la llegada del usuario al servicio de urgencias, a no ser que se produzca una gravedad obvia.

- El triaje realizado por un médico, el facultativo realiza una visita rápida a los usuarios que llegan al servicio y según la orientación diagnóstica decide la prioridad de la atención.

En la actualidad estos dos métodos son los más comunes, pero el cambio que se ha producido en la sociedad, como anteriormente hemos mencionado, provocando el incremento de las demandas de los servicios de urgencias por los usuarios ha generado que se tengan que desarrollar nuevos sistemas de triaje más efectivos.

En el año 2000 encontramos sistemas de triaje realizados por diplomados en enfermería, en este sistema encontramos dos modelos muy diferenciados:

- El triaje no estructurado realizado por Diplomados en Enfermería con escalas creadas por las propias instituciones.

- El triaje realizado según la MAT (Modelo Andorrano de Triaje) o SET (Sistema de Triaje Español) con este sistema de triaje, la enfermera acoge al paciente de forma casi inmediata a la llegada a urgencias, hace una valoración por signos y síntomas y le asigna un nivel de urgencia (escala del 1 al 5) mediante la utilización de un programa informático denominado PAT (Programa de Ayuda al Triaje). Una vez asignado el nivel de urgencia informará al paciente del tiempo y la ubicación de espera. Los tiempos de espera de cada nivel de urgencia vienen definidos por la PAT y si existe una demora en estos se ha de revalorar al paciente.

- Otros sistemas de triaje estructurados basados en la MAT/SET, pero adaptados a las necesidades propias del centro.

Los sistemas de triaje realizados por enfermería sobretodo la MAT, adoptado en España como SET (sistema español de triaje) se empieza a implantar con mayor frecuencia en los hospitales.

¿Será el triaje enfermero estructurado (MAT/SET) el sistema más eficiente del futuro para la gestión de los servicios de urgencias? ¿Será la enfermera la gestora de los flujos de urgencias?

Si se homogeneiza este sistema y queda demostrada su eficiencia, utilidad, validez y relevancia, ¿Qué aportará para la profesión enfermera?

¿ Le proporcionará a la enfermera una mayor satisfacción y liderazgo además del reconocimiento, por otros profesionales del equipo multidisciplinar, en el ámbito de las urgencias hospitalarias ?.

El propósito de nuestra investigación es analizar la situación actual con los diferentes sistemas de triaje que existen tomando como referencia de los diferentes sistemas cuatro hospitales para valorar el triaje enfermero estructurado como posible futuro para la gestión en los servicios de urgencia.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **❖ OBJETIVO PRINCIPAL**

Evaluar los diferentes sistemas de triaje y su influencia en la actuación de los profesionales de enfermería de urgencias

### **❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer la situación actual del triaje de urgencias en los hospitales delimitados en la muestra.
- Demostrar que el triaje enfermero aporta mayor liderazgo y satisfacción al personal de enfermería.
- Analizar las diferentes escalas de triaje que se utilizan en las diferentes instituciones hospitalarias a estudio basadas en el triaje enfermero.

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

- Constatar el impacto en las relaciones que se establecen entre el equipo multidisciplinar con la implantación del triaje enfermero basado en el liderazgo de enfermería.

## I.- MARCO TEÓRICO.

### Capítulo 1: El triaje enfermero

#### 1.1.- ORIGEN DEL TRIAJE: Breve apunte histórico

A principios del siglo XIX, en Francia, un médico cirujano del ejército de Napoleón, el Barón Dominique Jean Larrey (1766 – 1842) se dio cuenta que para mejorar la supervivencia de los soldados era necesario atender primero y de la forma más rápida a los más graves. Él aunque nunca llegó a utilizar el término triaje que proviene de traer,<sup>3</sup> fue el primero en actuar antes de que acabara la batalla, ignorando el rango y bando del soldado, y considerando la prioridad de su asistencia dependiendo de las lesiones que presentaban:

*“El mejor plan que puede adoptarse en estas emergencias, para prevenir las desastrosas consecuencias de dejar a los soldados gravemente heridos sin asistencia, es poner las ambulancias lo más cerca posible del campo de batalla y establecer cuarteles, en los que todos los heridos, que requieran delicadas intervenciones quirúrgicas, puedan ser reunidos para ser operados por el cirujano general. Aquellos que estén gravemente heridos deben recibir la primera atención, independientemente del rango o distinción. Aquellos lesionados en menor grado deben esperar hasta que sus compañeros de armas, que estén gravemente mutilados, hayan sido operados y curados, pues en caso contrario estos no sobrevivirían muchas horas y rara vez más allá del día siguiente. Por otro lado, las heridas ligeras pueden ser reparadas fácilmente en los hospitales de primera o segunda línea, especialmente en los oficiales que tienen medios de transporte. En último extremo, la vida no corre peligro por estas heridas”* (Dominique Jean Larrey: L’Hommage des invalides publicado en 1792. Página 86 a 89).

El triaje sanitario se desarrolló en el campo de batalla por dar prioridad a los soldados heridos con la finalidad de conocer el estado de éstos y saber cuando podrían volver al campo de batalla.

---

<sup>3</sup> Trier: término que proviene del francés “trier”, significa escoger u ordenar  
Equipo de investigación: González, E. Gutiérrez, A. Molina, L. Otero, M. Posa, V.  
Máster de Gestión y Administración de Curas de Enfermería.

Durante el siglo siguiente, esta práctica se extendió por todos los campos de batalla, de esta forma los soldados que no podían ser operados inmediatamente eran mantenidos en las mejores condiciones posibles. El triaje ha sido una ayuda muy importante en tiempos de guerra.

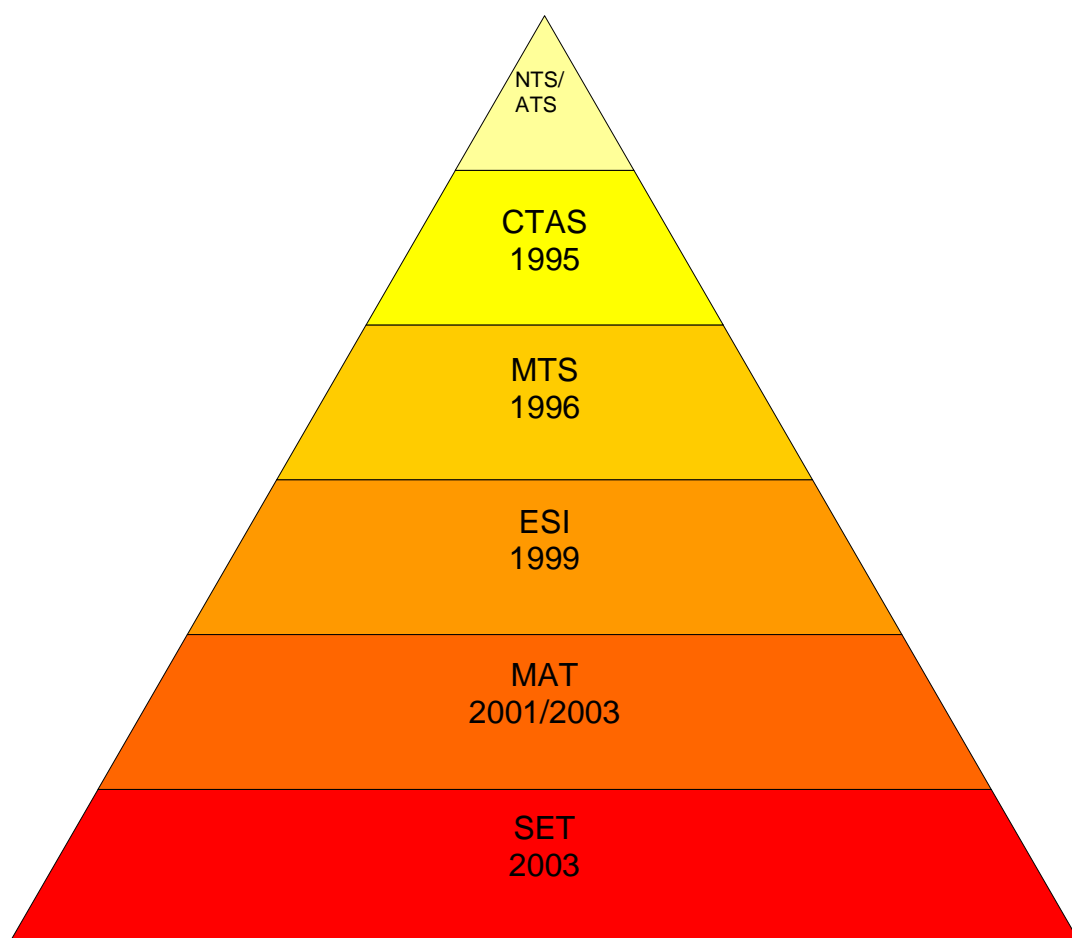
El triaje en los servicios de urgencias empieza a introducirse durante el siglo XX, un pionero en la introducción de una sistematización del triaje en urgencias y emergencias fue E. Richard Weinerman en el año 1964 en Baltimore.

Durante los años 60, en los EUA se desarrolló un sistema de triaje de 3 niveles de categorización (Emergente, Urgente y No Urgente) que fue superado en 1995 a un nuevo sistema americano de 4 niveles (Emergencia, alto potencial de urgencia, urgencia potencial y No Urgencia). Estos sistemas de triaje no dieron evidencias científicas por lo que no se consolidaron como estándares en sistemas de triaje. Paralelamente a la creación del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se creó la Escala Nacional de Triaje para los servicios de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de una escala previa de 5 niveles, la escala Ipswich utilizada inicialmente en el Hospital Box Hill y más tarde en el Hospital General de Ipswich. La escala NTS es una escala de 5 niveles (Nivel 1.- Reanimación, Nivel 2.- Emergencia, Nivel 3.- Urgente, Nivel 4.- Semiurgente y Nivel 5.- No urgente) que fue introducida por Jelinek y Fitzgerald y planteada por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias en 1993. Era una escala planteada en un ámbito estatal con ambición de universalización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala Australiana de Triaje (Australasian Triage Scale: ATS).

## **1.2.- ESCALAS, SISTEMAS O MODELOS DE TRIAJE ESTRUCTURADOS:**

Podemos decir que actualmente existen 6 escalas, sistemas o modelos de triaje estructurados:

Tras la implantación de la NTS/ATS en diferentes países se desarrollaron otros sistemas o modelos claramente influenciados por la escala australiana, adaptando los sistemas según sus características. (Ejemplos de escalas ver anexo 1)



### **1.2.1.- Australasian Triade Scale (ATS)**

Como se ha comentado anteriormente es una escala de 5 niveles (Nivel 1.- Reanimación, Nivel 2.- Emergencia, Nivel 3.- Urgente, Nivel 4.- Semiurgente y Nivel 5.- No urgente). La responsable de realizar el triaje es la enfermera que ha de estar preparada y entrenada. La característica clínica más urgente determina la categoría, normalmente es la combinación del problema actual junto con el aspecto del paciente.

El gravamen (examen) del triaje ha de realizarse entre 2 – 5 minutos obteniendo la suficiente información a través de una entrevista entre enfermera – paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse) para determinar la urgencia e identificar la necesidad inmediata.

No es necesario realizar ningún diagnóstico. Las constantes vitales se deberán tomar en aquellos casos en los que sean necesarios para valorar la urgencia. Si el paciente tiene una categoría 1 o 2 el gravamen más completo lo realizará la enfermera que proporciona el tratamiento. Para cada nivel/categoría existe un tiempo máximo de atención que no debe sobrepasarse, este tiempo ya está determinado y si se sobrepasa ha de hacerse un re-triaje (véase el cuadro). La documentación que se recoja del gravamen debe incluir como mínimo: fecha y hora del gravamen, nombre del oficial del triaje, que problemas agudos presenta, historia limitada y relevante, resultados relevantes del gravamen, categoría inicial asignada del triaje, categoría de re-triaje con tiempo y razón, área del gravamen y del tratamiento asignado, cualquier diagnóstico, primeros auxilios o medidas del tratamiento iniciado.

La ATS se utiliza de forma generalizada en Australia, pero no sólo como un sistema de triaje sino que se utiliza para medir el rendimiento de los servicios de urgencias, las necesidades de recursos económicos y para determinar la calidad de la atención.

Tabla 1

ATS Nivel	Categoría	Tiempo de Atención
1	Riesgo vital inmediato.	Inmediato
2	Riesgo vital inmediato; la intervención depende críticamente del tiempo.	Minutos (< 10 min.)
3	Riesgo vital potencial; situación urgente.	½ hora
4	Potencialmente serio; situación urgente; complejidad significativa o de gravedad.	1 hora
5	Menos urgente; problemas clínico-administrativos.	2 horas

Ver anexos

### **1.2.2.- Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).**

La Escala Canadiense de triaje y urgencia para los servicios de urgencias. Fue desarrollado por Robert Beveridge, introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) y la Asociación Nacional de enfermeras de urgencias (NENA) en 1995 tras una adaptación de la NTS.

El triaje, según este modelo, lo realiza una enfermera muy entrenada y con experiencia. Los pacientes deben ser valorados (al menos visualmente) en un plazo inferior a 10 minutos. Los gravámenes no se han de realizar al completo a no ser que no haya paciente en espera. La información que se solicitará será para poder asignar al paciente un nivel de triaje que quedará registrado. El gravamen principal es determinar la principal queja del paciente de forma subjetiva (inicio, curso, duración) y objetiva (esta parte la puede realizar la enfermera del área de tratamiento; aspecto físico, color, respuesta emocional, gravamen físico, toma de constantes vitales...) además se registraran posibles alergias que tenga el paciente y el tratamiento médico que toma (si toma alguno) habitualmente. Toda esta información se obtiene a través de una entrevista entre la enfermera y el paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse). En dicha entrevista es muy importante que la enfermera tenga buena actitud y muestre empatía;



que observe los gestos, escuche lo que le explican, que palpe al paciente para observar el ritmo cardiaco, temperatura o sudoración ...y sobretodo que no realice juicios basándose en el aspecto o actitud del paciente. Esta entrevista ayuda a disminuir el miedo y ansiedad del paciente y/o familia. La enfermera registrará toda la información obtenida durante la entrevista (fecha y hora del gravamen, nombre de la enfermera, historia subjetiva limitada, observación objetiva, nivel de triaje, localización del paciente en el servicio; comunicando todo a la enfermera del área de tratamiento, alergias, tratamiento habitual, el diagnóstico, los primeros auxilios, las intervenciones terapéuticas y las nuevas valoraciones). Los tiempos de atención se determinan según el nivel de urgencia (véase el cuadro).

Todo paciente que supere el tiempo de atención recomendado debe ser valorado de nuevo porque su estado podría haber cambiado y por lo tanto su nivel de urgencia. Se trabajará dependiendo de los protocolos y planes de cuidado que tenga cada departamento de urgencias. La CTAS, es una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela.

**Tabla 2**

<b>Nivel</b>	<b>Categoría</b>	<b>Tiempo de Atención</b>
I	Reanimación.	Inmediato
II	Emergencia	Inmediato enfermería/ médico 15 minutos
III	Urgente	30 minutos
IV	Menos urgente	60 minutos
V	No urgente	120 minutos

### **1.2.3.- Manchester Triage System (MTS).**

El sistema inglés de triaje de Manchester introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996 también tomando como referente la NTS e integrando todos los sistemas de triaje que existían en Inglaterra. Esta escala clasifica al paciente que llega al servicio de urgencias en 52 motivos diferentes según signos y síntomas, con discriminantes, y en cada motivo se despliega un

árbol de preguntas cuya contestación es si/no. Tras estas tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una se traduce en un color y un tiempo máximo de atención. Esta clasificación permite priorizar al paciente en función de la gravedad. Este sistema de triaje proporciona información clara al paciente sobre su estado y el tiempo máximo de espera, ganando en la satisfacción del usuario y disminuyendo su ansiedad y nerviosismo. Se crea así el primer contacto con el paciente y se da una respuesta clara a su demanda. El triaje es realizado por una enfermera que a través de una entrevista con el paciente realiza la recepción, la acogida y la clasificación del paciente (RAC). Con dicha entrevista valora el estado general del paciente, realiza la toma de constantes, indica el motivo de consulta, realiza ECG si está indicado (dolor torácico, epigástrico, síncope o arritmia) y aplica el procedimiento del sistema MTS para obtener el nivel de urgencia del paciente. La enfermera orienta los flujos de pacientes en función de la gravedad y permite ir haciendo revaloraciones e ir reordenando los recursos del servicio de urgencias en cualquier momento. Este sistema da una respuesta eficaz a un problema como la gestión de flujos en el servicio, permitiendo realizar controles de calidad de los tiempos de espera.

En la actualidad se ha creado y validado una herramienta informática basada en la escala MTS que permite aumentar la facilidad y rapidez de la aplicación desde el primer momento.

Este sistema de triaje está implantado en algunos hospitales de España como el H.12 Octubre de Madrid, el H. Universitario, Central de Asturias, el H. Universitario Virgen de las Nieves de Granada y el H. Reina Sofía.

**Tabla 3**

Nivel	Número	Color	Categoría	Tiempo de Atención
1		Rojo	Inmediato.	0 minutos
2		Naranja	Muy urgente	10 minutos
3		Amarillo	Urgente.	60 minutos
4		Verde	Estándar.	120 minutos
5		Azul	No urgente.	240 minutos

### **1.2.4.- Emergency Severity Index (ESI).**

El índice de severidad de urgencias americano que fue desarrollado por R.C. Wuerz y el Grupo de trabajo del ESI en 1999. Este sistema tomó como referente el MTS. Este modelo parte de un algoritmo muy simple para la clasificación de los pacientes:

1.- ¿Puede Morir el paciente? Si la respuesta es SI → Nivel 1.

2.- ¿Puede morir el paciente? Si es NO → ¿Puede esperar? si es NO → Nivel 2.

3.- ¿Puede morir el paciente? si es NO → ¿Puede esperar? si es SI → ¿Cuántos recursos necesitará?:

- Muchos: signos vitales alterados?→ SI → considerar y cambiar a Nivel 2.

NO → Nivel 3.

- Uno → Nivel 4.

- Ninguno → Nivel 5.

Esta escala incluye el algoritmo simple e introduce el concepto de consumo de recursos junto con los discriminantes clave. Igual que en los anteriores modelos; el triaje podría ser realizado por médicos o enfermeras, pero es realizado, como en el resto de modelos, por enfermeras que a través de la entrevista valoran el estado general del paciente, realizan la toma de constantes e indican el motivo de consulta. Este modelo se basa en la evidencia para mejorar la calidad en los servicios de urgencias en los EUA. A diferencia del resto de modelos, en la ESI no existen unos tiempos de atención definidos, clasifican según los recursos que precisen en uno u otro nivel.

**Tabla 4**

<b>ivel</b>	<b>Categoría</b>	<b>Tiempo de Atención</b>
	Riesgo vital inmediato.	No definido
	Situación de alto riesgo; inestabilidad fisiológica; dolor intenso.	No definido
	Necesidad de múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas y estabilidad fisiológica.	No definido

	Necesidad de exploración diagnóstica y/o terapéutica.	No definido
	Necesidad de exploración diagnóstica y/o terapéutica.	No definido

### **1.2.5.- Modelo Andorrano de Triage (MAT).**

El Modelo Andorrano de Triage fue desarrollado por Josep Gómez Jiménez y la comisión del Consejo Directivo del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) en el 2000. Utiliza la CTAS como referente. Aceptado en 2002 como estándar catalán de triaje por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU).

**Tabla 5**

<b>vel</b>	<b>Ni</b>	<b>Color</b>	<b>Categoría</b>	<b>Tiempo de Atención</b>
I		Azul	Reanimación.	Inmediato
II		Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ 7 minutos médico
III		Naranja	Urgente	30 minutos
IV		Verde	Menos urgente	45 minutos
V		Negro	No urgente	60 minutos

### **1.2.6.- El Sistema de Triage Español (SET).**

El Sistema de Triage Español es aceptado como estándar español de triaje por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) en 2003. Es el mismo que el modelo andorrano de triaje MAT, se adaptó exactamente igual en funcionamiento, estudios, etc.

Los sistemas MAT/SET están desarrollados más ampliamente en el apartado 1.4.

## **1.3.- SÍNTESIS COMPARATIVA DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE TRIAJE.**

Éste cuadro es la síntesis de los diferentes sistemas de triaje que hemos comentado en el punto anterior para poder observar en que se basa cada escala según las categorías sintomáticas, los discriminantes, los algoritmos y las escalas predefinidas, con cuantas categorías cuentan y si tienen un formato electrónico. Observamos que algunas coinciden en diversas características y discrepan en otras, pero el modelo de triaje andorrano y el SET presentan todas las categorías.

**Tabla 6**

CARACTERÍSTICAS	TS	TAS	TS	SI	AT
Escala de 5 niveles o categorías	i	i	i	i	i
Utilización universal en su país	i	i	i	o	i
Basada en categorías sintomáticas	o	o	i	o	i
Basada en discriminantes clave	i	o	i	i	i
Basada en algoritmos clínicos	o	o	i	i*	i
Basada en escalas de gravedad predefinidas	i	i	o	o	i
Formato electrónico	o	o	i	o	i

*\*Un solo algoritmo clínico*

Escala comparativa de Gómez Jiménez, J. 2004; Bases Conceptuales y Manual de formación. Página 21

## **1.4.- DESARROLLO DE UN MODELO DE TRIAJE ENFERMERO ESTRUCTURADO.**

### **1.4.1.- Introducción.**

MAT nace de una adaptación conceptual de la CTAS, convirtiendo una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela en una escala basada en categorías sintomáticas o de presentación, con discriminantes clave y

algoritmos clínicos con formato electrónico. Esta esencia conceptual del Programa de Ayuda al Triage (PAT®) desarrollado en 2001 como núcleo operativo de la MAT.

Entendemos el triaje como proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, de forma que en una situación de saturación del servicio o disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados primero. Este sistema ha de mantenerse las 24 horas del día y sobretodo en los momentos de mayor saturación del servicio porque será cuando más útil sea.

El concepto de urgencia según la MAT es entendido como *“aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente, en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, será el que condicione la respuesta asistencial y la adecuación de recursos necesarios para solucionarla”*.

Gómez Jiménez, J.; Gestión de la calidad de los servicios de urgencias. Garantizado la seguridad y la eficiencia mediante el Sistema Español de Triage (SET). 1ª Edición curso formación on-line. Diario Médico 2005. Página 22.

El concepto de triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de clasificación válida (asigna el nivel de prioridad a los pacientes que realmente están en este nivel), útil (relaciona el grado de urgencia con la gravedad real del paciente) y reproducible (alto nivel de concordancia interobservador) y de una estructura física, personal y tecnológica en los servicios de urgencias. Ha de permitir clasificar a los pacientes en base a su grado de urgencia siguiendo un modelo de calidad evaluable y mejorable.

#### **1.4.2.- Objetivos:**

- Identificar rápidamente los pacientes que padezcan una enfermedad que ponga en peligro su vida mediante un sistema de clasificación válido, útil y reproducible, con el objetivo de priorizar su asistencia.
- Asegura la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.
- Determinar la mejor área de tratamiento para los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante revaloraciones periódicas que garanticen que las necesidades de atención están satisfechas.
- Permitir una información fluida a los pacientes y familiares sobre los tratamientos a realizar y los tiempos de espera.
- El triaje valora signos y síntomas, no realiza diagnósticos médicos.

### **1.4.3.- ¿Quién realiza el triaje?**

El profesional o profesionales que realicen la clasificación han de tener una buena capacidad de comunicación, han de ser empáticos, tener tacto, paciencia, capacidad de comprensión y discreción. Han de tener capacidad organizativa y resolutive en situaciones difíciles.

En la escala de triaje de 5 categorías no se establecen diagnósticos médicos y se ha demostrado un buen índice de concordancia interobservador, en todos los países donde se aplican, esta función recae sobre enfermería.

La enfermera se encarga de la **Recepción**, la **Acogida** y la **Clasificación** del paciente (RAC) que son funciones propias de enfermería;

- Su calificación profesional, al amparo de su titulación académica.
- Según los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
  - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y C); artículo 7.1 y 2 a).
  - De manera específica cuando expresamente se contemple en procedimientos y/o protocolos de unidades o centros asistenciales.

La enfermera de triaje ha de tener un acceso rápido o ha de estar cerca del área administrativa y de la sala de espera de los pacientes. Ésta se encarga de la recepción de los pacientes y familiares que acuden al servicio de

urgencias proporcionándoles un espacio seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad. Ha de conocer perfectamente la escala aplicada, ha de realizar una evaluación clínica recogiendo los datos expresados por el paciente o familia y dirigiendo la entrevista con preguntas abiertas (evaluación subjetiva) y cerradas (evaluación objetiva), también ha de tener en cuenta la comunicación no verbal para; observar (aspecto, coloración, gestos,...), escuchar (si presenta tos, dispnea, estridor,...), oler (alcohol, acetona,..) y palpar al paciente ( temperatura, ritmo, sudoración,...). También realizará la toma de constantes vitales dependiendo del motivo de consulta y el estado del paciente. Es muy importante la experiencia profesional de la enfermera para tener un buen juicio, evitar prejuicios y utilizar la intuición profesional.

La importancia de la entrevista es para poder objetivar el motivo clínico de consulta y la situación psico-fisiológica del paciente y documentar dejando registrado todo el proceso. La asignación del nivel lo realiza con la ayuda de la PAT, una vez asignado dicho nivel se acompañará al paciente a la sala de espera pertinente e informando al paciente y familia de los procedimientos siguientes e instruyéndoles que ante cualquier cambio en el paciente avise a la enfermera. Los pacientes valorados por la enfermera, en espera de visita médica, serán reevaluados siempre que presenten cambios en su estado o excedan los tiempos establecidos. La enfermera de triaje ha de tener un control visual de todo lo que pasa en las salas de espera y el área de recepción (cámaras, TV,...).

#### **1.4.4.- Programa de Ayuda al Triage (PAT).** (Ver anexo 2)

La informatización del sistema de triaje se basa en la existencia de 3 programas informáticos suministrados en el web\_e- PAT:

- **Programa de Gestión de triaje:**

Registro de triaje con los motivos de consulta predefinidos, registro de reevaluaciones y control de pacientes y tiempos de actuación.

- **Programa de ayuda al triaje:**

Ayuda de forma inteligente en la decisión clínica del triaje que ha demostrado su fiabilidad, relevancia, utilidad y validez. Está desarrollado a



partir de algoritmos generales clínicos basados en la escala MAT/SET, permite después de responder a una serie de preguntas sencillas y sistematizadas, saber cual es el nivel de urgencia del paciente. Los objetivos son: docente, de ayuda a la decisión protocolizada del triaje, control de calidad y de soporte médico-legal para los profesionales que realizan el triaje. El web\_e PAT incluye también un sistema autónomo de gestión estadística para poder realizar evaluaciones.

- Programa de control de calidad:

Es un programa que permite la gestión de los indicadores de calidad para una mejora continua. Los análisis de control de calidad se basan en un registro de los datos de CMBDU y de las variables de comparación con el estándar.

o Registro de triaje:

Debe recoger un mínimo de datos:

- Forma de llegada del paciente y puerta de entrada.
- Profesional que realiza el triaje.
- Motivo de consulta.
- Constantes/Signos vitales.
- Escala de dolor.
- web\_e PAT integrado.
- Nivel de triaje.
- Área o box donde se ubica al paciente.

o Sistemas de control de pacientes:

Se dispone de un sistema visual informático de control de pacientes que permite controlar la ubicación de todos los pacientes en todo momento en el servicio. El sistema ha de mostrar diferencias entre: paciente pendiente de clasificar, los que están clasificados, pero no ubicados y los que están ubicados ya en un box o área. Este sistema genera en los profesionales un “control total” disminuyendo así el nivel de estrés.

o Reevaluación:

Todo paciente que no haya sido visitado por el médico dentro del tiempo recomendado según cada nivel deberá reevaluarse. El objetivo principal es que el paciente sea visitado por el médico en los tiempos establecidos, aunque

debido a las saturaciones de los servicios de urgencias es difícil, por lo tanto se recomienda cumplir los tiempos de reevaluación.

Tiempos de reevaluación:

- Nivel I: atención inmediata.
- Nivel II: reevaluación cada 15 min.
- Nivel III: reevaluación cada 30 min.
- Nivel IV: reevaluación cada 60 min.
- Nivel V: reevaluación cada 120 min.

o Funciones y objetivos del web\_e-PAT:

Es un programa informático de ayuda inteligente al triaje, fiable y validado que tras responder a una serie de preguntas sencillas, con ayuda al interrogatorio, asigna un nivel de urgencia al paciente.

**Objetivos:**

- *Docente:* Instrumento de formación continuada tanto para los profesionales principiantes como para los más expertos.
- *De ayuda a la decisión protocolizada del triaje:* Al tener los protocolos integrados ayuda a que el profesional pueda tomar una decisión responsable y asesorada.
- *De control de calidad al triaje:* puede darse una discordancia entre el nivel que sale con el programa y el que cree que debe tener según el profesional que éste no debería ser nunca superior al del programa. Debe quedar registrado siempre el motivo de dicha discordancia.
- *Soporte médico-legal para los profesionales:* Los protocolos integrados en el programa están recomendados por SEMES y SCMU, en base a la evidencia científica de su fiabilidad y validez.

También está reconocido y aceptado por el centro hospitalario que lo implante, por lo tanto este programa se convierte en un soporte médico-legal para los profesionales en la toma de sus decisiones.

El programa web\_e-PAT es un instrumento vivo y de mejora continua, se inició en el 2000 la primera versión que ha ido evolucionando con la ayuda del servicio informático del SAAS y de B.S.A.- Hospital Municipal de Badalona.

Tras profundas revisiones, estudios y periodos de prueba surge la web\_e-PAT 3.0 estableciéndose unas bases conceptuales y creándose una nueva escala que evoluciona de la CTAS y con la que es concordante entorno web de dicho programa es adaptable a cualquier sistema Windows. (Ver anexo 2.)

Actualmente existe la versión web\_e-PAT 3.2 y se está trabajando en la versión web\_e-PAT 3.5 que ofrece mejoras importantes en el triaje pediátrico.

- Síntoma Guía: Gestión de motivos de consulta.

El profesional que realiza el triaje ha de hacer una abstracción del signo o síntoma guía que es aquel que genera más riesgo de deterioro en la espera del paciente. Cuanto más se ajuste el motivo clínico consultado entrado en el web\_e-PAT al síntoma guía, más rápida será la ejecución del web\_e-PAT. Esta es la parte más importante, el punto crítico en el triaje, está facilitado por la clasificación de motivos clínicos de consulta estandarizados, desarrollados en sentido plurisintomático.

Existen 32 categorías sintomáticas; 14 subcategorías y 577 motivos de consulta.

El programa cuenta con unos protocolos integrados dentro de una categoría sintomática teniendo en cuenta los signos, síntomas y situaciones clínicas, actuando siempre descartando lo más urgente primero. Contra más urgente es la situación más rápido se realiza. Existen vínculos entre diferentes categorías que el programa busca cuando aparece un dato clínico que así lo precise. El profesional introduce el motivo de consulta, síntoma o signo en el programa (por ejemplo: fiebre, disnea, dolor torácico,...), le aparecen diferentes categorías (por ejemplo: disnea en paciente respiratorio crónico, en paciente previamente sano, en paciente cardíaco, en paciente asmático,...) una vez escogida empieza el cuestionario de preguntas y en el lado izquierdo la explicación de lo que entiende el programa de cada pregunta por ejemplo: Si pregunta si las constantes son estables, en el lado izquierdo te pone los parámetros de máximo y mínimo de cada constante para que valores acorde con el programa). Una vez el programa tiene claro el nivel que ha de asignar se bloquea el cuestionario.

La valoración del nivel de triaje se asigna como análisis y registro del web\_e-PAT en base a:

- Motivo de consulta.

- Categoría sintomática.
- Discriminadores o discriminantes.
- Índices o escalas de gravedad.

o Relación entre motivos de consulta y categorías sintomáticas:

La categoría sintomática la entendemos como una estructura sindrómica que vincula unos motivos clínicos con un árbol algorítmico específico.

Los 577 motivos clínicos se vinculan con las 32 categorías sintomáticas. Esta relación se establece en base a un criterio de clasificación clínica (similar a la clasificación del CIE-9-CM, pero con motivos de consulta no con diagnósticos médicos) y la estructura algorítmica incluida en la categoría.

o Discriminantes:

Se refiere a aquel factor que de forma más o menos constante permite discriminar el grado de urgencia entre niveles de triaje constituyendo así una barrera de seguridad para el paciente ante un cambio de nivel que puede ser crítico para el control del riesgo del paciente; nivel II a III o de nivel III a IV.

Para el SET y MAT sólo existen dos discriminantes que podrán cambiar el nivel de urgencia del paciente si no se valoran correctamente; los signos y/o constantes vitales y el dolor.

o Índices o escalas de gravedad:

Existen también otros factores que influyen a la hora de discriminar en el nivel de urgencia produciendo cambios en la dinámica habitual de atribución del nivel: - Edad.

- Situaciones especiales: embarazo, diabetes mellitus, inmunosupresión, situación de riesgo epidémico, demencia, alteración psiquiátrica, agresión y abuso sexual.

Las escalas que se han introducido en el programa han sido escogidas teniendo en cuenta su aceptación por parte de los profesionales y su evidencia científica:

- Escalas de coma (alt. de conciencia) Existe la NISSH para el coma no traumático y el Glasgow para el traumático.
- Escala de deshidratación.
- Escala de severidad de la hemorragia.
- Escala de dispnea. Clasificación según la AHA.

- Escala de asma. Referencias de GINA y SEPAR.
- Escala de severidad del quemado. “La regla del 9” de Wallace.
- Escalas e índices de trauma. Índices; IPH, PTP, PTS. Y escalas; AIS e ISS.

#### **1.4.5.- Protocolos de triaje avanzado.**

Son protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidas para un procedimiento, tratamiento o intervención que puedan ser aplicados por enfermería de forma autónoma una vez triados los pacientes y bajo criterios y circunstancias específicas. Condiciones para realizar el triaje avanzado:

- Los protocolos han de ser aprobados por el jefe de servicio de urgencias o la estructura hospitalaria competente.
- El profesional de enfermería ha de haber completado la formación específica de cada protocolo, antes de ser aceptado para iniciar un procedimiento.
- El profesional de enfermería ha de demostrar capacidad/aptitud previa a la iniciación del procedimiento.
- El profesional de enfermería ha de iniciar las directrices médicas avanzadas según se especifica en las guías de práctica clínica.
- El profesional de enfermería ha de consultar con un médico cuando dude sobre si ha de realizar un estudio, una orden médica, un procedimiento o activar un circuito, o sobre que pruebas se han de pedir.
- Se realizará una revisión periódica de cada actuación, para revisar el adecuado cumplimiento del protocolo.

Algunos ejemplos: protocolo/algoritmo ante sospecha de hipoglucemia, ante fiebre/dolor, dolor torácico, dispnea/asma/EPOC, cólico nefrítico.....

#### **1.4.6.- Necesidades para la implantación del modelo.**

Se ha dicho anteriormente la necesidad de tener una informatización, prácticamente total del servicio de urgencias, tanto de su historia clínica como de sus datos personales,..., pero también hay una serie de necesidades estructurales. Para poder realizar un triaje estructurado según este modelo es

necesario disponer de una estructura física determinada; una sala de acogida al lado de admisiones, consultorios de visita rápida comunicados con el servicio de urgencias, diferentes salas de espera dependiendo de los pacientes y su nivel de urgencia, boxes de medicina/ trauma/cirugía, box de yesos, box de suturas, cámaras de vigilancia de todas las salas de espera para que la enfermera de acogida pueda tener controlados visualmente a los pacientes ya valorados en espera,....

También la “filosofía del trabajo” es diferente. Los médicos que realizan las visitas en los consultorios (visitas rápidas) a los paciente de niveles IV y V han de ser polivalentes, es decir, irán visitando, por orden, a todos los pacientes independientemente si su motivo de consulta es de tipo traumático, médico o quirúrgico. Igual que los boxes del servicio serán utilizados según la demanda de los pacientes y no estarán divididos según especialidades.

A modo de conclusión, De cara a la enfermería significa un aumento en la mejora de los cuidados en la atención de los pacientes y sus familias, una potenciación del rol propio adoptando más responsabilidad y convirtiendo a la enfermera en una gran gestora de flujos. Los pacientes y familiares conocen de esta manera que van a ser atendidos desde el minuto cero por tanto este tipo de atención proporciona una disminución de la ansiedad y un soporte emocional.

Realizando el triaje estructurado se consigue un trabajo en equipo de forma multidisciplinar y consensuada.

El triaje es un tema novedoso y de actualidad que proporciona un mayor control de los flujos de pacientes admitidos en urgencias, convirtiéndose en un proyecto necesario encaminándose a implantar un sistema de triaje estandarizado.

## **Capítulo 2: Satisfacción laboral en los servicios de urgencias.**

*“La satisfacción de la enfermera del servicio de urgencias es mayor porque cuenta con una mayor facultad de actuación que hace que sus conocimientos y capacidades le sean reconocidos” (Álvarez Baza, M.C. 2000).*

### **2.1.-DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN**

La satisfacción laboral es un conjunto de sentimientos positivos y negativos mediante los cuales los empleados perciben su trabajo. Expresa el grado de concordancia entre las expectativas que cada persona genera y las compensaciones que le da realmente el trabajo.

La satisfacción puede estar referida al grupo en este caso se valora la actitud del conjunto de trabajadores (Moral de grupo) o bien el individuo valorándose la actitud de cada uno de los empleados.

La satisfacción laboral no es sinónimo del estado de ánimo de la organización, sino del sentimiento de aceptación por parte de un grupo de empleados, el grado de adhesión de este grupo por los objetivos comunes, y el grado de confianza en que estos son deseables.

El estado de ánimo de la organización es un producto secundario del grupo, mientras que la satisfacción del trabajo es mas bien un estado mental individual.

Por satisfacción laboral se entiende: *“un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo”* Locke, 1976. Tal como se referencia en el artículo de “La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: Un análisis de la experiencia andaluza” publicado en Noviembre del 2003 por alumnos de la escuela de enfermería de las islas Baleares realizado en los Hospitales universitarios Puerta del Mar de Cádiz.

Cuando hablamos de satisfacción, ¿qué queremos decir?:

La definición según el diccionario se refiere a “confianza, tranquilidad de ánimo”, “cumplimiento de un deseo o gusto”, “reparación de un daño”, “respuesta a algo”, entre otras.

Satisfacción laboral se define como *“estado emocional positivo o placentero que resulta de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del individuo. Desde un punto de vista cognitivo, la satisfacción laboral o satisfacción en el trabajo es el resultado de la relación existente entre la expectativa y la realidad de la recompensa, es decir, la satisfacción y la insatisfacción en el trabajo dependen de la comparación entre la recompensa obtenida efectivamente por el rendimiento en el trabajo y la que el individuo considera adecuada a cambio del trabajo realizado”* (Fernández Ríos, M, 1999: 804).

Lloyd L. Byars y Leslie W. Rue (1997) entienden por satisfacción en el puesto la actitud general del empleado ante su puesto de trabajo, pudiendo ser ésta positiva o negativa.

P. Morín (1998) nos dice que *“toda situación de trabajo entraña una satisfacción débil o elevada, dependiendo del comportamiento en la ejecución”*.

Existe la idea tradicional de que la satisfacción produce resultados y que la satisfacción es el efecto de los resultados, no la causa. Otras teorías apuntan a que la satisfacción y los resultados son causa de la retribución. Pero el nivel de satisfacción no tiene relación automática con el nivel de resultados para la empresa (Morín, 1998), aunque la satisfacción depende en cierta medida del aumento de los resultados; así también, la motivación aumenta la satisfacción pero no aumenta los resultados.

Los resultados provienen de la organización global de los medios disponibles y la motivación no tiene que ver, necesariamente, con el trabajo que se realiza.



## **2.2.-TEORÍAS SOBRE LA SATISFACCIÓN LABORAL**

El trabajo juega un papel destacado en la vida del hombre. La mayoría de las personas pasan una tercera parte del día trabajando y lo hacen la mitad de su vida. Sin embargo, pese a ello, sólo recientemente en la era moderna se ha comenzado a estudiar el trabajo desde el punto de vista científico.

A través del tiempo el trabajo fue tomando diversas interpretaciones. Es así como en la sociedad griega, el trabajo era conceptuado como algo despreciable, de menor categoría y, a la par, como un indicador neto de bajo rango social de quien lo llevaba a cabo. Posteriormente, durante el largo período de la edad media, se fortaleció la antigua división del trabajo. Sacerdotes, guerreros y trabajadores, manteniendo la jerarquía de un orden social basado en una economía de la salvación, en la que cada cual cumple su papel; los dos tercios de la población que trabajaba vivía en la incertidumbre y la pobreza, y de ellos dependía la salvación de los ricos a través de la caridad.

Sin embargo, las modificaciones económicas, unido a los cambios en la iglesia, revalorizó lentamente el papel del trabajo, considerando una obligación el trabajar, convirtiéndose en una prescripción desde los poderes públicos y la ociosidad alcanzó el rango de delito.

En la era moderna se inicia un cambio de perspectiva que conducirá a la inversión del planteamiento clásico; exaltación del trabajo y minusvaloración del ocio. El trabajo pasó a ser la manera de ganar dinero para satisfacer necesidades básicas, obtener estatus, imponerse a los demás y sobresalir tal como referencia en su libro, "La psicología en América latina. Pasado presente y futuro" Ardila, R., en el año 1986.

En la era actual, postmoderna, hay una gran preocupación por ir mejorando el entorno laboral de las personas que trabajan, para que estos se encuentren lo más satisfechos posibles y sientan que son eficientes y que pueden enorgullecerse del trabajo que realizan. De esta manera serán capaces de adaptarse con mayor éxito a las características del nuevo siglo que recién comienza y a las exigencias del trabajo que varían a la par con el desarrollo de la humanidad, emergiendo así nuevos campos laborales y nuevas profesiones, necesarias para satisfacer los requerimientos de la población.

Durante la década de los treinta se inició a los estudios sistemáticos sobre la satisfacción laboral y factores que podrían afectarla. Hoppock (1935) publicó la primera investigación que hacía un análisis profundo de la satisfacción laboral. A través de sus resultados enfatizó que existen múltiples factores que podrían ejercer influencia sobre la satisfacción laboral, dentro de los cuales se hizo mención a la fatiga, monotonía, condiciones de trabajo y supervisión.

Elton Mayo (1945) aseguró que la interacción del individuo con el grupo era el determinante más importante de la satisfacción en el trabajo y la situó por encima de otros factores que también influían en la satisfacción, como la seguridad, estima afiliación, interés intrínseco por el trabajo, logros....

Maslow (1954) desarrolla la jerarquía de necesidades humanas donde se incluye en la satisfacción como son las necesidades fisiológicas de seguridad, afiliación, estima y autorrealización.

A lo largo de los últimos años, se han hecho muchos esfuerzos para comprender los modelos profesionales encontrados en la vida de la mujer, por ejemplo, ( Ginsberg, 1966; Horner, 1969; Nagely,1971 ). Sin embargo, solo unos pocos investigadores han tratado de desarrollar procedimientos que ayuden a explicar el desarrollo profesional de las mujeres. Entre estos hay uno que parece prometedor señalado por Harmon 1977 quien propuso que las profesiones de las mujeres podrían explicarse, al menos en parte, por la aplicación de la teoría de Maslow sobre la motivación Humana (1954, 1970).

En resumen, Maslow dijo que hay cinco necesidades básicas que son esenciales para una existencia humana óptima. Él ordenó estas necesidades en una jerarquía desde la más baja a la más alta. Las necesidades de orden más bajo incluían las necesidades fisiológicas - sociales. Las necesidades de orden más alto incluían la estima y la propia realización.

Maslow también propuso una jerarquía de prepotencia de las necesidades desde el nivel más bajo al más alto (Maslow, 1954). De acuerdo con esto, cuando una necesidad se satisfacía, ya no se esperaba que determinase el comportamiento; sólo cuando las necesidades de orden más bajo se habían satisfecho, es cuando uno era totalmente consciente de la necesidades de orden más elevado.

Sin embargo, como la aparición de la necesidad se consideraba un progreso gradual, un individuo podía estar en un momento dado motivado por más de una necesidad y continuaría estando motivado por una necesidad hasta que esta estuviera satisfecha. Además, si una necesidad de orden bajo se viera amenazada en un momento posterior, volvería a parecer como dominante y asumiría una posición importante en el sistema de motivaciones del individuo. Maslow describió las necesidades de más alto nivel como necesidades de desarrollo; cuando eran satisfechas, él creía que la gente podría realizar su máximo potencial. Sin embargo, si no eran satisfechas, una persona podría experimentar alineación cinismo o apatía (Maslow, 1968).

La teoría de Maslow ha inspirado una extensa investigación enfocada al desarrollo de una comprensión profesional de los hombres (por ejemplo Elsamli y Cummings, 1968; Herzberg, 1966; Jonson y Marci-Um, 1968; 1961, 1962, 1963).

La teoría de Maslow parece indicar que podía esperarse una correlación negativa entre la importancia de la necesidad y la satisfacción de la necesidad, ya que las necesidades satisfechas en la jerarquía de la prepotencia perderían, gradualmente su importancia, permitiendo que se activaran las necesidades de más alto nivel. Por otra parte, se esperaría que la deficiencia de la necesidad causara un movimiento en la dirección contraria, ya que según Maslow postuló, una deficiencia mayor conduciría al resurgimiento de la importancia de una necesidad; de este modo cuanto mayor fuera la deficiencia, mayor sería la importancia de la necesidad.

Una cuestión adicional de la teoría de Maslow tiene que ver con la relación entre la satisfacción de la necesidad y la satisfacción de la vida. El modelo de Maslow implica que estas variables deberían estar relacionadas positivamente. De acuerdo esto, se esperaría que las deficiencias de la necesidad estuvieran relacionadas de forma significativa a la satisfacción de la vida.

Otra cuestión de interés radica en el hecho de que, aunque Maslow estaba interesado por el bienestar global de la gente, la mayoría de los estudios de su teoría se han centrado en la relación entre las necesidades relacionadas con el trabajo y la satisfacción laboral. Sin embargo, una

suposición a menudo mencionada es que una adaptación al trabajo satisfactoria esta muy relacionada con la satisfacción general de la vida (por ejemplo, Dawis, Lofquist, & Weiss, 1968; Maslow, 1976). Se ha investigado la relación entre el trabajo y la satisfacción personal (por ejemplo, Cantril, 1965; Curin, Veroff, & Feld, 1960), y estas investigaciones han sugerido que la satisfacción de la vida puede no estar relacionada de forma importante con las condiciones en el trabajo. A pesar de todo, la relación aún parece, de forma intuitiva, ser sumamente importante.

Según la jerarquía de necesidades de Maslow las que más podríamos destacar y que quedan totalmente reflejadas en las variables sobre la satisfacción laboral serian mediante:

1.-Necesidades fisiológicas: Constituye la primera prioridad por el individuo y se encuentran relacionadas con la supervivencia. Dentro de estas encontramos necesidades como la homeostasis, la alimentación, la sed, y el mantenimiento de la temperatura corporal, también se encuentran necesidades de otro tipo como el sexo, la maternidad o las actividades completas.

2.-Necesidades de seguridad: Con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, entre otras. Estas necesidades se relacionan con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligados al miedo, miedo a lo desconocido, a la anarquía....

3.-Necesidades sociales: Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales. Éstas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él entre otras.

4.-Necesidades de reconocimiento: También conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

5.- Necesidades de auto-superación: También conocidas como de autorrealización o auto-actualización, que se convierte en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

Posteriormente Herzberg (1959) sugiere que la real satisfacción del hombre con su trabajo provenía del hecho de enriquecer el puesto de trabajo, para que de esta manera pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimente a su vez un crecimiento mental y psicológico. Esto dio pie para que a finales de los sesenta e inicio de los setenta se hiciera rápidamente popular el método de mejoras en el trabajo que consistía en enriquecer el trabajo en sí y así lograr mejorar la moral y el desempeño de los trabajadores.

Locke (1976) plantea que *“la satisfacción laboral es producto de la discrepancia entre lo que el trabajador quiere de su trabajo y lo que realmente obtiene, mediada por la importancia que para él tenga, lo que se traduce en que a menor discrepancia entre lo que quiere y lo que tiene, mayor será la satisfacción”*.

Locke hizo una revisión de una serie de modelos causales y teorías que tenían relación con la satisfacción laboral es el resultado de la apreciación que cada individuo hace de su trabajo que le permite alcanzar o admitir el conocimiento de la importancia de los valores en el trabajo, siendo estos valores congruentes o de ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, pudiendo ser estas necesidades físicas o necesidades psicológicas.

La insatisfacción laboral es un riesgo laboral muy extendido entre el personal que presta sus servicios en las instituciones públicas de salud donde dicha insatisfacción guardaría una intensa relación con las condiciones de trabajo. Mientras que la satisfacción laboral responde a un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de las personas y es un factor importante que condiciona la actitud del individuo respecto a su trabajo, hay factores ligados a la interacción con los superiores, así como aspectos organizativos y funcionales que pueden ser fuentes generadoras de insatisfacción laboral en el personal de enfermería del sector hospitalario.

Durante la década de los treinta se dio inicio a los estudios sistemáticos sobre la satisfacción laboral y los factores que podrían afectarla. Hoppock en 1935 publicó la primera investigación donde hacía un análisis profundo de la satisfacción laboral. Llegó a la conclusión que existían múltiples factores que podrían ejercer influencia sobre la satisfacción laboral dentro de los cuales hizo mención a la fatiga, monotonía, condiciones de trabajo y supervisión.

Herzberg en 1953 sugirió que la real satisfacción del ser humano con su trabajo provenía del hecho de enriquecer el puesto de trabajo, para que de esta manera pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimentar a su vez un crecimiento mental y psicológico. Esto dio pie para que a fines de los sesenta e inicio de los setenta se hiciera rápidamente popular el método de mejoras en el trabajo que consistía en enriquecer el trabajo en sí y de esta manera lograra mejorar la moral y el desempeño de los trabajadores. Todo esto queda reflejado mediante el estudio realizado por Sarella Parra L.H. y Tatiana Paravic,K. en el año 2002 bajo el título de “Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU) publicado en la revista ciencia y enfermería .

### **2.3.- LA SATISFACCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

¿Es importante la satisfacción en el trabajo para la dirección? Existe el convencimiento general de que un alto grado de satisfacción laboral garantiza un alto grado de productividad, pero ésta es una percepción que no coincide con la realidad. Los empleados satisfechos pueden tener una productividad, alta, baja o media o tienden a mantener el mismo nivel que previamente le ha producido satisfacción es interesante de cara a evitar la aparición de estas conductas.

Aunque no esta comprobada la correspondencia entre satisfacción y productividad se da por hecho que a la larga unos trabajadores contentos con su tarea ofrecerán unas mayores garantías de resultados y por definición menos riesgos de sufrir accidentes. Por lo tanto sería necesario asegurar un clima y ambiente de trabajo adecuado y productivo, lo cual reflejaría la clara convicción del impacto que el clima organizacional tiene sobre los resultados finales.

El concepto de satisfacción va estrechamente ligado al concepto de preferencias subjetivas o expectativas depositadas. La satisfacción con el servicio ofrecido o con el proveedor acumula información sobre una evaluación personal que no se puede conocer mediante la observación externa. Con otras palabras suponiendo que disponemos de un instrumento de medida y detectamos la insatisfacción, habríamos de preguntarnos si debemos modificar nuestra estrategia de prestación del servicio o hemos de cambiar las expectativas preferencias o estándares por tal de aumentar el nivel de satisfacción.

Durante muchos años los gerentes han considerado que si la administración puede conservar a todo el personal contento, automáticamente obtendrán un buen rendimiento.

También rechazan la idea de que la satisfacción causa el rendimiento, no obstante, un grado moderador de esfuerzo en el trabajo causa satisfacción.

Las recompensas constituyen una causa más directa de satisfacción que de rendimiento.

La satisfacción y la motivación no son sinónimas. La motivación es un impulso para rendir, mientras que la satisfacción refleja la actitud individual versus la situación.

Este sentimiento tiene dos dimensiones, básicamente, podemos estar satisfechos del contenido de nuestro trabajo y no estarlo del contexto (condiciones laborales).

Otra característica importante de la satisfacción laboral es su dinamismo, puede declinar tan rápidamente como crecer. Por tanto si se quiere mantener a niveles adecuados se debe seguir una continuidad.

El efecto del malversamiento es un fenómeno que se debe tener en cuenta. Existe una corriente bidireccional de influencia entre la satisfacción laboral y la satisfacción de la vida extraprofesional. Es decir, el estado anímico de cada persona respecto al trabajo afecta su estado anímico de su vida fuera de la organización y en sentido contrario.

Se ha demostrado que la insatisfacción laboral se correlaciona con el absentismo, cambios de personal y una disminución de la productividad, impuntualidad, accidentes, quejas y huelgas.

El estudio referenciado en el proyecto de investigación realizado en el máster administración y gestión de curas de enfermería de la escuela universitaria de santa madrona situada en Barcelona titulado como “Satisfacción del personal asistencial de enfermería en vers el seu torn de treball”. Indican que las personas con un nivel más bajo de educación, estado socio económico y profesional, así como miembros de una minoría étnica, tienden a poner énfasis en el salario, prestaciones, seguridad del lugar de trabajo y relaciones interpersonales.

En cambio, personas con alto nivel educativo socio económico y profesional se muestran más interesadas en asumir responsabilidades, reconocimiento en el trabajo y otros.

Uno de los principales cambios ocurridos a partir de mediados del siglo XX en la teoría de las organizaciones y más concretamente en los estudios sobre la eficiencia y la eficacia en las empresas, ha sido pasar el eje de las actuaciones desde los procesos y la estructura a centrarlo en los trabajadores.

A partir de la fuerte influencia de la psicología y la sociología en el desarrollo de los métodos de gestión, se estableció como premisa que la satisfacción de las personas con su trabajo es uno de los factores condicionantes básico de su productividad.

Por este motivo, la satisfacción laboral se ha convertido en uno de los principales objetos de estudio dentro de las organizaciones.

Según Locke (1976), los trabajadores contrastan su opinión de agrado o desagrado con la naturaleza del propio trabajo, sueldo, oportunidades de promoción, reconocimiento, condiciones laborales, beneficios, supervisión, compañeros y clientes. Este mismo autor sostiene que cuando un profesional valora positiva o negativamente alguno de estos aspectos indica también que la dimensión está influyendo en su satisfacción o insatisfacción laboral.

Los estudios realizados en los hospitales andaluces en el año 1996 concretamente en el hospital universitario “Puerta del Mar” y el Hospital Universitario de “Puerto Real” de Cádiz, señalan que el grado de satisfacción es un indicador de la atención que mejora la relación profesional-paciente. Por el contrario, la insatisfacción laboral ha sido asociada al absentismo laboral, a la agresividad en el trabajo y al bajo rendimiento de los profesionales.



Las investigaciones realizadas sobre satisfacción laboral en enfermeros en diversos lugares del mundo han llegado a conclusiones similares respecto a aquellos aspectos del trabajo que guardan relación con la satisfacción y la insatisfacción laboral.

Es así como, en general, los enfermeros se encuentran mucho más satisfechos desde el punto de vista laboral con las variables supervisión, interacción con los pares, trabajo en sí y oportunidades de perfeccionamiento así como el reconocimiento del trabajo realizado, la responsabilidad y los beneficios del trabajo y menos satisfecho con las promociones y remuneraciones. En la mayoría de las investigaciones se concluyen que las promociones son escasas o que las políticas de promoción no son las adecuadas y las remuneraciones son consideradas inferiores a las que merecen por su labor.

Las características de la situación de trabajo son las que según su comportamiento harán que tengan una satisfacción alta o baja.

Los cinco principales componentes de la satisfacción en el puesto de trabajo son:

- Actitud ante el grupo de trabajo.
- Condiciones generales de trabajo.
- Actitud ante la empresa.
- Ventajas monetarias.
- Actitud ante los supervisores.

*“Otro componente es el estado de ánimo del empleado en relación con el trabajo y con la vida en general. Su actitud ante el puesto puede ser positiva o negativa. La salud, edad, nivel de aspiraciones, posición social y actividad política y social pueden contribuir al respecto”. (Lloyd L. Byars y Leslie W. Rue, 1997: 338).*

Es así como en general las enfermeras se encuentran más satisfechas desde el punto de vista laboral con las variables supervisión interacción con los pares trabajo en sí y oportunidades de perfeccionamiento (Westawey t col. 1996; Nakayama, 1997; Müller, 2000, Fernández 2002; Paravic 2000 y Zúñiga, 2002) así también como con el reconocimiento del trabajo realizado, la

responsabilidad y los beneficios del lugar de trabajo( Chaboyer, 2000; Fletcher, 2000; Allgood,2000 y Crose, 2000) y menos satisfechos con las promociones. En la mayoría de las investigaciones se concluye que las promociones son escasas o que las políticas de promoción no son las adecuadas y las remuneraciones son consideradas como menos de lo que merecen entre otras cosas ( Yamashita, 1995; Courtney y col, 2001; Paravic 1998 . Al respect 1998; Fernández, 2002; Zúñiga, 2002).

La edad y los años de ejercicio profesional también guardan relación con la satisfacción laboral. Al respecto de la mayoría de los estudios relacionan de manera positiva estas variables indicando que al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, también aumenta la satisfacción laboral. (Lancero, 1995; Brush y Col.,1997; Zeitz, 1990 y Al-Ameri, 2000).

La satisfacción laboral se ha relacionado también con la familia, es así como los empleados que experimentan altos niveles de conflictos familiares tienden demostrar bajos niveles de satisfacción laboral ( Rice, Frone & Mc. Farlin, 1991). Otras investigaciones revelan que la familia es vista como un soporte importante para la consecución de la satisfacción laboral (Beatty, 1996; Gottieb y col.,1996;).

*“La Satisfacción en el puesto tiene una influencia positiva en el cambio de empleo, el absentismo, los retrasos, los accidentes, las reclamaciones y las huelgas. Según la hipótesis de la generalización, existe una clara relación entre las actitudes de los trabajadores y la rotación del personal” (Quinn et al. 1974, Locke, 1976).*

También son determinantes de satisfacción o descontento:

- El estilo y calidad de la supervisión.
- Diseño del puesto en cuanto a ámbito, profundidad, interés, valor percibido.
- Identificación e importancia de las tareas.
- Retribución coherente interna y externamente.
- Relaciones sociales.
- Las condiciones de trabajo, nivel ocupacional.
- Variedad de actividades.

- Autonomía.
- Información.
- Oportunidades a largo plazo percibidas.
- Oportunidades percibidas en otras partes.

Según Marriner (1997) define las fuentes de satisfacción descritas por el personal de enfermería, destacando los factores más importantes: el sentido de la realización, el reconocimiento, el desafío en el trabajo, la responsabilidad, el potencial progreso, la autonomía, la autoridad, un entorno laboral agradable, un horario conveniente y una planificación de plantilla adecuada.

Para acabar, las diferencias individuales entre trabajadores no tienen una importancia decisiva como factores de satisfacción o insatisfacción en el trabajo. Es decir, unas mismas características de trabajo influyen de igual forma en la satisfacción laboral de todos los trabajadores aunque el grado de intensidad pueda variar de un grupo a otro según Voydanoff, en su libro *Sociology and social research* publicado en la universidad de California en el año 1978.

#### **2.4.- FACTORES RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS**

Las conductas negativas asociadas a la insatisfacción son tres fenómenos: las rotaciones, el absentismo laboral y los robos dentro de la organización. La rotación (proporción del personal que se separa de la organización); varias investigaciones han tratado de identificar los factores contribuyentes a elevados índices de rotación, estos son la edad y la insatisfacción laboral. Como es lógico, los empleados satisfechos tienden a restar tiempo al lugar de trabajo que les produce este grado de satisfacción, no así el insatisfecho que intentará encontrar un lugar de trabajo que le proporcione la satisfacción que le falta. Los miembros más jóvenes de la organización perciben que sus lugares de trabajo como inseguros y tienden a buscar otras opciones. Absentismo; entre el % de personal con más bajo índice de satisfacción tiende a darse más número de faltas al trabajo, pero esta relación no es tan directa como en la rotación. Es decir, la insatisfacción esta

más relacionada con la rotación que no con el absentismo. Robos; en los Estados Unidos de América se ha constatado que en algunos casos los robos dentro de la organización es causa de insatisfacción; de alguna manera los empleados identifican los robos como una venganza contra la organización (por el trato impersonal, etc...)

Se podría afirmar que, conductas negativas como la rotación el absentismo y lo robos serán controlados en parte si aseguramos unos niveles adecuados de satisfacción.

Perfil de trabajador satisfecho: La satisfacción se ha observado relacionado con diversas variables que permiten predecir que grupos tienen posibilidades de presentar conductas asociadas a la insatisfacción. Cuáles son las variables? La edad, el nivel de ocupación, y la medida de la organización.

1. Edad: los trabajadores de más edad presentan habitualmente mayores índices de satisfacción. Esto justifica por menos expectativas y más adaptación a su situación laboral dada su experiencia.

2. Nivel de ocupación: Los miembros de la organización con niveles jerárquicos superiores muestran una tendencia clara a la satisfacción. Mayor nivel normalmente va asociado a más bienes pagados, mejores condiciones laborales, y una exigencia mayor versus sus habilidades condiciones que determinan un alto grado de satisfacción.

3. Medida de la organización: la medida de la organización (tomando como referente las medidas de la unidad de trabajo) es inversamente proporcional al grado de satisfacción. Esta tendencia puede ser controlada mediante “acciones correctivas que mantengan la respuesta humana que la organización tenía cuando era más pequeña”.

Dicha información sobre las conductas y los factores que influyen en la obtención de la satisfacción del personal que trabaja en los servicios de urgencias queda reflejada en estudios realizados en el proyecto de investigación denominado “L’absentisme a enfermeria. Fets i tópics.” En el marco del máster de administración de curas de enfermería de la escuela de enfermería de Barcelona santa Madrona. en el año 1994 .Página 18-20.

¿Qué beneficios aporta conocer el grado de satisfacción de los propios empleados?

Se potencia la comunicación en todas las direcciones, pero especialmente el ascendente. Sobretodo si los empleados pueden comentar eso que piensan.

Un hecho inesperado que se puede dar es una mejora de las actitudes; en algunos casos debido a la oportunidad de vaciarse emocionalmente, para otros es una muestra de interés por parte de la gerencia para sentirse mejor versus la autoridad.

Pueden evidenciar las necesidades de captación de algunos mandos. Ya que los empleados son los que perciben las acciones de la supervisión, y estas percepciones pueden ofrecer datos sobre las necesidades de capacitación de éstos.

Los beneficios pueden ser así mismo para las organizaciones sindicales. Los sindicatos pueden a través de los resultados conocer que es eso realmente que desean o necesitan los trabajadores.

Phillip Applewhite (LL.L. BYARS, L.W. RUE, pág 22-225) ha enumerado cinco componentes principales de la satisfacción del trabajo:

- 1.- Actitud hacia el grupo de trabajo.
- 2.- Condiciones generales del trabajo.
- 3.- Actitud hacia la empresa.
- 4.- Beneficios monetarios.
- 5.- Actitud hacia la supervisión.

Estas conclusiones se incluyen en los estudios realizados dentro del marco de investigación del máster de curas y gestión de servicios de enfermería de la escuela de enfermería santa madrona situada en Barcelona bajo el título de "Satisfacció del personal assistencial d'infermeria en vers el seu torn de treball" realizado en el año 1995 registrado en el tomo número 5 de la página 36 a la 37.

Otros componentes que se podrían añadir son: el estado de ánimo del individuo o en relación en el trabajo y sobre la vida en general.

La salud, la edad, el nivel de aspiración, status social y actividades políticas o sociales, pueden contribuir a percibir la satisfacción laboral.

El nivel de satisfacción en gran parte está determinado por las comodidades que ofrecen el medio y la situación. La motivación produce un esfuerzo adicional, y a la vez puede incrementar su rendimiento si el empleado cuenta con la habilidad y si canaliza el esfuerzo adecuadamente.

- Un alto nivel de satisfacción significa un aumento en la dedicación a la organización pero no tiene porque producir mayor rendimiento.

- Resumiendo la actitud del individuo hacia el trabajo e influida por muchos factores. El rendimiento determinará las recompensas. Estas afectan al nivel de satisfacción de la persona por el efecto sobre las necesidades y deseos actuales. El grado de satisfacción laboral puede afectar directamente muchos problemas a nivel personal, como la inasistencia excesiva, impuntualidad, quejas, sabotaje....

Por el colectivo de enfermería, que tiene un nivel educativo y profesional elevado, las necesidades de Maslow, anteriormente explicadas, de autoestima y realización personal son predominantes. En esta profesión mayormente son mujeres, y suelen dar más importancia a las condiciones laborales, las horas de trabajo y de descanso, la supervisión y los aspectos sociales del trabajo.

Las fuentes de satisfacción suelen ser el sentido de realización, el reconocimiento, el trabajo desafiando, la responsabilidad, el potencial en progreso, autonomía, autoridad, un ambiente laboral agradable, un horario conveniente y una adecuada administración personal. Las enfermeras implican importancia a que el personal directivo del hospital sea respetado y que los directores de enfermería den su apoyo que las supervisoras sean confiables, que haya evaluaciones justas y una retroalimentación adecuada.

Por otra parte, las fuentes de insatisfacción son: mala planificación y comunicación, explicaciones inadecuadas de las decisiones que afectan el trabajo, reglamentos y normativas ambiguas, presión poco justificada, exceso de trabajo, cargas de trabajo que puedan afectar a la calidad de sus tareas, falta de personal, que el equipo multidisciplinario sea poco colaborador obligaciones ajenas a la enfermería y supervisoras mal capacitadas.... Como consecuencia, la insatisfacción laboral puede reducir la productividad, aumentar el absentismo e incrementar la frecuencia de cambios de personal... Es fácil ver, que esto provoca unos costes considerables y enfermería puede hacer reducir estos costes, promoviendo su organización y administración.

Así parece ser que las necesidades psicológicas y de seguridad son preponderantes para los grupos socioeconómicos más bajos, mientras que las necesidades de estima y realización personal son predominantes en grupos socioeconómicos más altos.

En cuanto al sexo, las mujeres suelen dar más importancia a las condiciones de trabajo, las horas del trabajo y de descanso, la supervisión y los aspectos sociales del trabajo; ya comentado anteriormente.

En cambio, los hombres suelen priorizar más los salarios, las posibilidades de ascenso, la administración y política de la compañía así como su participación en la empresa.

En cuanto a la edad se tiende a tener más satisfacción en su lugar de trabajo antes de los 20 años y después de los 35 años. La gente joven prioriza más los ingresos y cuanto más mayor se preocupa más por su seguridad.

La edad y los años de ejercicio profesional también guardan relación con la satisfacción laboral. La mayoría de los estudios relacionan de manera positiva estas variables, indicando que al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, también aumenta la satisfacción laboral.

La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las características más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida. La satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de las características que condicionan la calidad asistencial.

Los factores que más satisfacen a los enfermeros están relacionados con la competencia profesional, relaciones interpersonales con pacientes y compañeros. Los enfermeros eventuales perciben mayor satisfacción que los fijos. Los enfermeros que realizan sesiones clínicas conjuntas, están globalmente más satisfechos que el grupo que utiliza el método tradicional. El turno de tarde es el que está más satisfecho seguido del de la mañana y el menos satisfecho es el rotatorio. Las unidades de enfermería con modelo enfermero de referencia están más satisfechas que las unidades que trabajan por tareas.

Los factores que menos satisfacen a la profesión de enfermería son la turnicidad, reconocimiento, proyección social, retribución y poco desarrollo personal. Insatisfacción por el salario y la política de empresa. Falta de motivación. Problemas de comunicación, los cargos intermedios no informan siempre de forma adecuada. Tensión y presión en el trabajo. Competencia profesional. La mayor edad se asocia a menor satisfacción laboral (sueldo y desarrollo profesional). Trabajo fines de semana y festivos. Poca participación en órganos de dirección. Los trabajadores del hospital se sienten distanciados de éste y muestran una actitud crítica. La labor asistencial es la menor satisfactoria de todas. Una cuarta parte de los enfermeros no volverían a iniciar sus estudios de enfermería. La necesidad de formación (alumnado-personal reciente incorporación) hacen que estas tareas docentes recaigan sobre la plantilla, enturbiando relaciones interpersonales y profesionales, generando un elevado grado de tensión laboral, lo que entorpece el proceso de atención al paciente.

Las reivindicaciones que demuestran los profesionales de la enfermería sobre su satisfacción laboral son las tareas de responsabilidad y de autonomía insuficientes. La delimitación clara de las funciones se presenta como el predecesor más completo de la satisfacción laboral. La mejor calidad de la atención redundaría en la satisfacción del usuario y del propio profesional. Remuneración económica adecuada, aumento reconocimiento socio-profesional (potenciando la imagen positiva de la enfermería), formación continuada y mejor horario laboral. Tener en cuenta la opinión del enfermero a la hora de la toma de decisiones que les afectan. Necesidad de formación continuada.

## **2.5.- SATISFACCIÓN LABORAL EN EL USO DE LA HERRAMIENTA DE TRIAJE POR ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

Tras la lectura del artículo publicado en la revista del colegio de médicos de Barcelona bajo el estudio análisis de la implantación MAT/SET febrero 2004 - mayo 2005" se extraen las conclusiones siguientes donde la utilización de una herramienta en la hora de la realización del triaje por enfermería en un servicio



de urgencias” evita riesgos, atiende e informa personalmente al usuario y a su familia, mejora la calidad del servicio, detecta los circuitos internos y derivaciones erróneos, inicia la informatización de una parte del proceso de la atención, regula la organización del flujo asistencial y previene y optimiza mejor los recursos.

Con el triaje lo que se pretende dar a enfermería es una mayor potenciación de su liderazgo enfermero ya que con este la responsabilidad del proceso asistencial inicial recae sobre este colectivo que de un primer momento lo observó con escepticismo cuestionando la validez legal a la hora de la toma de decisiones, pero se ha potenciado dicho triaje gracias a la utilización de protocolos y bases científicas que demuestran que el enfermero de urgencias con formación continuada de calidad, características de liderazgo y experiencia en el servicio esta totalmente apoyado dejando cubierto el vacío legal que se miraba con escepticismo desde el punto de vista del colectivo de enfermería en los inicios.

El enfermero de triaje aumenta su satisfacción viendo aumentada su posición de liderazgo, la potenciación de rol propio y la capacidad de control dentro del servicio así como la posibilidad de interactuar con los usuarios y sus familias en una primera visita ofreciéndoles a estos una sensación de tranquilidad con la oferta de una primera atención rápida.

La satisfacción también se ve aumentada por la concesión de un pequeño ascenso por parte de la empresa, el enfermero que se dedica a la gestión del triaje en el servicio de urgencias ve reconocida su capacitación para el puesto, los años de experiencia y un aumento de formación así como la potenciación de muchos aspectos de su trabajo, ofreciendo una producción de cara a la institución en todas las formas de beneficio.

En contra puesto, también se ha podido ver que el enfermero que realiza el triaje ve revocada su satisfacción por las situaciones de estrés límite que se provocan en momentos puntuales en el servicio de urgencias, aunque con unas bases claras, unas infraestructuras adecuadas y una provisión de recursos humanos coherentes al volumen de atención de dichos servicios este puede ser disminuido, aunque nunca debemos olvidar que un servicio de urgencias comporta situaciones límite y por tanto dosis de estrés en momentos puntuales.

En frecuentes trabajos como podría ser el realizado por Flores Jiménez, J. en el año 2001 en la revista *ibermutuamur* realizado sobre todo el personal de enfermería que trabaja en el servicio de traumatología de un hospital de la red sanitaria del servicio andaluz de salud donde se han realizados análisis sobre la satisfacción en la realización del triaje enfermero, el colectivo ha reconocido saber cuales son las funciones del triaje y refirieron que se trataba de una labor con entidad propia para enfermería., muchos de ellos también ven aumentada su satisfacción a la hora del reconocimiento de su labor y la recompensa por esta al contar con un turno de trabajo más cómodo y llevadero que el resto de compañeros que no ejercen el triaje , así como la disposición de espacios propios para la realización de las primeras evaluaciones de los usuarios y la atención a sus familias y la provisión de los últimos medios tecnológicos.

## **2.6.- INSTRUMENTOS**

En primer lugar se debe saber cuales son los medios de los cuales disponemos para conocer el grado de satisfacción. Existen dos métodos sencillos para seguir diariamente el estado de satisfacción de la organización; el contacto diario y la información existente (faltas de asistencia, quejas y despidos)

La encuesta de satisfacción es otro medio un poco más complicado pero también un poco más completo. Si la encuesta de satisfacción se planea y realiza adecuadamente, los beneficios obtenidos son diversos e importante como por ejemplo: conocer el índice de satisfacción general, las áreas específicas de insatisfacción, los grupos afectados por esta en resumen son un instrumento de diagnóstico.

Si queremos aumentar el grado de satisfacción en el trabajo tendremos que elaborar un programa de mejora y enriquecimiento del trabajo para mejorar las condiciones laborales, a la vez que fomentar una mayor participación en la toma de decisiones y un mayor grado de control sobre el trabajo para una optima evaluación.

Según la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT) en 2003 publica el ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que los 5 motivos más relevantes de satisfacción en toda la profesión son : le gusta su trabajo, compañerismo, buen sueldo, buen horario, trabajar como autónomo, quedando con menos importancia el desarrollo personal, estabilidad laboral, independencia laboral entre otros.

En cambio, para el personal en actividades sanitarias el gusto por el trabajo y el desarrollo personal o vocación es lo más importante en cuanto su grado de satisfacción.



## **Capítulo 3: Liderazgo en los servicios de urgencias**

### **3.1.- DEFINICIÓN DE LIDERAZGO**

Al hablar de liderazgo nos encontramos que éste término ha sido utilizado como sinónimo de dirección, sin embargo son dos conceptos diferentes, por ello creemos que conviene su aclaración antes de entrar a profundizar el tema de liderazgo.

Dirección y Liderazgo: Concepto y diferenciación: *“La función de dirección fue denominada por Fayol (1916) mando, y consistía en dirigir a personal, hacer funcionar al factor humano en la empresa. Así concebida la dirección tiene por objetivo integrar y coordinar los esfuerzos de los miembros de una organización de modo que sean llevadas a cabo las actividades que permitan lograr tanto los objetivos de ésta, como los de las personas que la componen. La dirección es así misma una función que implica precisamente el hecho de ostentar autoridad formal lo que diferencia la dirección del liderazgo. La función de dirección así definida ha sido objeto de distintos estudios desarrollados dentro de los diferentes enfoques de la teoría de la administración, y es precisamente como resultado de dichos estudios cuando surge el concepto de liderazgo, que presenta ciertas diferencias con la dirección asimilada únicamente al ejercicio de la autoridad formal”.* (Menguzzato M. et al, 1992).

El liderazgo, y la persona que lo ejerce, el líder, han sido y son objeto de innumerables trabajos en los que se han ido estableciendo diversos conceptos acerca de lo que significa y acerca de los diferentes estilos de liderazgo existentes.

Es posible que un individuo tenga aptitudes de administrador pero no de líder, y también lo es que tenga cualidades de líder y no muestre mucha capacidad para la administración. Sin embargo para que una enfermera sea una administradora eficaz que lleve planes a la práctica y alcance objetivos establecidos, también debe ser un líder adecuado. El liderazgo es necesario para que la enfermera sea eficiente en la dirección de la asistencia del paciente.

Trabajar con personas y por medio de ellas es una parte integral del liderazgo en la enfermería. El liderazgo consiste en influir a las personas para que cambien, no importa cuál insignificante pueda ser este cambio. El liderazgo en enfermería debe planearse.

Como una primera aproximación, podemos convenir que el liderazgo debe ser entendido como una clase de influencia mediante la que se puede lograr que los miembros de una organización colaboren voluntariamente y con entusiasmo en el logro de los objetivos organizacionales. La persona que ejerce este tipo de poder es el líder. El líder, por consiguiente, es una persona a quien le es posible influir en las actitudes y opiniones de los miembros de un colectivo, además de influenciar sus acciones y decisiones, sin que para ello tenga que estar dotado de autoridad formal. El director en cambio, sólo podrá influir en sus acciones y decisiones y ello gracias a su autoridad formal. El líder lleva a un miembro de la empresa a decir *“yo haré tal cosa porque creo que él (líder) tiene razón”, mientras que el director podría llevar a la misma persona a decir “yo haré tal cosa porque no tengo alternativa, aunque sé que él (el director) está equivocado”*. La diferencia entre el entusiasmo y la desgana de las dos actitudes es a menudo la diferencia entre el éxito y el fracaso de una organización. (Menguzzato et al. Pág. 330).

Existen múltiples definiciones de líder, el Standard Dictionary de Funk y Wagnall incluido dentro del capítulo nueve del libro titulado práctica del liderazgo, define el liderazgo como “la posición de un jefe o guía”, y el verbo “conducir” como “acompañar o ir a la cabeza para indicarles el camino; “guía”. Ciertamente el liderazgo denota la presencia de otras personas y la relación que hay entre ellas y la que está guiándolas. Un líder debe tener ciertas cualidades, las cuales le permitirán hacer que otras personas lleven a cabo alguna tarea. Esta diferencia de respuesta y la necesidad de una dirección realmente efectiva hacen que en la actualidad, cuando se contrata una persona para ocupar un puesto directivo, se requiera que en ella esté presente la característica de líder, que unida a la autoridad formal inherente al puesto a desempeñar hará que el ejercicio de este sea afectivo. Por ello se habla de liderazgo como sinónimo de dirección al requerirse la confluencia de ambas características.

En todo caso, en el marco de la Dirección Estratégica no se puede concebir la dirección como la sola autoridad formal. La necesidad de motivación de los esfuerzos hacia los objetivos de la empresa implica la existencia de liderazgo.

Ahondando más en el concepto de liderazgo y de acuerdo con Blake y Mouton (1987), los que ejercen el liderazgo deben hacer alcanzar los objetivos empresariales a través de su habilidad para guiar, motivar e integrar a los miembros de la empresa, además el papel de los directivos es el de crear una cultura que:

1-favorezca y mantenga un rendimiento cualitativo y cuantitativo máximo;

2- estimule y emplee la creatividad;

3- provoque el entusiasmo por el esfuerzo, la experimentación, la innovación y el cambio;

4-Utilice la resolución de problemas como una ocasión para aprender;

5-busque y encuentre nuevos desafíos.

(Menguzzato et. Alt. Pág.330).

La función de dirección-liderazgo, abarca a todos los miembros de la empresa dotados de autoridad, debiendo éstos guiar, motivar e integrar los esfuerzos de todos los componentes de la misma para así diseñar, seleccionar e implementar con éxito la estrategia empresarial. La puesta en práctica de la estrategia seleccionada debe ser el resultado de un esfuerzo organizacional integrado y coordinado, a pesar de los diferentes comportamientos e intereses personales. El logro de este esfuerzo pasa por crear un sentido de dirección y de propósito, una cultura común, lo que se hace necesario para asegurar que todos puedan trabajar conjuntamente, de modo eficiente y con ilusión, con decisiones coordinadas y acciones integradas, para así ejecutar con éxito la estrategia elegida, lo que se conseguirá cuando los miembros de la empresa comprendan la estrategia actual y guíen sus decisiones en la dirección adecuada.

El liderazgo puede ejercerse de diversas formas, algunas conscientemente otras inconscientemente. El tipo y nivel del liderazgo que una enfermera proporciona depende de la situación en la cual se encuentre trabajando en ese momento.

## **3.2.- EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE LIDERAZGO**

### **3.2.1.- Orígenes del concepto de liderazgo:**

La discusión de los procesos de liderazgo más antigua y sofisticada, puede ser la que presentó Maquiavelo en el siglo XVI; ya que desde su punto de vista, el liderazgo eficaz se basaría en mantener un flujo de información fiable sobre los temas que hay que tomar una decisión y al mismo tiempo, mantener el respeto para autorizar que se lleven a cabo las decisiones.

Muchos autores recientes, tienen bastante en común con Maquiavelo, porque identifican dos dimensiones de los procesos de liderazgo:

- La organización de la tarea.
- El mantenimiento de unas buenas relaciones de trabajo con los demás.

Por otro lado si aparecen dos diferencias entre el enfoque de estos:

- La sistematización, con la que los teóricos actuales analizan los diversos elementos del proceso del liderazgo.
- La amplia variedad de métodos con los que se aconseja poner a prueba empíricamente la validez de estos análisis.

En el siglo XIX, aparecen los primeros pasos hacia los análisis más sistemáticos, por Caryle (1841) que discute el liderazgo heroico y Galton (1870) que habla sobre la herencia de las cualidades del liderazgo.

Los primeros escritos de Codey en (1902); Knickerbocker en (1948), abordan el liderazgo como un núcleo de los procesos de grupo (el liderazgo como rasgo de personalidad); con la aparición de los estudios que se centraban en que las características o rasgos de un líder eran hereditarios, los investigadores identificaron las siguientes características propias el liderazgo: energía, vigor, entusiasmo, ambición, agresividad, decisión, auto seguridad, auto confianza, afecto, amistad, honestidad, justicia, lealtad, dependencia, maestría técnica y capacidad de enseñanza.

Pero no queda claro que rasgos son las más importantes, ni los más necesarios para adquirir el liderazgo y para mantenerlo; otra crítica a esta teoría sería, que no contempla la personalidad, ni a los subordinados y evita las influencias del entorno y los factores situacionales.

Otro autor Weber (1947) distinguió tres bases para la autoridad del líder:

- Base racional (creencia en la legalidad de los patrones y el derecho a dar órdenes por los de mayor autoridad legal)
- Base tradicional (creencia en la individualidad de las tradiciones inmemoriales y en la legitimidad del status)
- Base carismática (devoción de la santidad excepcional, el heroísmo o el carácter ejemplar de la persona)

Tanto Maquiavelo como Weber, consideran al líder como una influencia sobre los demás; pero Weber identifica unas cualidades personales del líder como el carisma que deberá ser reconocido por los sometidos a la autoridad.

### **3.2.2.- El liderazgo como un rasgo de personalidad:**

A mitad del siglo XX, se extendió la creencia de que tanto el liderazgo, las aptitudes, y la inteligencia, son cualidades que se heredan; por lo que se estudió el grado en que se asocian empíricamente.

Las revisiones de Mann (1959) y de Stogdill (1948) concluyen en que las variables de personalidad dan cuenta sólo de una pequeña parte de la varianza en la conducta de liderazgo.

Stogdill apuntó: *“una persona no llega a ser líder en virtud de la posesión de alguna combinación de rasgos, sino que el patrón de características personales del líder debe producir una relación relevante con las características, actividades y objetivos de los seguidores”* (impreso en Stogdill, 1974:63-4)

Las cualidades que Stogdill aporta que se relacionan con más frecuencia al liderazgo son: la actividad, la inteligencia, el dominio, la auto confianza, el motivo de logro y las habilidades interpersonales; pero a diferencia de Mann, no estima el grado de relación del liderazgo con estas variables.

En los estudios actuales el liderazgo se considera sinónimo de ocupación de un rol directivo y la eficacia de los líderes se juzga en función de los criterios de interés de la alta dirección como la promoción o las puntuaciones por el nivel de competencia.

Pero todos estudios fueron acompañados, por otras teorías que sugerían que los rasgos de un líder variaban en función de la diversidad de las



situaciones. Entre las variables que determinan la efectividad del estilo de liderazgo se encuentran factores como la personalidad, los requerimientos de actuación tanto del líder como de los seguidores, el grado de contacto interpersonal, las presiones de tiempo, el entorno físico, la estructura organizativa, la naturaleza de la organización, el desarrollo de esta y la influencia del líder fuera del grupo. Una persona puede convertirse en líder en una situación dada y seguidor en otra, debido a que el tipo de liderazgo depende de la situación.

McClelland (1975) considera que la necesidad de poder es un prerequisite para ocupar un puesto directivo.

El autor distingue entre el poder egoísta o personalizado y el poder socializado (más probable que se utilice al servicio de las necesidades de la organización).

Stahl (1983) basándose en un estudio de 172 directivos, demostró que una alta motivación directiva consistía en una alta necesidad de logro y en una alta necesidad de poder.

Por otro lado, en un estudio similar, Miner (1978) examinó los motivos de aquellos a quienes se les ascendía y obtuvo que los motivos que con más fuerza se relacionaron con el ascenso fueron el deseo de ejercer el poder, el deseo de competir con los compañeros y unas actitudes positivas hacia la autoridad.

### **3.2.3.- El liderazgo como un estilo de comportamiento**

Hasta ahora los autores citados han definido el liderazgo como una cualidad inherente a determinadas personas, es decir la capacidad de éstas para conseguir unos roles en una sociedad que legitima el ejercicio de la influencia sobre los demás, y la seguridad de que estos poderes los utilizan eficazmente.

La modificación de este punto de vista, se hizo popular en los años 30 por Kurt Lewin; en su enfoque, existe una categoría de conductas específicas que podemos delimitar como habilidades de liderazgo, pero que no son inherentes a la persona; ya que una vez identificadas estas habilidades se pueden enseñar a los demás para convertirse en líderes eficaces.

El estudio clásico de esta tradición es el de Lewin, Lippit y White (1939) donde examinaron el impacto de tres estilos de liderazgo diferentes; se eliminaron los efectos de la personalidad sobre los resultados.

Los resultados mostraron que el estilo de liderazgo “democrático” era más eficaz dependiendo de los criterios de eficacia que se utilizaran.

Otro estudio que promovió esta corriente fue el de Stogdill y Coona (1957), que tuvo como conclusión, que el estilo de liderazgo se podría describir mejor como una variable de dos dimensiones: “consideración” e “iniciación a la estructura”, es decir, un líder eficaz sería aquel que se comportara con los demás de una manera considerada, pero que proporcionara las estructuras necesarias para permitir que se realicen las tareas.

Por otra parte Likert (1961) resumió la investigación en que los supervisores eficaces eran aquellos cuyo rol de supervisor se diferenciaba del de sus subordinados; se consideraban más orientados hacia los empleados que hacia la producción y cuyo estilo de supervisión era más detallado y minucioso que el de los otros.

Blake y Mouton (1964) formularon un programa de formación gerencial y de desarrollo de las organizaciones, basado en su concepto de “El Gris Gerencial”. Estos autores proponen que los directivos eficaces son aquellos que muestran un gran interés tanto por maximizar el desempeño de la tarea, como por aquellos con quienes trabajan, más que enfrentar entre sí ambas dimensiones.

Por lo tanto estos autores mantienen la posición de que es posible especificar un tipo de estilo de líder eficaz; pero la ausencia de estudios empíricos que la apoyen han llevado a la mayoría de los investigadores a analizar otras vías de exploración más prometedoras.

#### **3.2.4.- Los modelos anteriores: una crítica**

En los autores mencionados anteriormente, es evidente una búsqueda de la “esencia” del liderazgo sin grandes frutos; no obstante, todos persistieron en unas estrategias de estudio que no eran especialmente diferentes.

No todos los sociólogos han considerado al liderazgo como algo positivo,

Michels (1962) consideraba la aparición de una élite establecida de liderazgo como una consecuencia inevitable de las estructuras sociales que surgen del deseo de la gente por la autodeterminación, sin embargo consideraba que esa consecuencia era incompatible con los principios básicos de la democracia.

La mayoría de los investigadores trataron el liderazgo como algo cuya esencia se podía definir sin referencia al contexto, bien fuera esa esencia la personalidad, un estilo de dirección o un rol estructurado de la organización.

Otros escritores desvalorizaron el concepto de Weber, por ejemplo Broussine y Guerrier (1985:35) *“El carisma es la capacidad para hacer, mediante la personalidad que otro se comporte de una manera determinada”*

En la segunda mitad del siglo XX, los investigadores propusieron tentativas de solución para reparar las deficiencias observadas en los enfoques de liderazgo, pero al seguir influenciados por los estudios precedentes siguieron analizando el liderazgo en función de determinados patrones de comportamiento del líder; sin embargo propusieron que la eficacia de cualquier estilo era contingente al ambiente en el que se desenvolvía el líder.

### **3.3.- TEORÍAS DEL LIDERAZGO**

Existen numerosas teorías del liderazgo:

#### **3.3.1.- La Teoría del gran hombre:**

La teoría del gran hombre establece que sólo unas pocas personas nacen con las características necesarias para ser grandes directivos. La obtención y distribución de los recursos necesarios, como las personas, el equipamiento, los materiales, los fondos y el espacio son aspectos particularmente importantes. Muchos encuentran que esta teoría no resulta atractiva, dada su premisa de que los líderes nacen y no se hacen, lo cual sugiere que el liderazgo es algo que no puede ser desarrollado.

### **3.3.2.- Teoría del carisma:**

Las personas pueden llegar a ser líderes debido a que son carismáticas. El líder carismático inspira a otros obteniendo de ellos un compromiso emocional y provocando fuertes sentimientos de lealtad y entusiasmo.

### **3.3.3.- Teoría del rasgo:**

Los primeros trabajos de este campo mantenían que las características o rasgos eran hereditarios, identificaron las siguientes características propias del liderazgo: energía, vigor, entusiasmo, ambición, agresividad, decisión, auto-aseguración, auto-confianza, afecto, amistad, honestidad, justicia, lealtad, dependencia, maestría técnica y capacidad de enseñanza.

-Los líderes necesitan ser más inteligentes que el grupo al que lideran. Sin embargo, una persona muy inteligente puede no encontrar en las responsabilidades de liderazgo un desafío lo suficientemente atractivo y puede preferir trabajar con ideas abstractas e investigaciones, encontrando incluso dificultades para relacionarse con el grupo.

-Los líderes deben poseer iniciativa, la capacidad de percibir e iniciar cursos de acción no considerados por otros.

-La creatividad es un capital. La originalidad, la capacidad de idear nuevas soluciones a los problemas y de encontrar nuevas formas de ser productivo, resulta de gran utilidad.

-La madurez emocional con integridad-un sentido de propósito y dirección, persistencia, dependencia y objetividad-es otro de los rasgos importantes. Los líderes maduros hacen lo que anuncian que van a hacer y son coherentes en sus acciones. Con frecuencia trabajan durante muchas horas, se aplican con intensidad y extienden el entusiasmo entre sus seguidores. La energía, el vigor y una buena salud son condiciones necesarias para resistir durante las largas jornadas de trabajo, superar los obstáculos y alcanzar unos logros continuados. La auto-seguridad es la auto-confianza. Se espera que los líderes se perciban a sí mismos como solucionadores efectivos de problemas que pueden manejar con éxito las dificultades a las que se enfrenten.

-La capacidad de comunicación es importante. El líder necesita comprender a los otros y hablar y escribir con claridad.

-La persuasión es empleada con frecuencia por los líderes para obtener el consentimiento de sus seguidores. El líder puede hacer sugerencias, aportar datos que le apoyen, realizar preguntas incisivas, contraer compromisos y solicitar la acción para convencer a otros.

-Los líderes necesitan ser lo suficientemente perceptivos como para distinguir a sus aliados de sus oponentes y para colocar a sus subordinados en los puestos donde mejor encajen.

-Los líderes participan en actividades sociales. Pueden mantener relaciones con todo tipo de gente y adaptarse a distintos grupos. Accesibles, amistosos y dispuestos a ayudar, obteniendo la confianza y la lealtad de otros de un modo que hace que la gente esté dispuesta a cooperar.

#### **3.3.4.- Teoría de la situación:**

Las teorías de la situación se hicieron populares durante los años 50. Estas teorías sugerían que los rasgos requeridos por un líder variaban en función de la diversidad de las situaciones. Entre las variables que determinan la efectividad del estilo de liderazgo se encuentran factores como la personalidad del líder, los requerimientos de actuación tanto del líder como de sus seguidores, las actitudes, necesidades y expectativas del líder y de sus seguidores, el grado de contacto interpersonal posible, las presiones del tiempo, el entorno físico, la estructura organizativa, la naturaleza de la organización, el estado de desarrollo de la misma y la influencia del líder en el grupo.

#### **3.3.5.- Teoría de la contingencia:**

Durante los años 60, Fred Fiedler introdujo el modelo de liderazgo de contingencia. Refutando la teoría de estilo de liderazgo ideal, argumentó que un estilo de liderazgo podría ser efectivo o no dependiendo de la situación.

Identificó tres aspectos de una situación que estructuró el rol del líder:

- La relaciones líder-miembro.
- La estructura de la tareas.
- El poder de la posición.

El liderazgo se evalúa por medio de una escala de atmósfera de grupo, diferenciando entre dos tipos de líder; líderes orientados hacia la tarea y líderes orientados hacia las relaciones.

El resultado refleja, que líderes con una puntuación alta, valoran más la creación con buenas relaciones interpersonales con sus subordinados; mientras que los líderes con puntuación baja, valoran más el cumplimiento de las tareas, así que su conducta está orientada hacia la tarea.

El poder de la posición se refiere a la autoridad inherente a un puesto, el poder de conceder recompensas y aplicar castigos, y el apoyo de la organización a las propias decisiones. Los directores de enfermería, los supervisores y algunos coordinadores de cuidado al paciente cuentan con el alto poder que les confiere su posición, con derecho a contratar y despedir, promocionar y ajustar salarios. El estilo de liderazgo más productivo depende de las variables situacionales.

### **3.3.6.-Teoría del camino hacia la meta**

Robert J. House derivó la teoría del camino hacia la meta a partir de la expectativa, la cual defiende que las personas que actúan como lo hacen porque esperan que su comportamiento les produzca resultados satisfactorios. En la relación del camino hacia la meta, el líder facilita el cumplimiento de la tarea minimizando las obstrucciones hacia las metas y recompensando a sus seguidores por la terminación de sus tareas. El líder ayuda a sus subordinados a evaluar sus necesidades, estudia las alternativas, les ayuda a tomar las decisiones más beneficiosas, recompensa al personal por la finalización de una tarea y proporciona oportunidades adicionales para la consecución satisfactoria de la meta.

House estimó que las diferencias individuales afectan a la percepción que del comportamiento del líder tengan sus subordinados. La teoría del

camino hacia la meta introdujo a los subordinados de la plantilla como una variable más.

### **3.3.7.- Teoría del liderazgo situacional**

La teoría del liderazgo situacional predice el estilo de liderazgo más apropiado a partir del nivel de madurez de los seguidores. Paul Hersey y Kenneth H. Blanchard ilustran esta teoría. Este modelo es coherente con la línea de inmadurez-madurez de Argyris, la cual indica que a la medida que la gente madura, progresa desde un estado pasivo a uno activo y desde la dependencia hasta la independencia. Con la madurez pasan de una necesidad de mucha estructura y poca relación a una inversa. La progresión no siempre es suave, ya que la tensión puede causar un retroceso en los miembros del grupo, y los líderes han de ajustar su comportamiento de acuerdo con ello. La teoría del liderazgo situacional pone así el énfasis en la importancia del nivel de madurez del grupo, y el líder necesita adaptar los estilos de liderazgo de acuerdo con este nivel.

### **3.3.8.-Liderazgo de transformación:**

Los líderes de transacción organizan grupos en torno a sus metas personales y consideran que los otros están también motivados por metas personales. Los líderes de transformación motivan a las otras personas a través de los valores, la visión y la delegación de poder.

Bass (1985) ha descrito a los líderes de transformación en términos de carisma, de liderazgo de inspiración, de consideración individualizada y de estímulo intelectual.

Bennis y Nanus (1985) indican que los líderes hacen lo correcto, mientras que los directivos hacen las cosas correctamente. Los líderes se centran en la efectividad, mientras que los directivos ponen el acento en la

eficiencia. Bennis y Nanus identificaron cuatro estrategias para hacerse cargo de algo:

- La atención a través de la visión.
- Del entendimiento a través de la comunicación.
- De la confianza a través del posicionamiento.
- Del despliegue de uno mismo.

La visión del líder necesita ser clara, atractiva, alcanzable. La comunicación a través de historias, alegorías, fábulas, parábolas, analogías y otros recursos ayuda a conferir a la visión de un significado. La posición del líder también debe ser clara, ya que los subordinados confiarán más cuando conozcan la perspectiva del líder respecto a la organización. Las comunicaciones abiertas, la honestidad y la coherencia son también aspectos importantes para la construcción de confianza. Los líderes están aprendiendo continuamente y utilizan la organización como un entorno de aprendizaje. Se despliegan a sí mismos a medida que fomentan un entorno de aprendizaje.

Kouzes y Posner (1987) identificaron como cinco prácticas básicas y diez comportamientos específicos relacionados con el liderazgo:

- Provocación de procesos buscando oportunidades y experimentando y asumiendo riesgos.
- Inspiración de una visión compartida del futuro transmitiéndosela a los otros.
- Capacitación a los otros para que actúen potenciando la colaboración y reforzando a los otros.
- Diseñando el camino estableciendo un ejemplo y planificando pequeños logros.
- Insuflando moral a través de reconocimiento de las contribuciones individuales y la celebración de las consecuciones.

Bass y Avolio (1993) indican que los líderes de transformación cambian la organización por medio del realineamiento de la cultura de la misma con la nueva visión y la revisión de las premisas, valores y normas. Identifican cuatro



componentes que caracterizan a estos líderes:

- influencia idealizada.
- motivación de inspiración.
- estímulo intelectual.
- consideración individualizada.

Bass y Avolio consideran que las organizaciones deben mantener una base de cualidades de transacción efectivas mientras se mueven en la dirección de las cualidades de la transformación.

Es bien conocida la influencia del liderazgo sobre la satisfacción de los empleados, sin embargo, no está clara su relación con el rendimiento. No parece que el liderazgo influya en la incorporación a una organización, el liderazgo puede influir en la permanencia en la organización, dado que aquélla contribuye a la satisfacción de los empleados. Este rasgo de la consideración tendrá más peso sobre la permanencia cuando se trata de tareas repetitivas. El líder considerado hace más amable el trabajo. Sus instrucciones tienen más legitimidad. La influencia del liderazgo sobre el esfuerzo por encima del mínimo queda clara a la luz de la teoría de las expectativas.

Pero tenemos que señalar que además de la influencia del líder, el grupo también ejerce una influencia que afecta al rendimiento de los miembros de la organización. El grado de cohesión del grupo influye, cuanto mayor sea la cohesión, tanto más fuerte será la influencia que ejerza sobre los componentes. El grado en que las normas del grupo coinciden o se apartan de las normas oficiales. El grado en que el sujeto valora la aceptación del grupo también influye, cuánto más alta sea la valencia que el sujeto asigne a la aceptación del grupo, tanto más fuerte será la influencia del grupo sobre la conducta de aquél.

### **3.4.- ESTILOS DE LIDERAZGO**

#### **3.4.1.- El liderazgo directivo:**

Un tipo de liderazgo es el directivo, algunas veces denominado autocrático. El liderazgo directivo, en su forma más extrema entraña la presencia de un dictador que es arbitrario y lleno de prejuicios, insiste en que él

es la única persona que tiene la razón, no permite discusiones lógicas ni de otro tipo y se inclina sólo por los métodos y metas que él mismo ha seleccionado.

En una forma más realista, el liderazgo debe combinar la justicia con la firmeza, la amabilidad con la seguridad, el respeto por el individuo con el poder sobre él.

El liderazgo directivo no es la mejor forma de dirigir, pero es necesario en casos de urgencia o crisis cuando un grupo no tiene tiempo de decidir el plan de acción que debe tomarse. Es inútil también cuando el jefe es la única persona que tiene pericia o información nueva y esencial o cuando los miembros del grupo son inexpertos.

#### **3.4.2.- Liderazgo creativo.**

Otro tipo de liderazgo es el creativo. En este caso el ambiente democrático concede mayor importancia al “compañerismo”. El líder guía a los trabajadores para seleccionar las metas aceptables y decidir un plan eficaz para lograrlas. Les permite que tomemos ciertas decisiones por sí mismos, aunque los guía y ayuda; en consecuencia, tienen mayor sensación de libertad y más satisfacción. El liderazgo creativo está implícito en la definición de: “acompañar o ir a la cabeza para mostrar el camino”<sup>3</sup>.

El objetivo principal del líder es orientar al grupo en la dirección correcta; además, debe decidir que enfoque será el más eficaz para que el grupo avance de manera constante.

El liderazgo eficaz origina diversos resultados; espíritu de cooperación y entusiasmo, que tiene como base buenas relaciones humanas; trabajadores capacitados y bien entrenados, y una organización eficaz que pueda cumplir con sus metas. Dicho de otra manera, el liderazgo adecuado produce desempeño más satisfactorio del trabajo.

---

<sup>3</sup>Lao-tse, un filósofo chino que vivió varios siglos antes de Cristo, decía: Un buen líder ejerce su liderazgo de tal manera que sus seguidores no se percatan de que él existe, sino más bien creen que hicieron el trabajo por sí mismos. El líder demócrata trabaja por medio de las personas, no mediante la dominación sino por sugerencias y persuasión. Mientras más éxito tenga con el empleo de las relaciones humanas, mayor será su influencia como líder. El honor y las satisfacciones que recibe no provienen de las aclamaciones públicas sino del conocimiento de que sus metas se han alcanzado y que el trabajo ha sido realizado satisfactoriamente.

En ocasiones se coloca en un puesto que requiere liderazgo en una persona que no tiene capacidad de líder, o la posee en grado mínimo; como consecuencia de ello, los trabajadores pueden hacer prácticamente lo que quieran. Esta política de libertad da por resultado que cualquier liderazgo que hubiera estado presente en un principio sea rechazado, y la situación laboral se transforma con rapidez en desorganización total, en la cual los empleados no saben cuáles son sus funciones ni les interesa averiguarlo. En este tipo de atmósfera, el trabajador pierde toda iniciativa o deseo de superación.

El líder debe estar conciente y dispuesto a aceptar responsabilidades del liderazgo. Debe conocer a todas las personas, reconocer las necesidades y diferencias de cada una de ellas como individuo. Necesitará permitir ciertas libertades, de acuerdo con las diferentes capacidades, actitudes, sentimientos y emociones. En otras palabras, debe dar a su equipo “retribución psicológica”.

### **3.5.- EL LIDERAZGO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

Los servicios de urgencias hospitalarios son tan utilizados como controvertidos. A pesar de ser uno de los puntos básicos de la atención sanitaria a la población, se sigue polemizando sobre su función, su dotación estructural y personal y su reconocimiento académico y profesional.

El proceso de primera valoración o triaje para que se realice de forma correcta es necesario que exista personal con liderazgo entrenado para ello y encontrar con una estructura física adecuada dentro del servicio. Son muchos ya los hospitales españoles en los que este proceso lo realiza una enfermera. Gracias a la formación universitaria adquirida, la enfermera establece la prioridad y ubicación del paciente, optimizando así los recursos humanos y materiales de la unidad. Esta mejora produce, a su vez, un aumento de la calidad asistencial ofrecida por el servicio de urgencias.

La enfermera de triaje tendrá una serie de funciones en la gestión de la urgencia, será la figura que recibirá al paciente, que lo valorará y lo clasificará, que lo ingresará, que hará las diligencias de la historia clínica del paciente, iniciará el contacto con el paciente y la familia e informará acerca del proceso. Mantendrá la comunicación con el personal médico y de enfermería de las áreas de tratamiento para proporcionar información oportuna a los familiares

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

acerca de la evolución de los pacientes. Informará y educará a los usuarios sobre la utilización óptima y racional de los servicios de urgencias.

Todas estas funciones definirán a un líder como es la figura de la enfermera del triaje en urgencias.

Para realizar el triaje en urgencias será imprescindible, la planta física adecuada, contar con los recursos materiales para el proyecto y contar con enfermeras profesionales capacitadas en clasificación de pacientes con capacidad de liderazgo.

## **II.- MARCO PRÁCTICO**

### **CAPÍTULO 4: Hipótesis de la Investigación**

#### **4.1.- Hipótesis Principal del estudio**

El nuevo modelo de triaje enfermero aumenta la capacidad de la gestión de flujos a enfermería, a la vez que facilita la coordinación entre el equipo y la organización en el servicio de urgencias, y aumenta la satisfacción profesional.

##### **4.1.1.- Variables**

Las variables que se han utilizado para determinar nuestra hipótesis principal del estudio son las siguientes:

Independiente:

- Sistema de triaje.

Dependientes:

- Grado de satisfacción.
- Grado de liderazgo.

Interdependientes:

- Personales

- Edad (Cuantitativa).
- Sexo (Cualitativa).
- Categoría profesional (Cualitativa).
- Estado civil (Cualitativa).

- Socio-laborables

- Situación laboral (Cualitativa).
- Experiencia en el servicio (Cuantitativa).
- Lugar de trabajo, dentro del servicio de urgencias (Cualitativa).
- Turno (Cualitativa).
- Incentivos (Cualitativa)
- Formación previa específica (Cualitativa)
- Conocimiento de la escala de triaje (Cualitativa)

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

- **Institucionales**

- Tipo de hospital (Cualitativa).

- Tipo de organización (Cualitativa).

- Número de ratio de ocupación (camas) hospitalaria.

(Cuantitativa).

## **CAPÍTULO 5: Metodología de la Investigación.**

### **5.1.- Metodología**

Estudio descriptivo entre cuatro hospitales con diferentes sistemas de triaje en urgencias.

Para conseguir los objetivos planteados hemos realizado un estudio descriptivo transversal, a partir del estudio de cuatro hospitales con sistemas de triaje diferentes.

### **5.2.- Población Muestra**

Para el estudio hemos seleccionado cuatro servicios de urgencias en organizaciones hospitalarias de la provincia de Barcelona donde hemos tenido en cuenta a médicos, diplomados en enfermería y responsables del servicio, así como auxiliares de enfermería y auxiliares técnicos-sanitarios, Estos últimos en el planteamiento del estudio no fueron incluidas por razón de colectivo pero durante la realización de la investigación hemos podido ver que ha sido necesario incluirlos ya que ciertos hospitales los utilizan diversas veces como colectivo responsable de el triaje en los servicios de urgencias.

Las organizaciones que se han incluido dentro de nuestro estudio son:

- Hospital A

Hospital comarcal de convenio XHUP. En este centro el triaje del servicio de urgencias es realizado por enfermería según un modelo de triaje estructurado (MAT/SET).

- Hospital B

Hospital de gestión privada. En este centro no se realiza triaje, los pacientes son visitados en función de la hora de llegada a excepción de aquellos pacientes que muestran signos o síntomas de urgencia vital.

- Hospital C

Hospital Comarcal de convenio XHUP. En este centro también realiza el triaje enfermería pero no es estructurado, lo realizan a partir de protocolos y algoritmos internos.

- Hospital D

Hospital de tercer nivel público (convenio especial). En este centro el triaje en el servicio de urgencias lo realiza un médico.

Los cuatro hospitales mencionados tienen una ocupación en número de camas situada entre todos ellos entre las 260 y las 1000 camas.

El ámbito geográfico en el que se ha aplicado ha sido Barcelona, el entorno de su área metropolitana y su provincia que corresponden a las áreas geográficas de dichos hospitales.

### **5.3.- Técnicas de Instrumentalización**

Para la recogida de datos hemos utilizado la técnica de instrumentalización mediante el cuestionario ( Ver anexo 3), hasta el momento se han recogido un total de 122 cuestionarios, estando el proceso de recogida abierto mientras dure el periodo de investigación, que hemos realizado a toda nuestra población muestra en las diferentes organizaciones escogidas mediante los que estudiaremos las variables mencionadas así como también en un primer planteamiento se decidió la realización de entrevistas después la idea dejó de ser válida ya que debíamos delimitar más la muestra y hacerla más específica con el objetivo de obtener los datos esperados.

Dichos cuestionarios fueron validados mediante un sistema de 10 jueces formados por personalidades del mundo de la enfermería la medicina, estadísticos y otros expertos que comprobaron la univocidad la pertenencia y la importancia de cada ítem planteado en el cuestionario. (Ver Anexo 4). Dicha comunicación se realizó mediante e-mail adjuntando una carta de presentación donde se hacía referencia al estudio y lo que comprendía. ( Ver anexo 5)



Nuestro instrumento fue dividido en dos partes iniciales formadas por la descripción de los datos sociológicos (edad, género, categoría profesional y el año que obtuvo la titulación....) y la situación laboral ( turnos, contrato, experiencia...) así como una segunda parte comprendida en cinco parrillas que tenían como ejes principales la satisfacción laboral, el liderazgo profesional, el clima laboral, el nivel de tensión y el nivel de comunicación donde los profesionales debían puntuar del 1 al 5 según se sintieran identificados siendo el 1 la puntuación mas baja y el 5 la máxima.

La escala de satisfacción fue desglosada en 24 ítems según una adaptación de una escala de satisfacción en el ámbito laboral, no encontrado la población muestras ningún tipo de dificultad para ser contestada. La escala de clima laboral se desgloso en 18 ítems con las mismas características que la previa. Por el contrario la escala de liderazgo desglosada en 29 ítems fue la mas dificultosa de contestar por la población muestra ya que identificaban ítems relacionados con el triaje estructurado que desconocían o simplemente no se relacionaba con su actividad laboral actual o el rol que desempeñaban en los servicios de urgencias por el contrario las dos últimas parrillas basadas en el nivel de tensión y la comunicación entre los profesionales desglosadas en 5 ítems respectivamente no ofrecieron ningún tipo de problema en la resolución del cuestionario por parte de los profesionales encuestados.

## **CAPÍTULO 6: Análisis Comparativo**

Cuestionario sobre la satisfacción y el liderazgo de los diferentes sistemas de triaje enfermero en los servicios de urgencias.

### **6.1.-Introducción general**

Mediante este estudio hemos querido reflejar la satisfacción y el liderazgo que producen los diferentes sistemas de triaje enfermero en los servicios de urgencias. La estrategia que hemos utilizado para la recogida de dicha información ha sido a través de un cuestionario (Ver anexo 3).

El cuestionario ha sido dirigido, a personal facultativo y no facultativo: Diplomados en Enfermería, Licenciados en medicina, Coordinadores Enfermería, Coordinadores médicos, Administrativos y Auxiliares Sanitarios de los servicios de urgencias de cuatro hospitales con diferentes tipos de gestión.

Hasta el momento se han recogido un total de 122 cuestionarios, quedando el proceso de investigación totalmente cerrado por haber finalizado el periodo de recogida de datos.

Para el análisis de la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Socials Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencial.

Para una mejor comprensión de los resultados se ha organizado su presentación atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atienda a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

## 6.2.- Análisis Comparativo

### ○ 6.2.1.-DATOS SOCIOLÓGICOS

La **edad** media del grupo de análisis es de 35,49%, con un valor mínimo de 21 y un máximo de 61, y una desviación de 8,466 además de la distribución de grupos de edad comprendida en intervalos tal y como se especifica en el gráfico; 41,3% pertenecen al grupo comprendido entre 31-40 años, el 31,4% comprende las edades entre 21-30 años, el 19% es el grupo de edad entre 41-50 años y finalmente el minoritario 8,3% se comprende en edades de entre 51-61 años. Con lo cual se extrae que los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias se incluirían mayoritariamente entre edades de los 21 a los 40 años, siendo estos el 72,7% del total de la muestra.

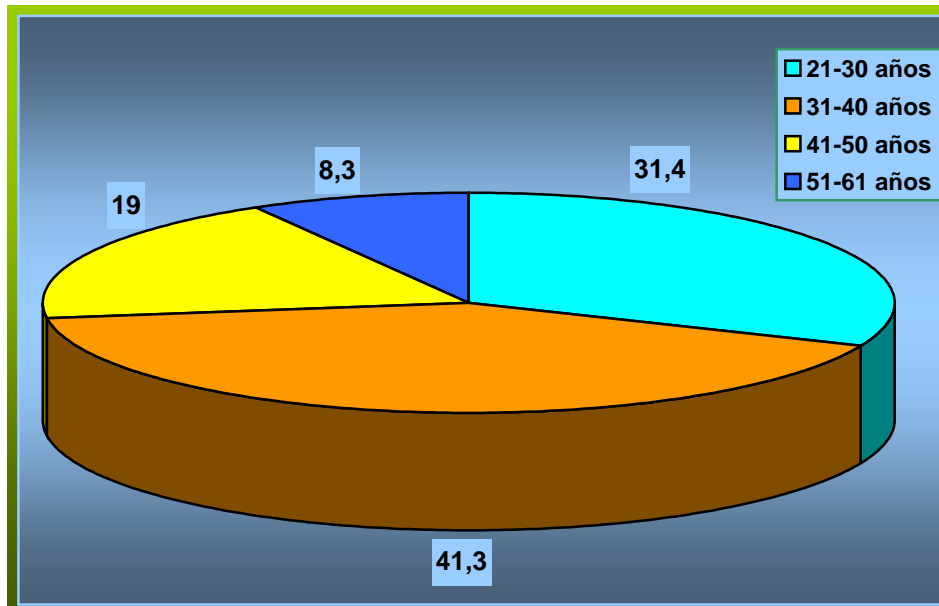


Gráfico 1.- Distribución de la Edad

El **género** se distribuye entre femenino y masculino: 65,6 % de mujeres frente a 34,4% de hombres que desempeñan su función laboral en los servicios de urgencias. Según datos de la Generalitat de Catalunya (referente a un estudio previo del 2006) la diferencia en función del sexo en los diplomados en Enfermería que trabajan en los servicios sanitarios es de; un 87% de mujeres frente a un 13% de hombres, por lo que podemos decir que predomina con mucha diferencia el sexo femenino.

La totalidad de los profesionales de enfermería de sexo masculino, según datos de la Generalitat de Catalunya es de un 13 % frente a nuestra población muestra encuestada de la cual se obtiene un 34,4% podemos decir que los hombres que se dedican al sector salud trabajan mayoritariamente en servicios especiales, en nuestro caso en el servicio de urgencias.

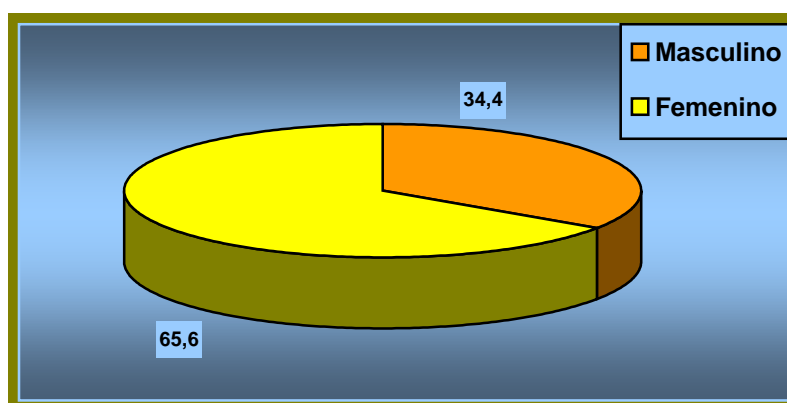


Gráfico 2.- Distribución del Género

El **estado civil** es mayoritariamente de casado - emparejado con un 53,3%, seguido de los solteros con un 38,5%, los separado/divorciados con un 6,6% y otros el 1,6%. Este dato nos puede aportar que tipo de necesidades tiene la población muestra respecto a sus hábitos de vida que concuerdan con su rol personal-familiar diferenciado entre casados-emparejados, solteros, divorciados y el resto.

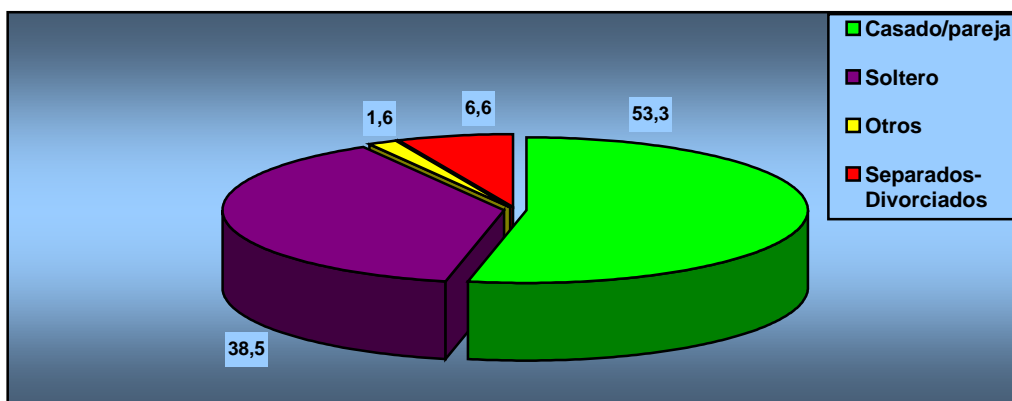


Gráfico 3.- Distribución del Estado Civil

**El año en que se obtuvo la titulación comprende** entre los años 1975 al 1981 el 7,1% de los encuestados, entre el 1982 y el 1992 el 18,8 %, entre el 1993 y el 1999 el 35,7 % y entre el año 2000 y el 2007 el 38,4%. Obtenemos que la mayoría de los profesionales se titularon entre el 1993 y el 2007 correspondiendo con el grupo de edad establecido entre los 21-40 años.

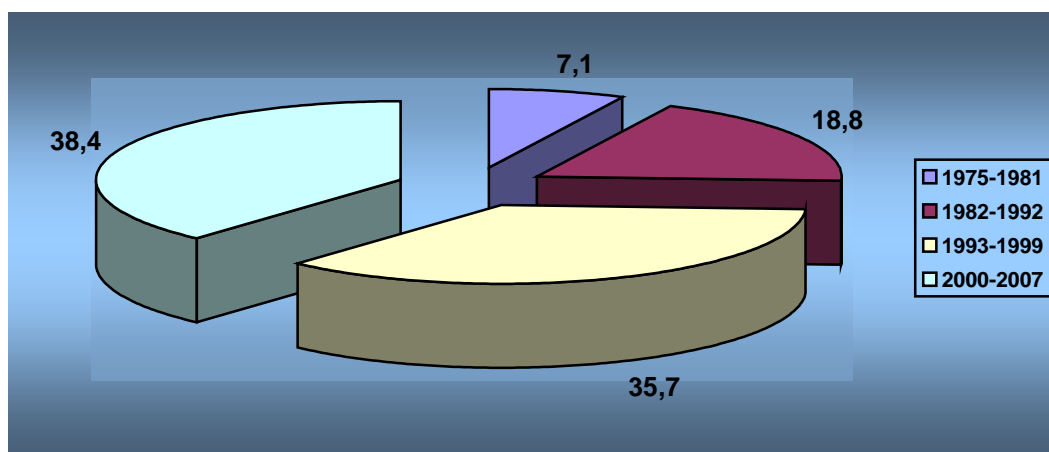


Gráfico 4- Años de obtención de la titulación

**Las categorías profesionales** mediante las cuales se identifican los encuestados se reflejan mediante un 6,6 % son Administrativos, un 54,9% son Diplomados universitarios en enfermería, un 24,6% son Licenciados en medicina. Un 2,5% son Coordinadores de enfermería, un 1,6% son Coordinadores médicos, un 8,2% son Auxiliares de Enfermería y 1,6% son Auxiliares técnicos sanitarios. Podemos decir que el grupo mayoritario de profesionales dentro del sistema de salud tal como indican las estadísticas es

el formado por los Diplomados en Enfermería, seguido por los Licenciados en Medicina y el resto de profesionales correlativamente de esta manera también podemos ver que en nuestra población muestra estos porcentajes también quedan reflejados de esta manera.

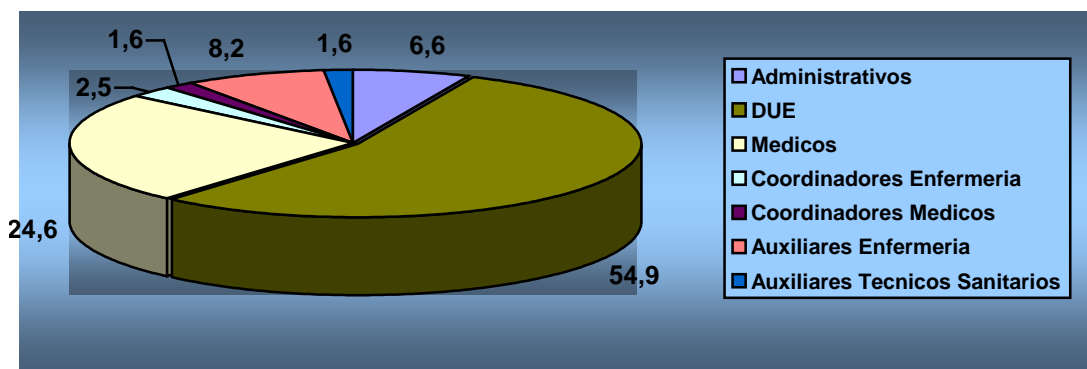


Gráfico 5.- Categorías Profesionales

#### o 6.2.2.-DATOS SITUACIÓN LABORAL

**Ejercen en los servicios de urgencias** dentro de nuestra muestra desempeñando su actividad laboral un 95,9% del personal sanitario el resto considerándose con un 4,1% identifican que ya no ejercen su actividad en dicho servicio y en este grupo también podemos incluir aquellos suplentes que realizan rotaciones de un día y nunca han desempeñado su actividad laboral en los servicios de urgencias.

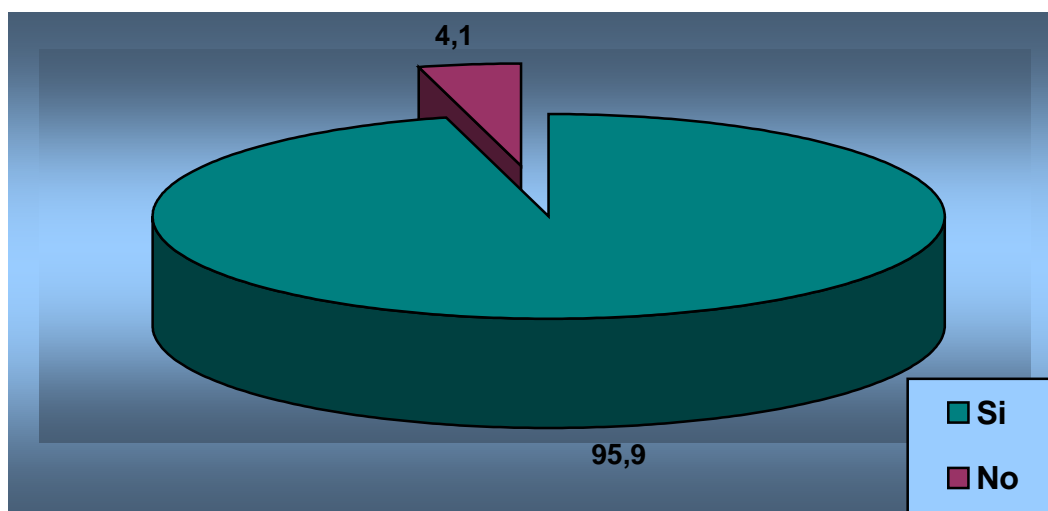


Gráfico 6- Ejercen actualmente su profesión en el servicio de urgencias

El **tipo de contrato** que disfrutaban los 95,9% de profesionales que desarrollan su actividad laboral en los servicios de urgencias y pertenecientes a nuestra muestra de población es mayoritariamente de tipo indefinido con un 65,3%, el 21,5% disfruta de un contrato eventual, el 3,3% de un interinaje, y el 9,9% de otros tipos de contrato. Identificando así que la mayoría de la población participante en la muestra disfruta de una estabilidad laboral mediante contratos indefinidos aunque los contratos eventuales mantienen un porcentaje de casi un cuarto de la población muestra con un 21,5%

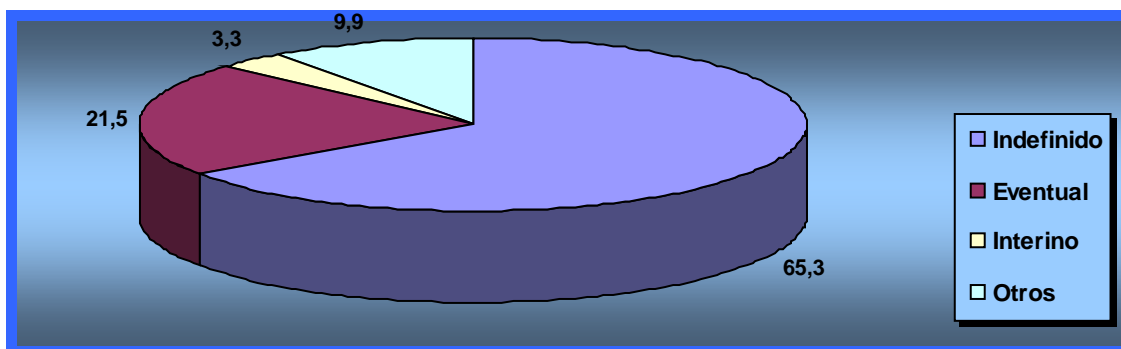


Gráfico 7- Tipos de contrato

El **turno** que desempeñan los profesionales se concentra con el mayor número de población muestra en los turnos de mañana con un 24,8%, seguidos por los turnos de noche con un 24% y en tercer lugar con el 13,2% durante el turno de tarde. Los minoritarios se sitúan con el 14% en los turnos rotatorios, un 11,5% realiza doce horas continuadas y el 12,4% desempeñan turnos de 24 horas. Muchos de ellos realizan este tipo de turnos de manera que puedan conciliar su vida familiar con su vida profesional aunque también hemos de identificar que la mayoría de nuestra población muestra se adapta mejor a los turnos de 7 horas repartidos en mañana tarde y noche, exceptuando la noche que son 10 horas con sus descansos establecidos por ley, en contra de aquellos turnos que no dan estabilidad como pueden ser los rotatorios o los que están condicionados a contratos de trabajo de un día como pueden ser los eventuales ( obra y servicio, por horas, etc...) Por el contrario los turnos de 12 horas facilitan la conciliación familiar, pero disminuyen la calidad asistencial ya que el personal sanitario que carga con grandes responsabilidades como pueden ser trabajar en un servicio de urgencias u otro

tipo de servicios especiales están sometidos a un desgaste psicoemocional continuado y prolongado durante periodos de tiempo muy elevados.

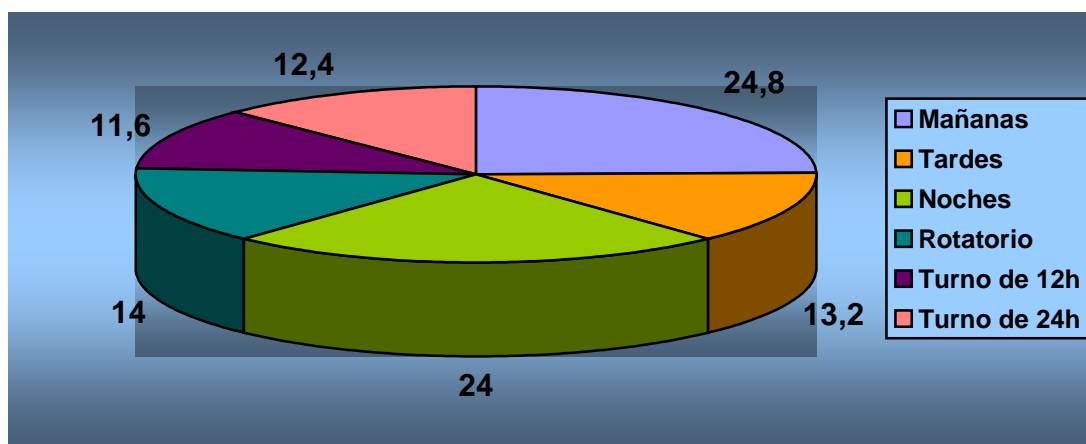


Gráfico 8. Turnos

La **jornada laboral** semanal que desempeñan los profesionales de los servicios de urgencias pertenecientes a nuestra muestra de población comprenden mayoritariamente entre las 36-48h con un 56,6% correspondiéndose así de esta manera con el número de porcentaje del tipo de contratos siendo mayoritarios los correspondientes a este tipo de jornada laboral. Seguidamente se identifican con un 19,5% aquellos que realizan entre 22-35 horas semanales, con un 15,9% aquellos que realizan menos de 21 horas correspondiéndose con contratos temporales de días intersemanales y fines de semana y con un 8% aquellos que realizan entre 49 y 72 horas semanales siendo el grupo minoritario.

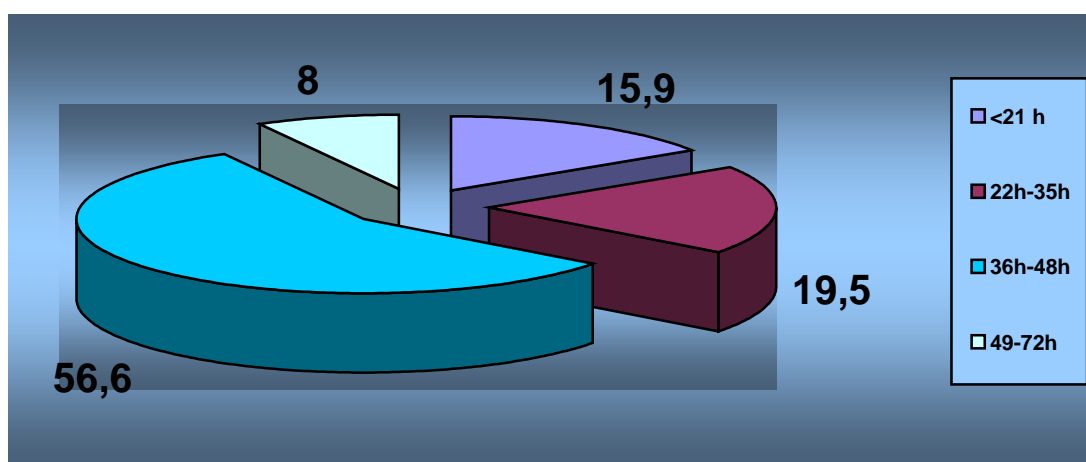


Gráfico 9- Jornada Laboral



La **experiencia laboral en el servicio de urgencias**. Se identifica mediante porcentajes a intervalos de años de experiencia en dicho servicio así identificamos como entre 1-5 años con un 45,1% y 6-10 años con un 27,5% resultando los grupos mayoritarios, seguidos por los grupos de mayor experiencia con un 12,4% y entre 11-15 años de experiencia, con un 7,9% entre 16-20 años de experiencia, y en grupos muy minoritarios aquellos con mas experiencia comprendidos entre los 21-25 años con un 3,6% y un 26-38años con un 3,5%.

Con estos datos identificamos que el personal mayoritariamente que desarrolla su actividad laboral y perteneciente a nuestra población muestra no dispone de una larga experiencia laboral en los mencionados de urgencias provocando de esta manera que el reciclaje sea continuo y que se tenga que incidir en la formación del personal para ofrecer unas condiciones adecuadas al servicio. También podemos reflejar la atracción de los nuevos profesionales con pocos años de vida laboral por los servicios especiales identificando un punto atrayente para la dotación de personal de dichos servicios.

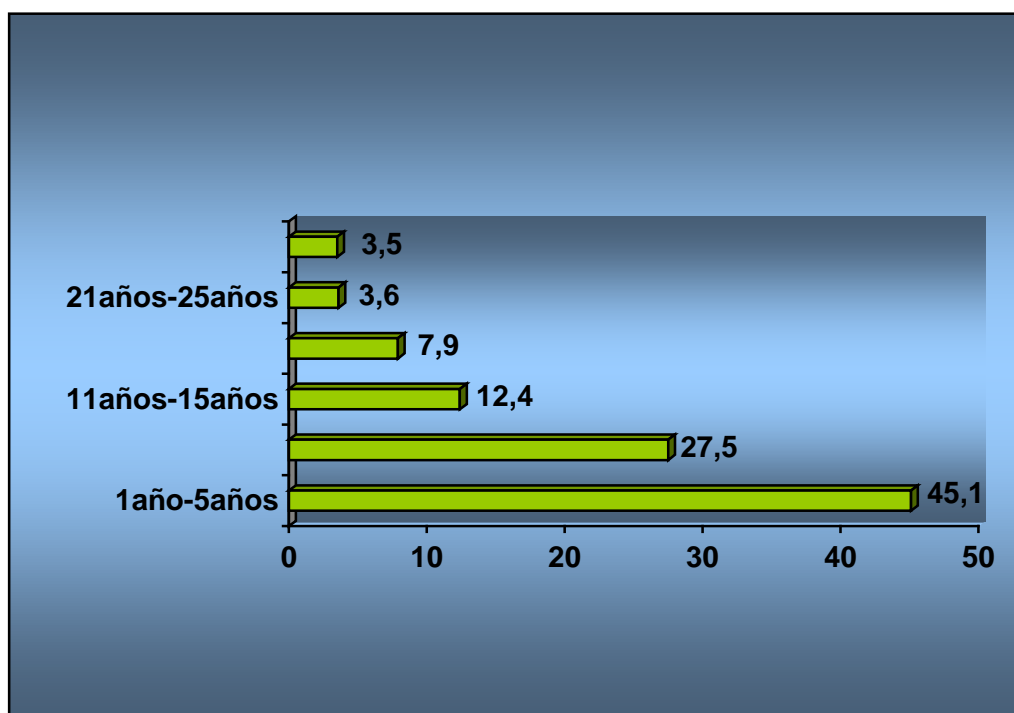


Gráfico 10- Experiencia laboral en los servicios de urgencias

El **Rol** que desempeñan los profesionales dentro de los servicios de urgencias pertenecientes a nuestra población muestra queda reflejado en 4 grupos siendo mayoritariamente el desempeño asistencial con un 57,1%, con un 31,1% la combinación del triaje más la tarea asistencial estando estas combinadas en la misma jornada laboral o por separado y en diferentes jornadas según el centro de trabajo. Los porcentajes de los mandos minoritarios quedan reducidos a lo mandos intermedios con un 15,1% y al Rol de Triaje con un 11,8%. Con estos datos identificamos que el desarrollo del puesto de triaje sin ser combinado con la actividad asistencial sigue siendo minoritario así como la dedicación asistencial sigue siendo mayoritariamente el primer lugar donde se desempeñan los roles profesionales en lo servicios de urgencias.

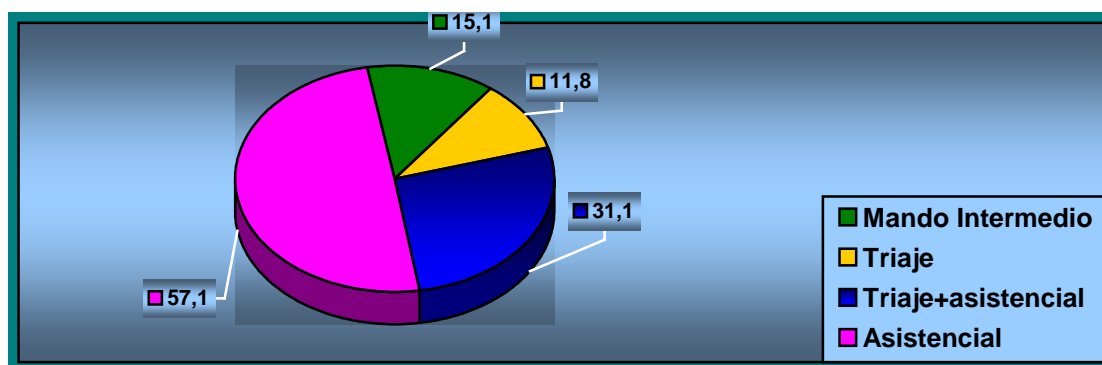


Gráfico 11. Lugar donde desempeñan su actividad los profesionales de urgencias

La **formación específica en triaje** es impartida en los servicios de urgencias por parte de los centros de trabajo a un 23,9% es decir un cuarto de la población muestra y el resto con un 76,1% la desempeñan sin haber realizado ningún tipo de formación en triaje reglada o impartida por parte del hospital para el cual prestan sus servicios. Es decir desempeñan sus funciones de forma intuitiva o mediante conocimientos transmitidos por la experiencia laboral o la experiencia de otros compañeros que han ejercido ese puesto anteriormente o han recibido formación para desempeñarlo.

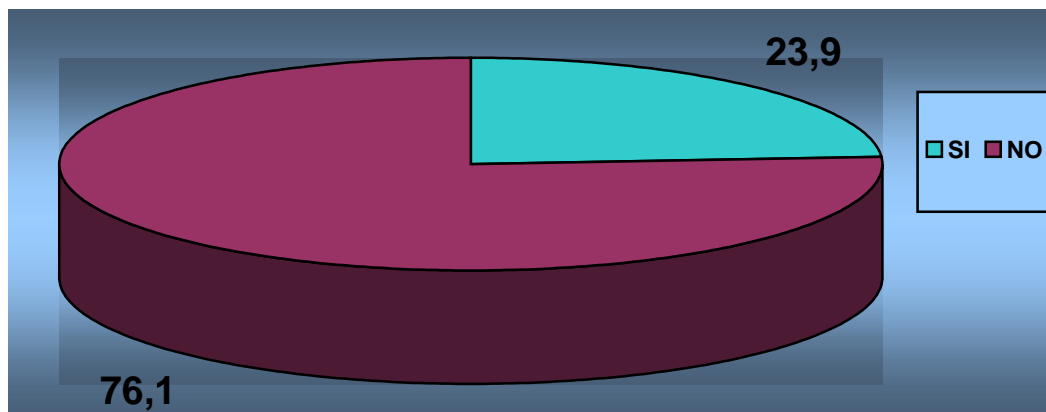


Gráfico 12. Formación específica en triaje

La población muestra que desempeña su trabajo en los servicios de urgencias es **concedora de la escala de triaje** en un 60'4 % así por el contrario los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias son desconocedores en un porcentaje del 39,6%.

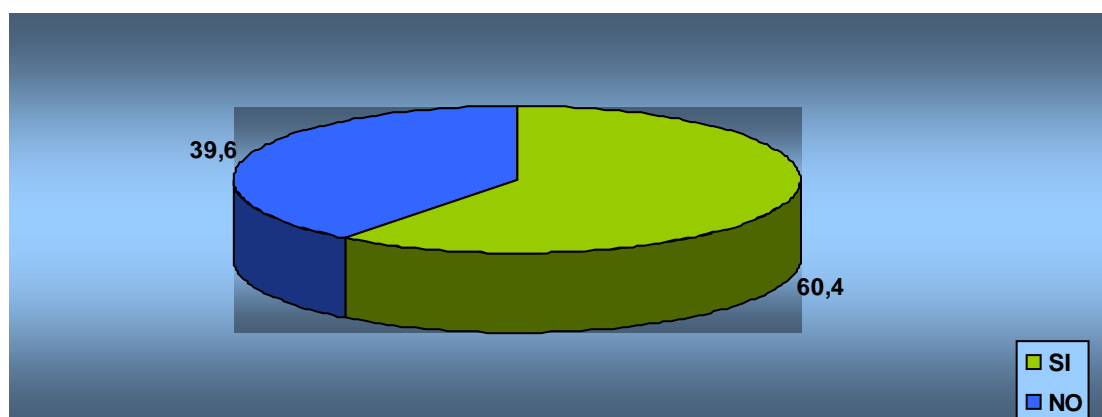


Gráfico 13. Población concedora de la escala de triaje que se aplica en sus centros de trabajo

Los **incentivos** percibidos por desempeñar el rol del triaje por los profesionales que lo realizan en los servicios de urgencias se transforma en un 2'1% de la población la cual los recibe de forma económica, en formación continuada dentro del horario laboral o en día de libre disfrute, ya que el 97,9% de la población muestra no recibe ningún tipo de incentivo de ningún aspecto por desempeñar este rol en los servicios de urgencias.

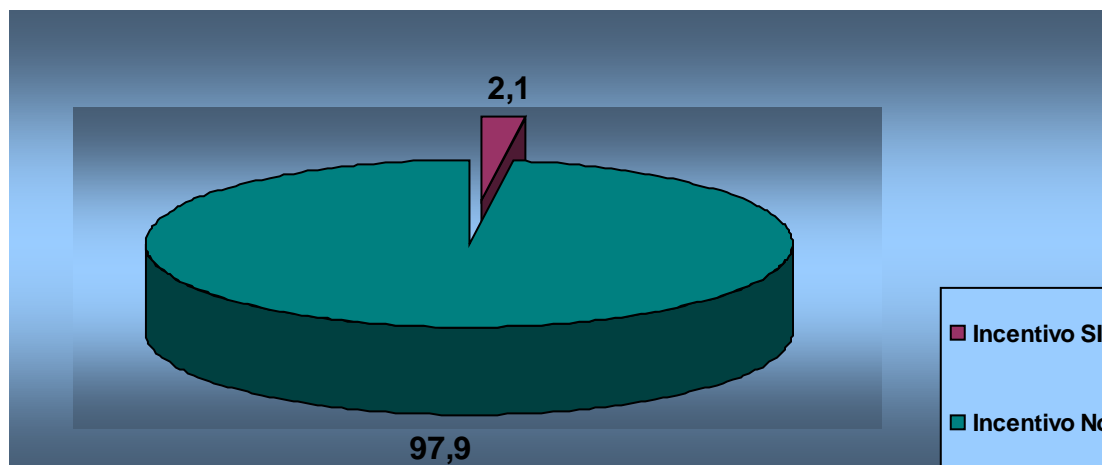


Gráfico 14. Incentivos

Los profesionales **perciben algún tipo de incentivo** mediante la formación continuada según la tabla anexada y el análisis realizado de los datos obtenidos solo por el desempeño de la función del triaje en los servicios de urgencias de un 2'1% frente a un 97,9% de 122 cuestionarios realizados. Dichos incentivos son realizados tal y como hemos explicado en el gráfico número 14 en forma de días de disfrute personal, incentivos económicos u horas de formación continuada dentro del horario laboral. (Ver anexo tabla 6)

Las **características del centro de trabajo** donde desempeñan los profesionales su actividad laboral se identifican por el tipo de gestión realizada, se definen por el 39,8% de la población muestra en un centro comarcal, un 30,5% en un centro de tercer nivel público y un centro privado el 29,7% restante de la muestra. Siendo aquellos mayoritarios los que se gestionan y se convierten en centros de referencia comarcal para la población del área geográfica. Este dato corresponde dando veracidad a que la población general encuestada pertenece a dos hospitales comarcales así como prácticamente se equipara al porcentaje del de gestión pública por su amplia plantilla de profesionales y siendo minoritario el de gestión privada haciendo referencia al menor número de profesionales desempeñando su labor por tal de abaratar costes y quizá también debido a la fuga de personal que están sufriendo los hospitales gestionados de forma privada y sin ningún tipo de subvención pública en la actualidad.

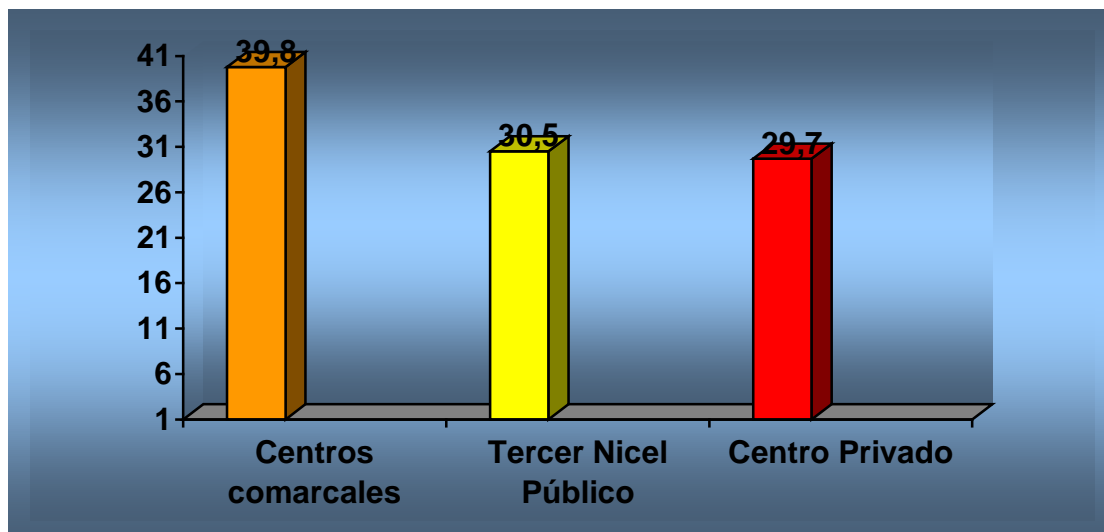


Gráfico 15. Características del centro de trabajo

Los **ratios de ocupación** de los centros donde se ha escogido a la población muestra para realizar el estudio son: 25,2 % tiene una ratio inferior a 200 camas, así como otros están entre las 200 y las 600 camas con un porcentaje del 45,4% y el resto de los encuestados que corresponden a un porcentaje del 29,4 % en centros con una ratio superior a las 600 camas.

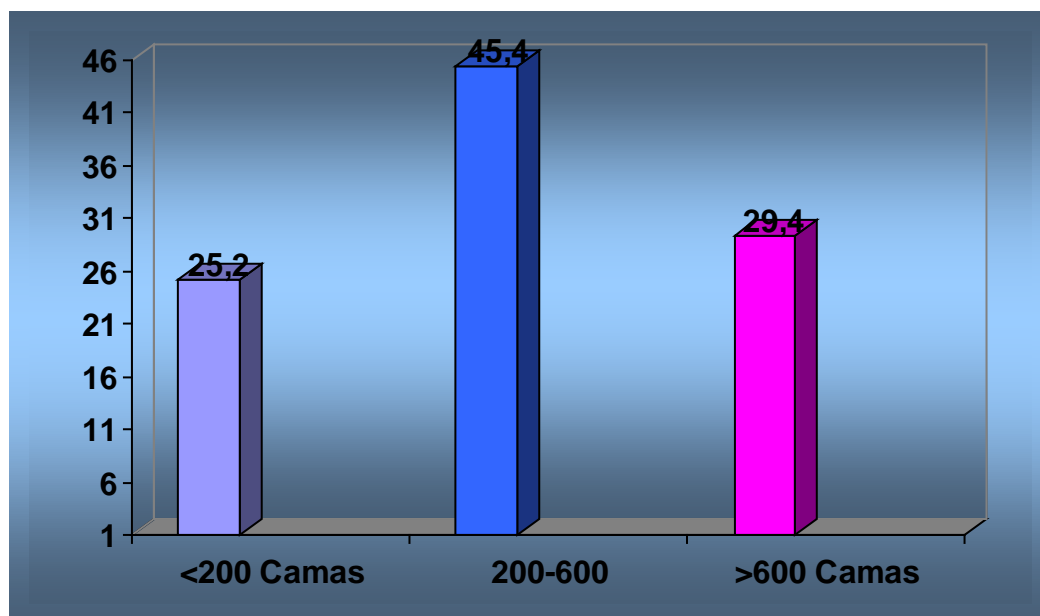


Gráfico 16. Ratio Ocupación (Camas)

La **gestión económico financiera** que se realiza en los centros de trabajo de los profesionales encuestados se clasifica según los porcentajes siguientes: XHUP 42%, Gestión Privada 26,1%, 4,2% del ICS, y un 13,4% Privado concertado y otros 14,3%.

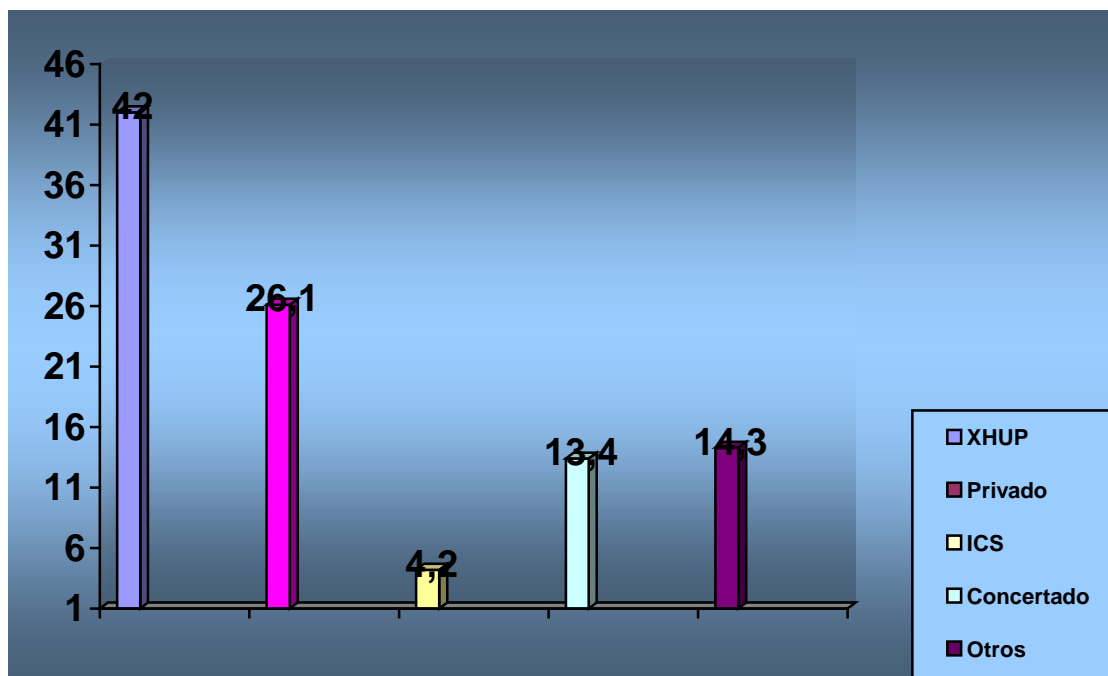


Gráfico 17. Gestión económica financiera

El **tipo de triaje que se desempeña** en los centros anteriormente mencionados y descritos por los profesionales identifica que el triaje que se realiza en su centro es de un 33,9% realizado por los administrativos según un criterio de orden de llegada de los clientes u intuición por experiencia laboral, en un 25,7% los médicos según diagnóstico clínico del enfermo y en un 40,4% Diplomados en enfermería mediante protocolos de algoritmos clínicos, programas informatizados gestionando la gravedad por signos y síntomas.

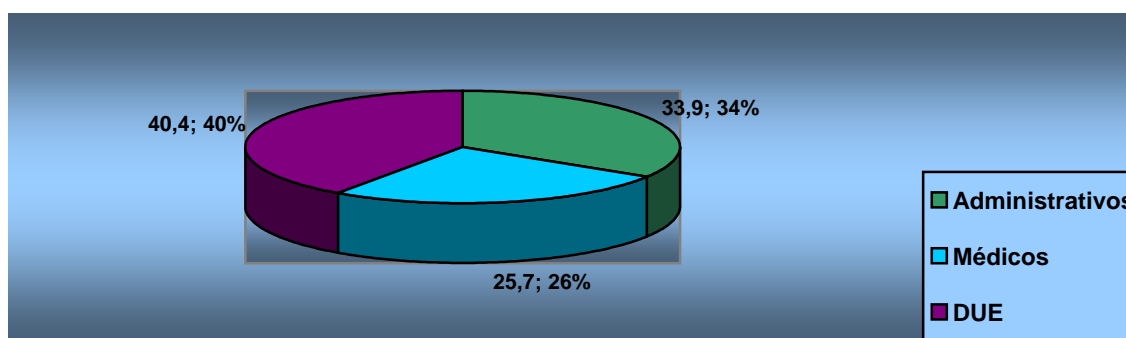


Gráfico 18. Tipo de Triaje

El **tipo de escala** utilizada para realizar el triaje en los servicios de urgencias según nuestra población muestra que desempeña su tarea en dichos servicios realizando según el porcentaje anterior en un 40,4% triaje enfermero, este es basado según los nuevos datos en que un 30,4% lo realiza basándose en la escala canadiense, un 1,8% en la escala australiana y un 37,5% desarrolla la escala andorrana de triaje (MAT/SET) mediante el programa informatizado adaptado PAT.

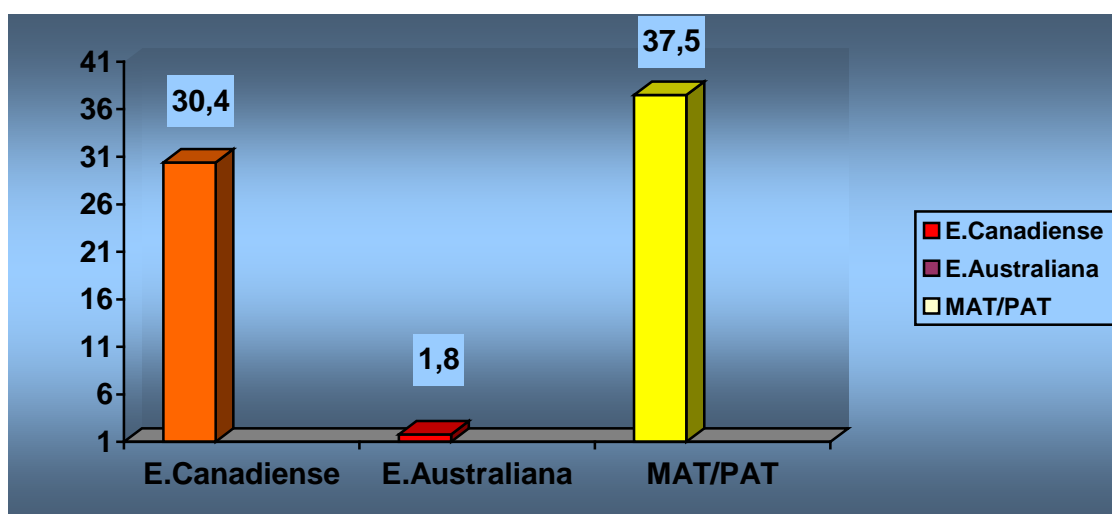


Gráfico 19. Tipo de escala

○ **6.2.3.-SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UCIA**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la satisfacción por parte de los profesionales que desempeñan sus labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio, relacionado con el ámbito sociolaboral.

	<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN</b>
1	Condiciones físicas del trabajo ( luz, frío, calor...)	2,73	1,100
2	Libertad para elegir tu propio método de trabajo.	3,22	1,124
3	Tu salario	2,18	1,150
4	Tu horario de trabajo.	3,59	1,018
5	Tu estabilidad en el empleo.	3,38	1,310
6	El modo en que tu empresa está gestionada.	2,43	1,089
7	La variedad de tareas que realizas en el trabajo.	3,4	1,013
8	La posibilidad de utilizar tus capacidades.	3,51	1,030
9	Tus capacidades de promoción profesional.	2,75	1,176
10	Responsabilidad que se te asigna en tu trabajo.	3,45	1,056
11	Reconocimiento que obtienes por el trabajo que haces.	2,57	1,171
12	La atención que se presta a las sugerencias que haces.	2,83	1,234
13	Relación con tus compañeros del trabajo.	4,22	0,845
14	Relación con tu superior inmediato.	3,76	1,033
15	Relación entre dirección y los trabajadores de urgencias.	2,38	1,166
16	Volumen de trabajo en relación con el personal.	2,03	1,126
17	Experiencia de los compañeros de trabajo en la unidad de triaje.	2,84	1,132
18	Experiencia del personal suplente en la unidad de triaje.	2,44	1,061
19	Formación que te proporciona tu empresa.	2,07	1,143
20	Pienso que el trabajo que hago no merece la pena.	3,07	1,113
21	Me siento realizado profesionalmente en mi puesto de trabajo.	3,45	1,057
22	El puesto de trabajo que ocupo me corresponde por capacidad y formación	3,40	1,155
23	El salario que percibo corresponde a mi actividad profesional.	2,21	1,100
24	En mi trabajo me encuentro satisfecho.	3,29	1,151



Después de observar los resultados ofrecidos por la población muestra identificamos que la mayor media de satisfacción de 4,22 y con una desviación 0,845 corresponde a la relación que establece la persona que realiza el triaje con el resto de sus compañeros del servicio de urgencias. Así como también se produce un dato significativo en que las personas que desempeñan su función en los servicios de urgencia están satisfechas con su salario, la posibilidad de utilizar sus capacidades y la relación con sus superiores inmediatos siendo mayoritaria la satisfacción en las relaciones de los profesionales con sus compañeros de triaje como hemos mencionado anteriormente.

Con menor media de satisfacción de 2,03 y desviación del 1,126 encontramos el volumen de trabajo en relación con el personal identificando que los profesionales piensan que los recursos humanos son insuficientes para el volumen de persona que atienden en los servicios de urgencias diariamente.

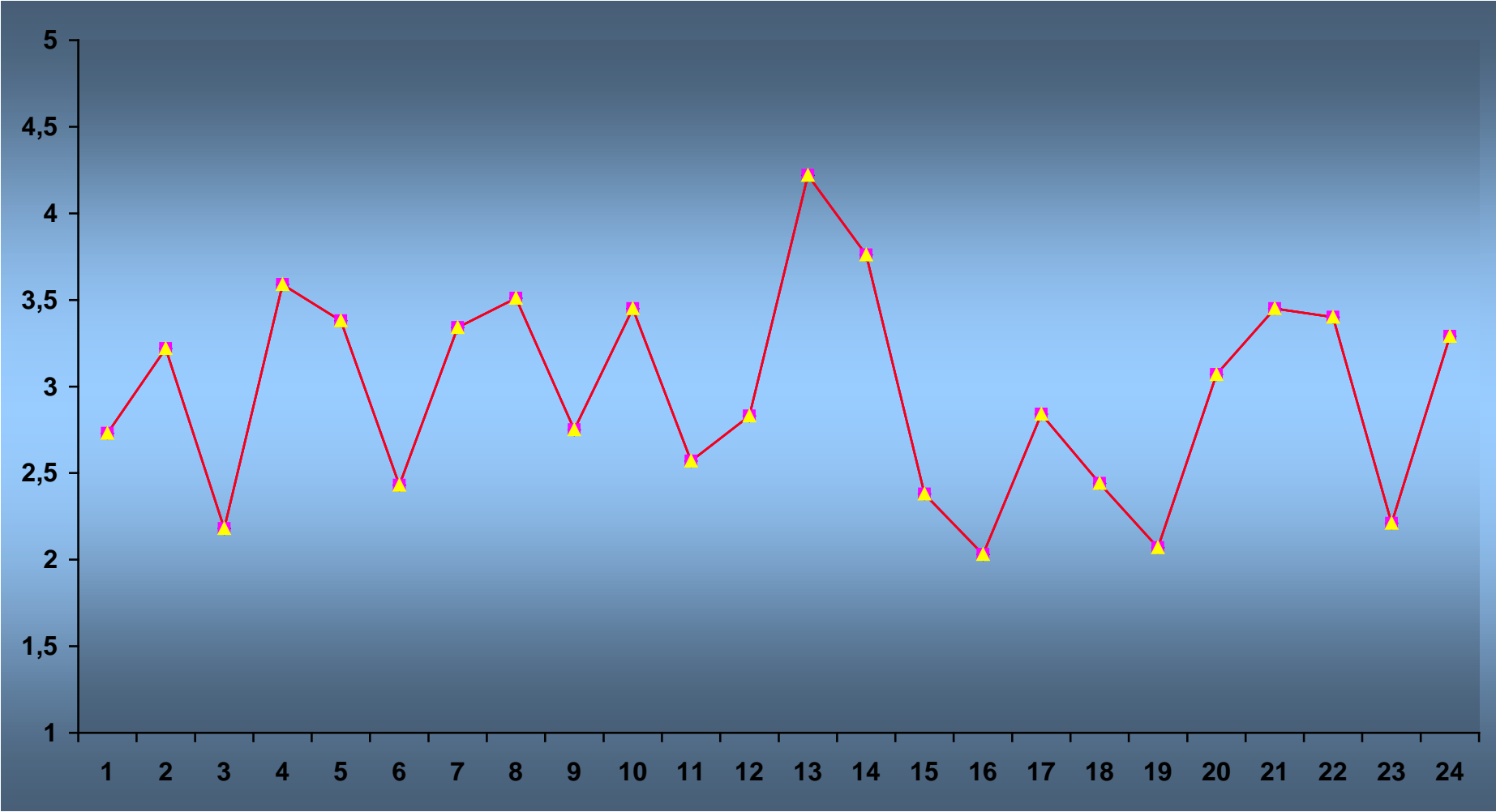


Gráfico 20. Escala de satisfacción de los profesionales de urgencias.

○ **6.2.4.- CLIMA LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE UCIA**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del clima laboral por parte de los profesionales que desempeñan sus labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio, relacionado con el ámbito sociolaboral.

	<b>CLIMA LABORAL</b>	Media	Desviación
1	El trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que tengo que hacer.	3,50	0,787
2	Tengo la sensación que me falta tiempo para realizar mi trabajo.	3,33	0,907
3	En situación de sobrecarga de trabajo, el/la supervisor/a pone una persona de refuerzo en triaje.	1,87	0,854
4	Las sustituciones de enfermería en triaje se realizan por personal con experiencia en el puesto.	2,20	0,114
5	Tengo recursos materiales suficientes para hacer mi trabajo de forma adecuada.	3,43	0,903
6	Al final de un día de trabajo me suelo encontrar cansado/a.	4,17	0,734
7	Fuera del hospital pienso en cuestiones relacionadas con mi trabajo.	2,89	1,062
8	El trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, mi salud, mi sueño...	2,66	1,025
9	La competitividad en el lugar de trabajo me causa estrés o tensión.	2,16	0,974
10	Pienso en cambiar de servicio.	2,36	1,118
11	La relación con compañeros de mi mismo estamento es satisfactoria.	4,13	0,813
12	La relación entre médicos y enfermeros/as en mi servicio es tensa.	2,69	0,922
13	Mi trabajo es reconocido por mis compañeros/as.	3,41	0,843
14	Mi trabajo es reconocido por otros profesionales de mi centro	2,92	0,976
15	Mi hospital facilita la formación en triaje.	1,77	0,986
16	Asisto a en cursos, seminarios....de triaje.	1,50	0,940
17	Mi servicio organiza cursos o sesiones de formación dirigidos al personal de triaje.	1,66	0,902
18	En mi hospital el triaje que se realiza es el adecuado.	2,28	1,073

Los resultados obtenidos identifican dentro de la escala de clima laboral utilizada como parte de la encuesta pasada a la población muestra que realiza su actividad laboral en los servicios de urgencias con la media mayoritaria de 4,17, identificando que el personal cuando finaliza su jornada laboral se encuentra cansado y con una desviación del 0,734 así como punto en contra minoritariamente y ratificando los datos sociológicos obtenidos anteriormente identificamos con una media del 1,50 con una desviación del 0,940, que el personal asiste a cursos, seminarios u otros basados en el triaje . Dentro de este apartado también podemos ver con datos significativos como en situación de sobrecarga los supervisores o coordinadores refuerzan de forma escasa el servicio de urgencias produciendo que el clima laboral se afecte.

Identificamos con los resultados de nuestro cuestionario como las sustituciones del personal de triaje muchas veces se realizan por personal que no tiene experiencia, siendo este ítem con una media del 2,20 .

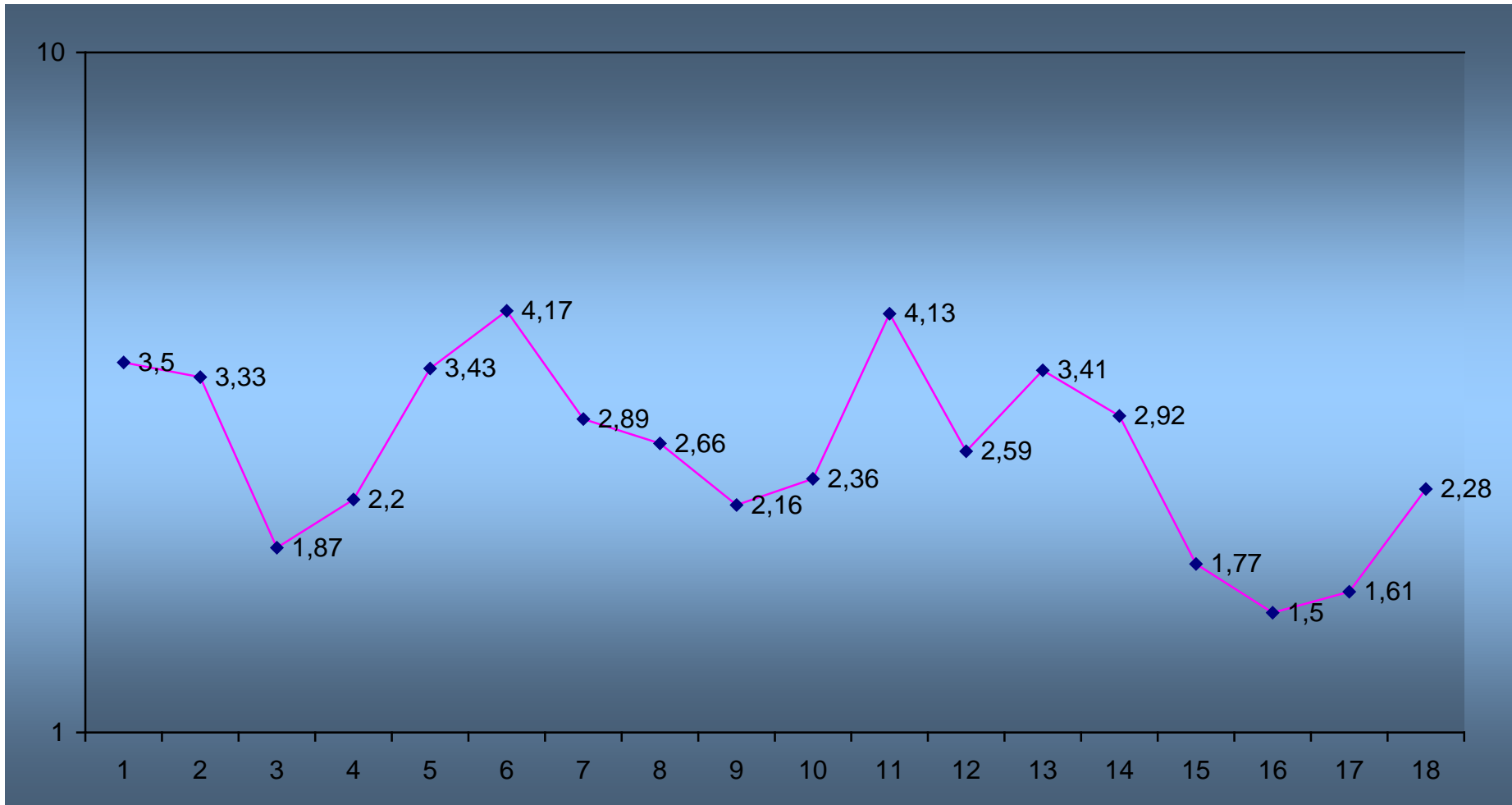


Gráfico 21. Escala de Clima Laboral

○ **6.2.5.-LIDERAZGO DE LOS PROFESIONALES DE UCIAS**

En la tabla siguiente se especifica la valoración del liderazgo por parte de los profesionales que desempeñan su labor en urgencias incluida la población muestra de nuestro estudio, relacionado con el ámbito sociolaboral.

	<b>LIDERAZGO</b>	MEDIA	DESVIACION
1	Tengo oportunidades para aprender cosas nuevas cuando ejerzo el triaje.	2,86	1,117
2	En mi hospital tengo posibilidades de promocionarme profesionalmente.	2,41	1,154
3	Tengo autonomía e independencia para realizar mi trabajo.	3,32	1,059
4	La dirección del hospital reconoce el trabajo de la persona que ejerce el triaje.	2,25	1,175
5	El/la supervisor/a tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje.	2,58	1,161
6	El equipo médico tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje.	2,68	1,104
7	Es necesaria una especialidad en enfermería para trabajar como enfermera de triaje.	3,36	1,390
8	Tienen confianza en sí mismos los profesionales que desempeñan el triaje	3,27	0,987
9	Tienen capacidad de trabajo en equipo	3,46	1,006
10	Son hábiles para afrontar situaciones estresantes	3,39	0,966
11	Son sensibles hacia las necesidades de sus compañeros/as	3,37	0,898
12	Tienen capacidad para tomar decisiones en momentos de colapso	3,29	1,044
13	Son empáticos	3,37	0,777
14	Son agradables en el trato con los demás	3,56	0,748
15	Tratan de imponer sus ideas	2,86	0,829
16	Son eficaces	3,34	0,972
17	Saben adaptarse a las circunstancias dentro del servicio de urgencias	3,37	0,901
18	Son individualistas mientras desempeñan la labor del triaje	2,92	0,987
19	Son ambiciosos	2,82	0,817
20	Saben negociar	2,98	0,778
21	Tiene una alta capacidad intelectual	3,09	0,877
22	Dedican muchas horas al trabajo después de la jornada laboral	2,62	0,966
23	Son competentes en su trabajo	3,38	0,865
24	Conocen bien su trabajo	3,38	0,905
25	Comparten sus conocimientos con otros compañeros	3,36	0,838
26	Llevan mucho tiempo en la empresa	3,23	0,915
27	Se dejan llevar por los sentimientos	2,83	0,861
28	Son capaces de asumir riesgos	3,17	0,970
29	Saben delegar responsabilidades	3,37	0,863

Podemos ver después de analizar las cifras que los profesionales de los servicios de urgencias ven potenciado el liderazgo de las personas que realizan el triaje mediante su actitud hacia los demás diciendo que son agradables honestos y potenciándose en cifras de 3,56 de media y desviación de 0,748 así como por el contrario con una media minoritaria en el punto en que la dirección no reconoce el trabajo de la persona que ejerce el triaje identificado en números de media con un 2.25 y una desviación del 1,175.

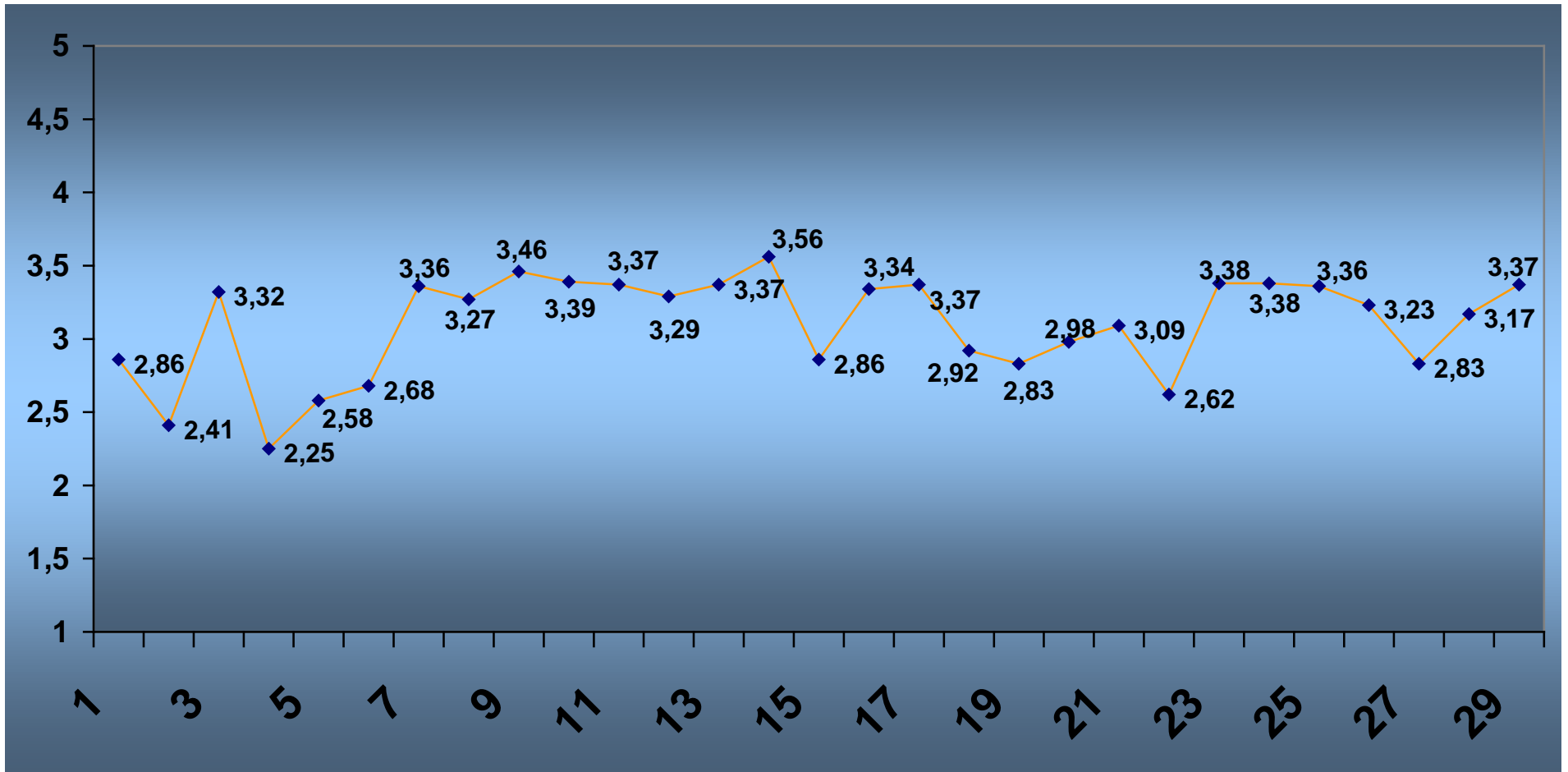


Gráfico 22. Escala de Liderazgo

○ **6.2.6.-NIVEL TENSION DE LOS PROFESIONALES DE UCIA**

En la tabla y grafica siguiente se especifica la valoración de la tensión que se sufre en los servicios de urgencias ejerciendo el triaje. En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del nivel de tensión que sufren por parte de los profesionales que desempeñan sus labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio, relacionado con el ámbito sociolaboral. Cada uno de los ítems especificados están calificados en nuestro gráfico con un número el cual corresponde al número de orden de la tabla.

	<b>NIVEL DE TENSION</b>	Media	Desviación
1	Personal médico nuevo en triaje	3,34	1,242
2	Personal enfermero inexperto en triaje	3,97	1,044
3	Quejas por parte de familiares en triaje	3,64	1,119
4	Quejas por parte de enfermeros en triaje	3,27	1,050
5	Colapso en urgencias	4,32	0,869

Dentro de esta escala y observando los datos obtenidos podemos ver que el ítem que mayor nivel de tensión provoca en los profesionales de los servicios de urgencias es el Colapso del servicio con una media de 4,32 y una desviación del 0,869 así como el que menor nivel de tensión produce entre los profesionales son las quejas por parte de los enfermeros que realizan el triaje con una media del 3,27 y una desviación del 1.050.

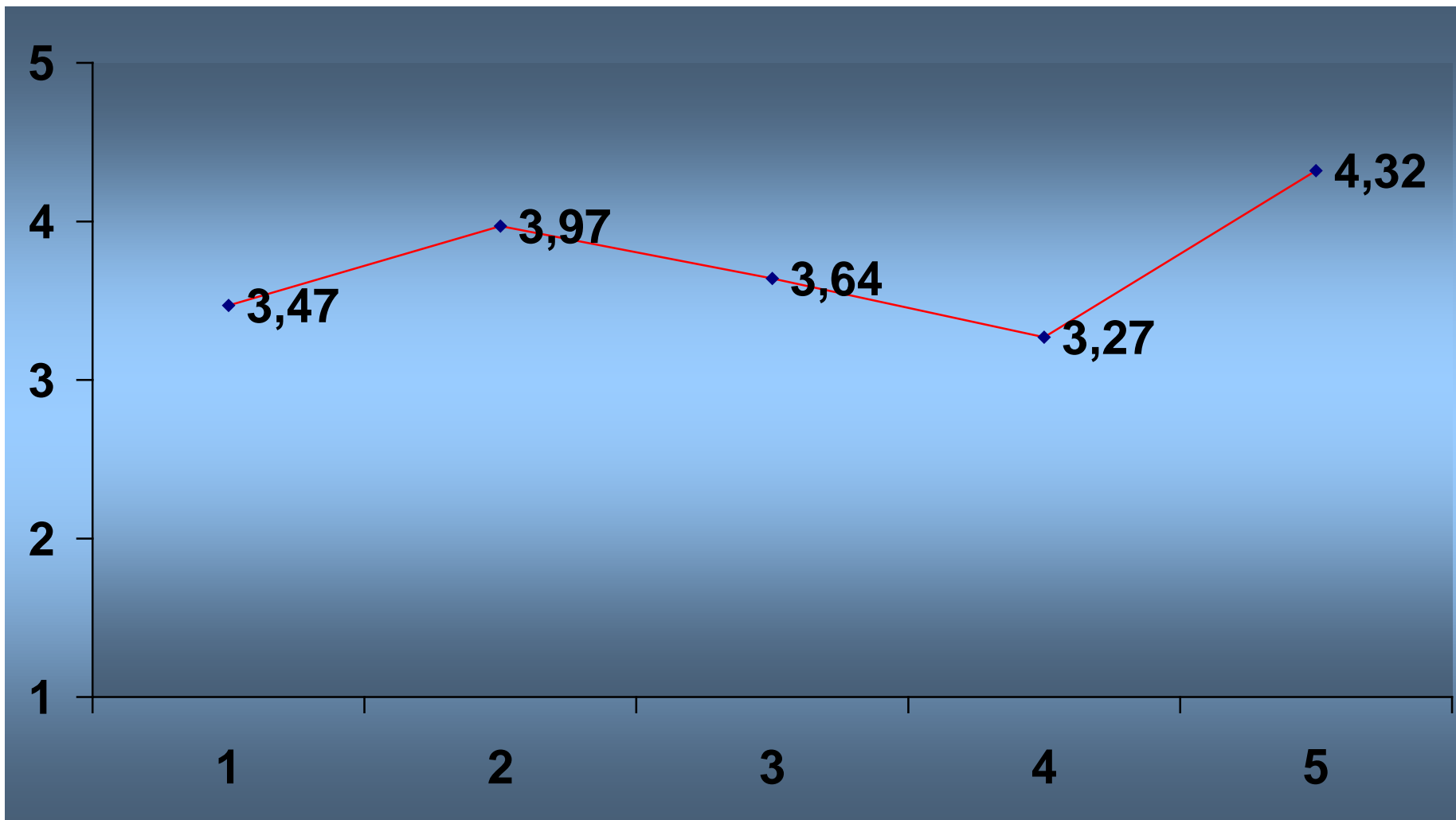


Gráfico 23. Escala Nivel Tensión



○ **6.2.7 NIVEL DE COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UCIA**

En la tabla y grafica siguiente se especifica la valoración de la tensión que se sufre en los servicios de urgencias ejerciendo el triaje. En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del nivel de tensión que sufren por parte de los profesionales que desempeñan sus labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio, relacionado con el ámbito sociolaboral. Cada uno de los ítems especificados están calificados en nuestro gráfico con un número el cual corresponde al número de orden de la tabla.

	<b>NIVEL COMUNICACIÓN</b>	Media	Desviación
1	Enfermeras	4,24	0,841
2	Auxiliares	4,05	0,959
3	Médicos	3,70	1,034
4	Supervisora de enfermería	3,44	1,187
5	Coordinador Médico de la Guardia	3,05	1,351

Según los datos obtenidos de la población muestra a la hora de valor la escala sobre el nivel de comunicación establece que la media mas alta con un 4,24 y una desviación del 0,841 se comprende en los grupos de enfermeras estableciendo una mayor comunicación entre ellas/os así como por el contrario los profesionales opinan que con una media mínima de 3,05 y desviación del 1,351 establecen que la peor relación de comunicación se establece con el coordinador de la guardia.

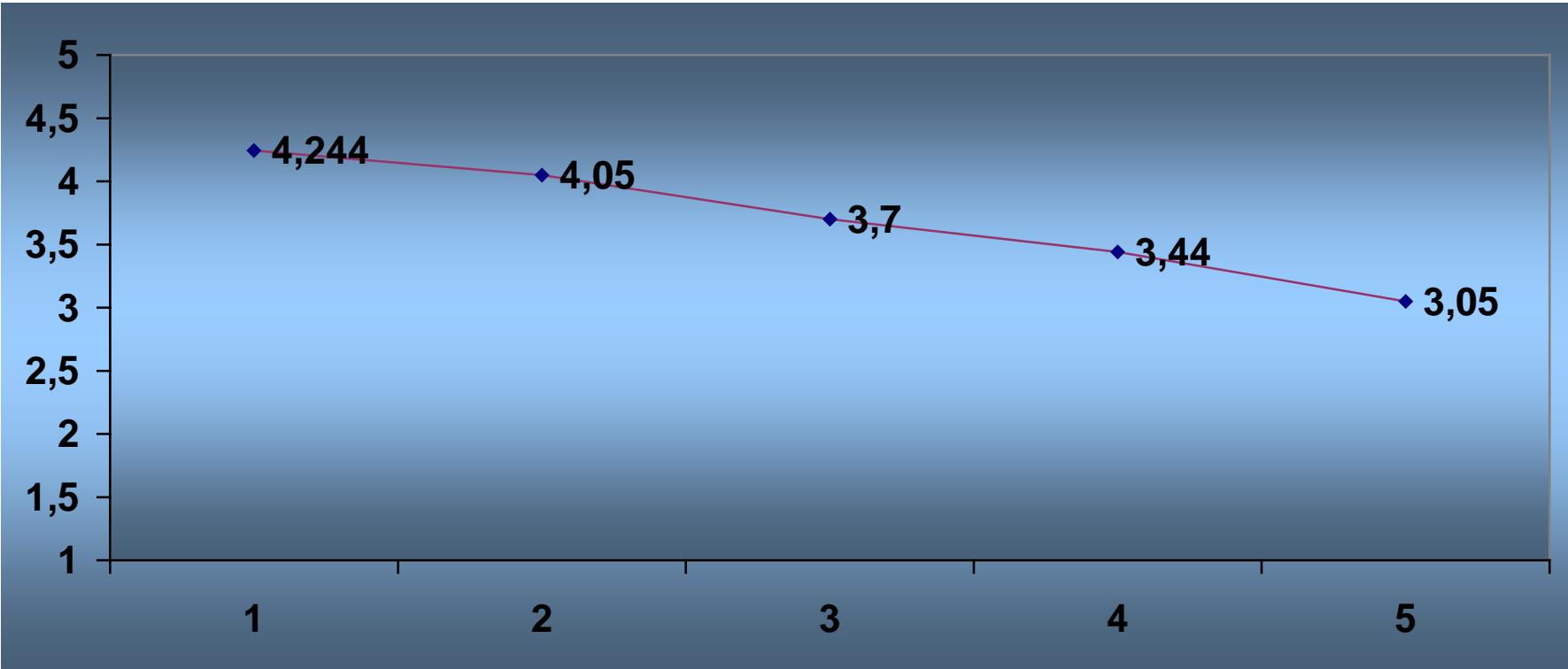


Gráfico 24. Escala Nivel comunicación

○ **RELACIÓN ENTRE SATISFACCIÓN CLIMA LABORAL, LIDERAZGO, NIVEL DE TENSIÓN Y COMUNICACIÓN**

La relación entre satisfacción clima laboral, liderazgo, nivel de tensión y comunicación en los servicios de urgencias queda reflejada en el siguiente gráfico. Siendo mayoritarios los niveles de tensión y comunicación.

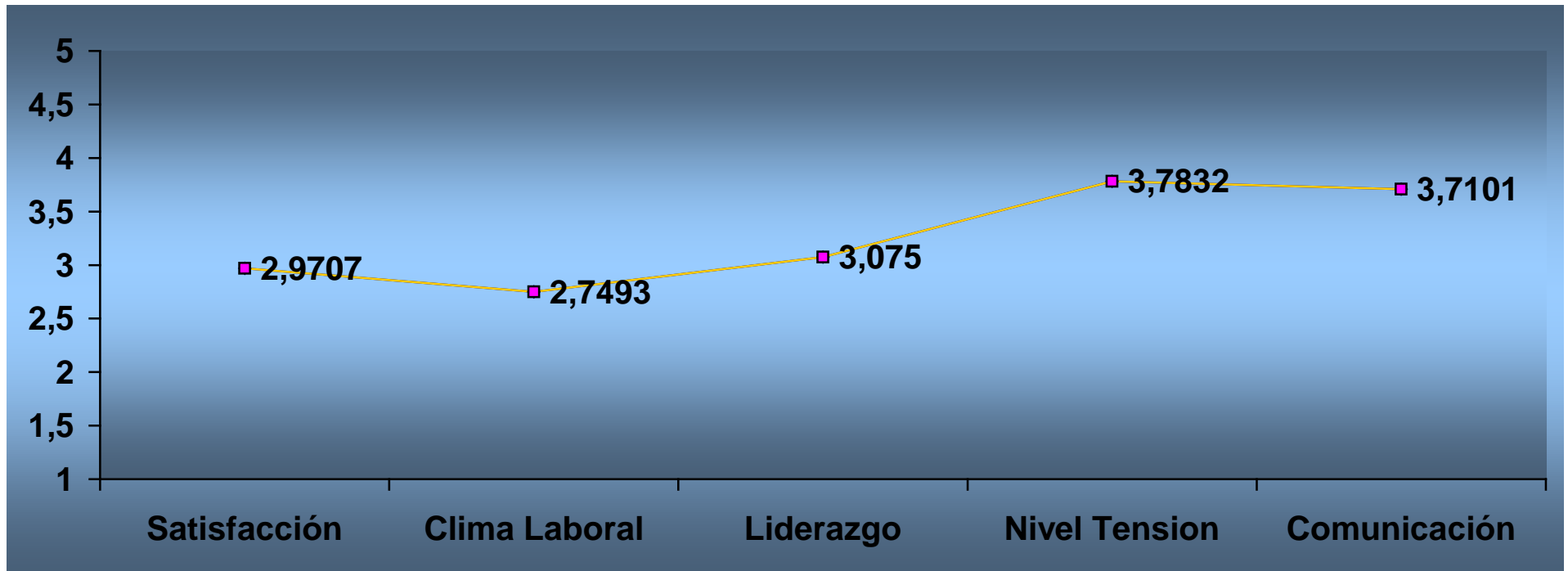


Gráfico 25. Relación entre las Escalas de Satisfacción, Liderazgo, Clima laboral, nivel de tensión y nivel de comunicación.

### **6.3.-INFERENCIAL**

#### **6.3.1.- ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el género, de la satisfacción por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

	<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Signif.</b>	<b>Diferencia</b>
1	Condiciones físicas del trabajo ( luz, frío, calor...)	2,83	2,67		
2	Libertad para elegir tu propio método de trabajo.	3,29	3,18		
3	Tu salario	2,05	2,25		
4	Tu horario de trabajo.	3,52	3,63		
5	Tu estabilidad en el empleo.	3,52	3,31		
6	El modo en que tu empresa está gestionada.	2,50	2,39		
7	La variedad de tareas que realizas en el trabajo.	3,24	3,39		
8	La posibilidad de utilizar tus capacidades.	3,19	3,68		
9	Tus capacidades de promoción profesional.	2,60	2,83		
10	Responsabilidad que se te asigna en tu trabajo.	3,29	3,53		
11	Reconocimiento que obtienes por el trabajo que haces.	2,45	2,63		
12	La atención que se presta a las sugerencias que haces.	2,76	2,87	,013	1>2
13	Relación con tus compañeros del trabajo.	4,40	4,13		
14	Relación con tu superior inmediato.	3,86	3,81		
15	Relación entre dirección y los trabajadores de urgencias.	2,24	2,47		
16	Volumen de trabajo en relación con el personal.	2,12	1,97		
17	Experiencia de los compañeros de trabajo en la unidad de triaje.	2,98	2,76		
18	Experiencia del personal suplente en la unidad de triaje.	2,39	2,46		
19	Formación que te proporciona tu empresa.	2,10	2,05		
20	Pienso que el trabajo que hago no merece la pena.	3,05	3,08		
21	Me siento realizado profesionalmente en mi puesto de trabajo.	3,21	3,58		
22	El puesto de trabajo que ocupo me corresponde por capacidad y formación	3,17	3,53		
23	El salario que percibo corresponde a mi actividad profesional.	2,17	2,24		
24	En mi trabajo me encuentro satisfecho.	2,95	3,47		

En el análisis de la **satisfacción** en función del género, de las 24 preguntas tan sólo una ha mostrado diferencias significativas en cuanto al género. Según estos datos obtenidos la media mas significativa dentro del análisis de la satisfacción que se produce en los servicios de urgencias viene reflejada en la atención que la organización les presta a sus sugerencias, la media es más elevada en el sexo femenino, pero como hemos dicho anteriormente es normal ya que es el 65.6% de nuestra población muestra , siendo el número de hombres inferior, siendo el mas elevado del colectivo sanitario ya que es en los servicios de urgencias donde mas hombres desempeñan su actividad profesional.

Si observamos las medias encontramos en algunos puntos diferencias significativas entre ambos grupos; los hombres creen que la posibilidad de poder utilizar sus capacidades es menor, están más insatisfechos respecto a las mujeres. También los hombres están más insatisfechos que las mujeres, pensando que no se sienten realizados en su puesto de trabajo y además que el puesto que ocupan no se corresponde con su capacidad y formación. Dónde si encontramos diferencias significativas que los hombres están más satisfechos que las mujeres es en las relaciones con sus compañeros de trabajo.

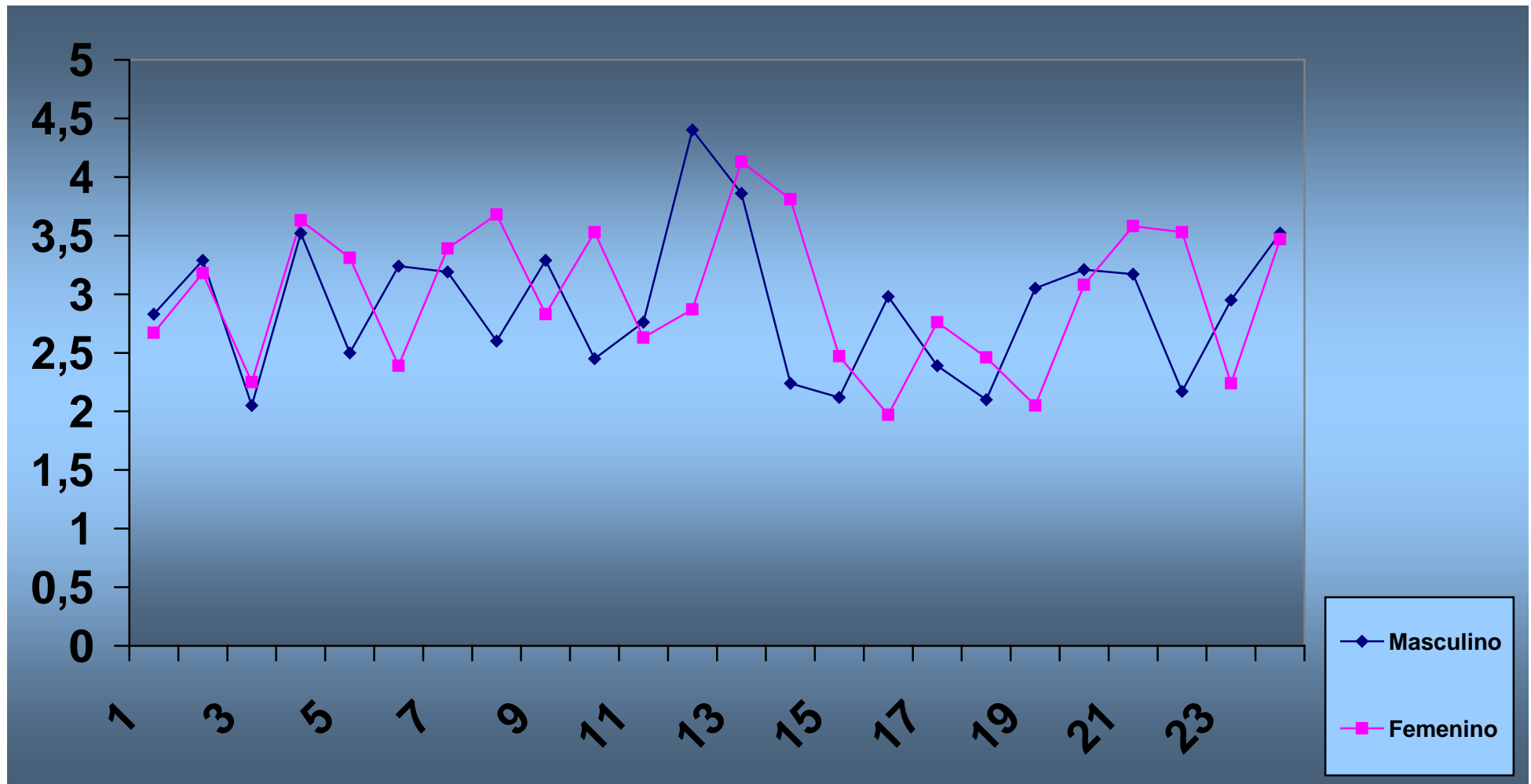


Gráfico 26. Satisfacción en función del género

○ **-ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el género, del Clima Laboral por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

		Masculino	Femenino	Signif.	Diferencia
	<b>CLIMA LABORAL</b>				
1	El trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que tengo que hacer.	3,55	3,47		
2	Tengo la sensación que me falta tiempo para realizar mi trabajo.	2,33	3,39		
3	En situación de sobrecarga de trabajo, el/la supervisor/a pone una persona de refuerzo en triaje.	1,82	1,89		
4	Las sustituciones de enfermería en triaje se realizan por personal con experiencia en el puesto.	2,25	2,17		
5	Tengo recursos materiales suficientes para hacer mi trabajo de forma adecuada.	3,45	3,42		
6	Al final de un día de trabajo me suelo encontrar cansado/a.	4,10	4,20		
7	Fuera del hospital pienso en cuestiones relacionadas con mi trabajo.	2,93	2,86		
8	El trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, mi salud, mi sueño...	2,76	2,61		
9	La competitividad en el lugar de trabajo me causa estrés o tensión.	2,05	2,23		
10	Pienso en cambiar de servicio.	2,45	2,32		
11	La relación con compañeros de mi mismo estamento es satisfactoria.	4,31	4,04		2>1
12	La relación entre médicos y enfermeros/as en mi servicio es tensa.	2,69	2,68		
13	Mi trabajo es reconocido por mis compañeros/as.	3,50	3,37		
14	Mi trabajo es reconocido por otros profesionales de mi centro	2,95	2,91		
15	Mi hospital facilita la formación en triaje.	1,85	1,72		
16	Asisto a en cursos, seminarios....de triaje.	1,54	1,48		
17	Mi servicio organiza cursos o sesiones de formación dirigidos al personal de triaje.	1,73	1,55		
18	En mi hospital el triaje que se realiza es el adecuado.	2,17	2,34		

En cuanto al **clima laboral** en los servicios de urgencias en función del sexo hemos podido observar que no se muestra ni una sola diferencia significativa en función del género. Pero en la relación con los compañeros existe una diferencia significativa entre ambos grupos, siendo más elevada la media en el sexo masculino que afirma tener mejor relación con los compañeros/as de su mismo estamento que el grupo del sexo femenino, grupo que es mayoritario con diferencia en nuestra muestra. Este dato ya lo habíamos visto reflejado en el punto anterior cuando valorábamos la satisfacción de las relaciones con los compañeros, pudimos observar que la media era significativamente más alta en los hombres que en las mujeres. De esta forma se produce una significación de  $2 > 1$ .

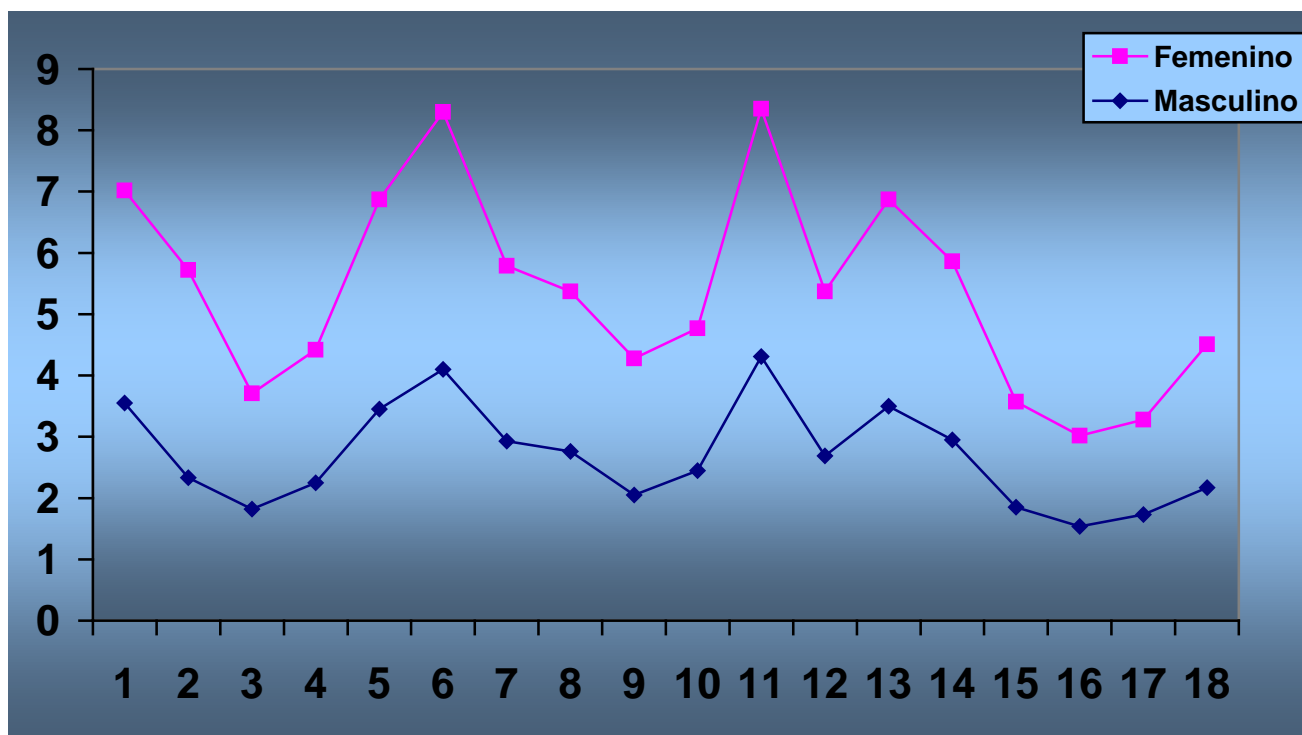


Gráfico 27.- Clima Laboral en función del género



○ **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el género, del liderazgo por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

		Masculino	Femenino	Signif.	Diferencia
	<b>LIDERAZGO</b>				
1	Tengo oportunidades para aprender cosas nuevas cuando ejerzo el triaje.	2,76	2,92		
2	En mi hospital tengo posibilidades de promocionarme profesionalmente.	2,37	2,43		
3	Tengo autonomía e independencia para realizar mi trabajo.	3,24	3,36		
4	La dirección del hospital reconoce el trabajo de la persona que ejerce el triaje.	2,39	2,03		
5	El/la supervisor/a tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje.	2,42	2,67		
6	El equipo médico tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje.	2,68	2,68		
7	Es necesaria una especialidad en enfermería para trabajar como enfermera de triaje.	3,21	3,46		
8	Tienen confianza en sí mismos los profesionales que desempeñan el triaje	3,20	3,32		
9	Tienen capacidad de trabajo en equipo	3,33	3,55		
10	Son hábiles para afrontar situaciones estresantes	3,15	3,54	,045	,388
11	Son sensibles hacia las necesidades de sus compañeros/as	3,31	3,40		
12	Tienen capacidad para tomar decisiones en momentos de colapso	3,08	3,41		
13	Son empáticos	3,37	3,36		
14	Son agradables en el trato con los demás	3,58	3,55		
15	Tratan de imponer sus ideas	2,74	2,92		
16	Son eficaces	3,29	3,36		
17	Saben adaptarse a las circunstancias dentro del servicio de urgencias	3,18	3,48		
18	Son individualistas mientras desempeñan la labor del triaje	2,76	3,02		
19	Son ambiciosos	2,81	2,83		
20	Saben negociar	2,83	3,06		
21	Tiene una alta capacidad intelectual	3,00	3,14		
22	Dedican muchas horas al trabajo después de la jornada laboral	2,61	2,63		
23	Son competentes en su trabajo	3,32	3,42		
24	Conocen bien su trabajo	3,32	3,41		
25	Comparten sus conocimientos con otros compañeros	3,27	3,41		
26	Llevan mucho tiempo en la empresa	3,19	3,25		
27	Se dejan llevar por los sentimientos	2,95	2,77		
28	Son capaces de asumir riesgos	3,16	3,17		
29	Saben delegar responsabilidades	3,32	3,39		

En relación al **liderazgo** en los servicios de urgencias en función del sexo encontramos que existe una diferencia significativa en la habilidad para afrontar situación de estrés siendo mayor en el sexo femenino, se muestran más capacitadas para afrontar dichas situaciones las mujeres que los hombres. La diferencia es 1>2. Si observamos las medias podemos ver algunas diferencias a tener en cuenta, las mujeres creen que tienen más capacidad para tomar decisiones en situaciones de colapso, saben adaptarse mejor a las circunstancias dentro del servicio de urgencias y se ven más individualistas mientras desempeñan la labor del triaje.

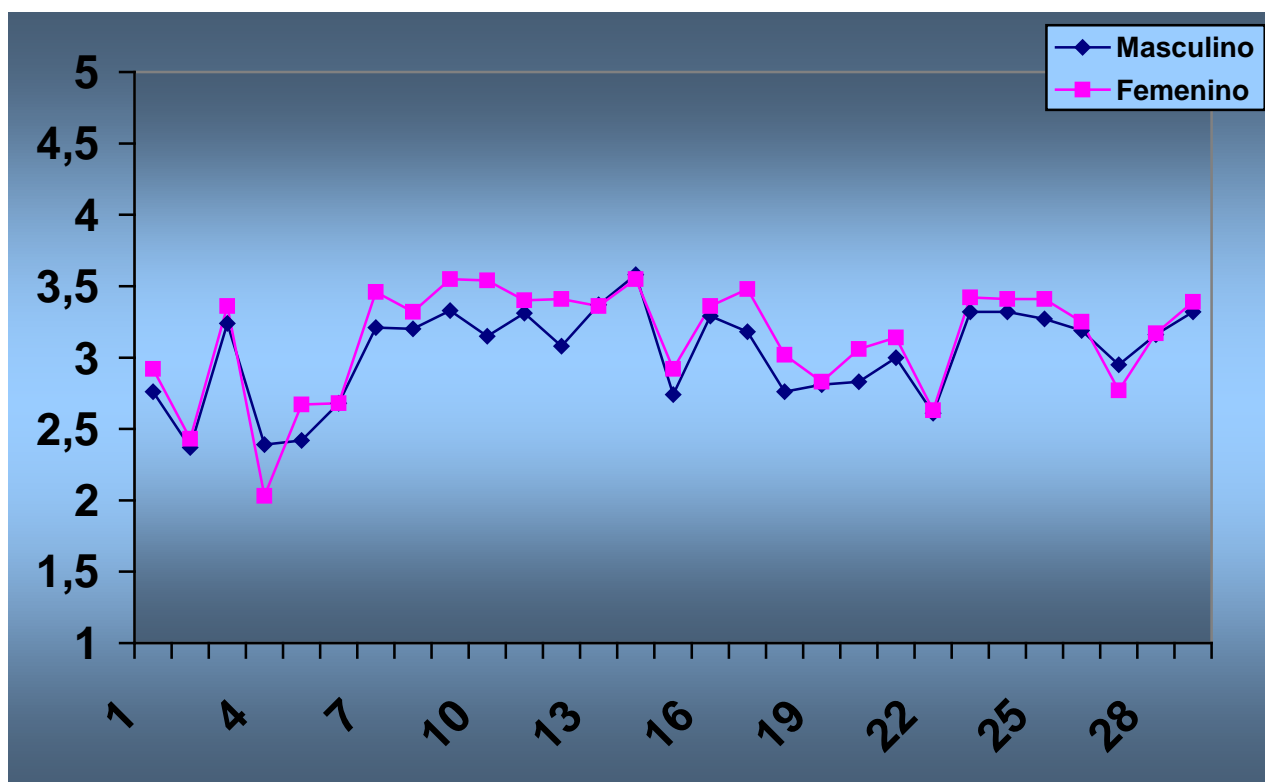


Grafico 28. Liderazgo en función del género

○ **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el género, del Nivel de Tensión por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

		Masculino	Femenino	Signif.	Diferencia
	<b>NIVEL DE TENSIÓN</b>				
1	Personal médico nuevo en triaje	3,20	3,63		
2	Personal enfermero inexperto en triaje	3,78	4,08		
3	Quejas por parte de familiares en triaje	3,65	3,63		
4	Quejas por parte de enfermeros en triaje	3,16	3,33		
5	Colapso en urgencias	4,13	4,42	,091	,291

En el **nivel de tensión** en los servicios de urgencias en función del sexo encontramos una diferencia significativa en la percepción del nivel de tensión ante el colapso de urgencias mostrándose el sexo femenino más tenso para gestionar dichas situaciones que los hombres. Diferencia de  $1 > 2$ . Si observamos las medias aunque las diferencias no sean tan significativas podemos ver cómo el grupo femenino también muestra un nivel de tensión más elevado cuando se encuentra con profesionales médicos nuevos en triaje o con diplomados en enfermería inexpertos en triaje. En general los niveles de tensión son prácticamente más elevados (más o menos significativos) en el grupo femenino que en el masculino.

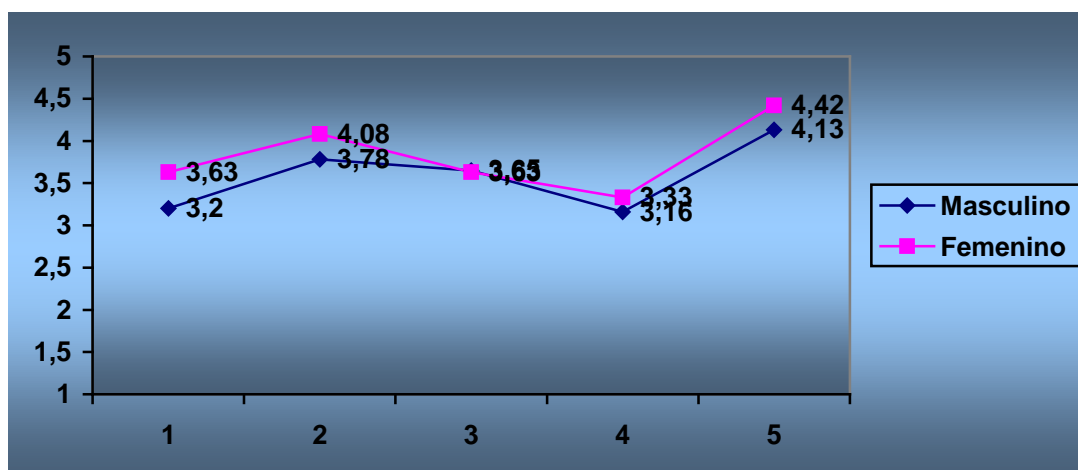


Grafico 29. Nivel de Tensión en función del género

o **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el género, del Nivel de Comunicación por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

		Masculino	Femenino	Signif.	Diferencia
	<b>NIVEL COMUNICACIÓN</b>				
1	Enfermeras	3,93	4,40	,003	,471
2	Auxiliares	3,73	4,23	,007	,495
3	Médicos	3,62	3,85		
4	Supervisora de enfermería	3,15	3,59	,049	,449
5	Coordinador Médico de la Guardia	3,24	2,95		

En referencia a la **comunicación** en los servicios de urgencias en función del sexo observamos que el grupo femenino está prácticamente más elevado en todos los ítems mostrando diferencias significativas respecto al grupo masculino en tres; mejor comunicación con enfermería, auxiliares y supervisor/a de enfermería, en cambio el grupo masculino, aunque la diferencia no es significativa muestra mejor comunicación que las mujeres con el estamento médico. La diferencia es 1>2.

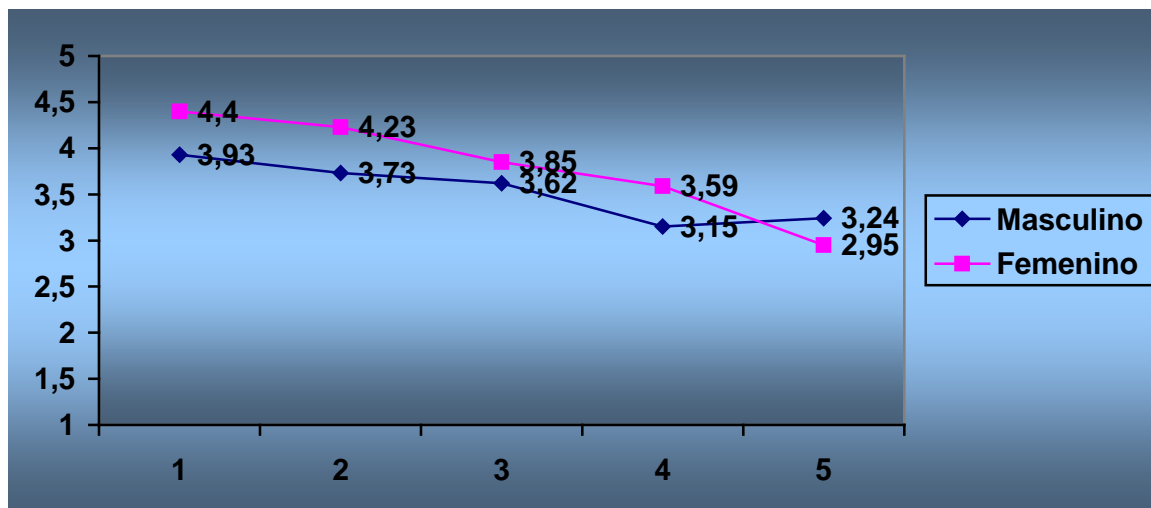


Gráfico 30. Nivel comunicación en función del género

### 6.3.2.- ANALISIS EN FUNCION DE LOS CENTROS DE TRABAJO

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, de la Satisfacción por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

	SATISFACCIÓN	A	B	C	D	Signif.	Diferenc.
1	Condiciones físicas del trabajo ( luz, frío, calor...)	2,78	2,82	2,97	2,34		
2	Libertad para elegir tu propio método de trabajo.	3,22	3,31	3,09	3,23		
3	Tu salario	2,56	2,45	2,19	1,63	0.008	d,c<b ,a
4	Tu horario de trabajo.	3,83	3,48	3,44	3,75		
5	Tu estabilidad en el empleo.	3,61	2,79	3,78	3,56	0.007	b<d, a,c
6	El modo en que tu empresa está gestionada.	2,71	2,58	2,47	2,06		
7	La variedad de tareas que realizas en el trabajo.	3,50	3,44	3,56	2,91	0.040	d<b, a,c
8	La posibilidad de utilizar tus capacidades.	3,56	3,60	3,53	3,34		
9	Tus capacidades de promoción profesional.	3,06	2,62	2,90	2,59		
10	Responsabilidad que se te asigna en tu trabajo.	3,50	3,43	3,39	3,50		
11	Reconocimiento que obtienes por el trabajo que haces.	3,11	2,53	2,66	2,22		
12	La atención que se presta a las sugerencias que haces.	3,72	2,88	2,61	2,50	0.004	d,c<b ,a
13	Relación con tus compañeros del trabajo.	4,39	4,16	4,25	4,19		
14	Relación con tu superior inmediato.	3,89	3,69	3,88	3,66		
15	Relación entre dirección y los trabajadores de urgencias.	3,00	2,61	2,30	1,88	0.005	d<

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

							c,b,a
16	Volumen de trabajo en relación con el personal.	2,50	2,18	1,50	2,10	0.010	c<d, b, a
17	Experiencia de los compañeros de trabajo en la unidad de triaje.	3,44	2,77	2,81	2,57		
18	Experiencia del personal suplente en la unidad de triaje.	2,53	2,84	2,13	2,27	0.048	d,c<a ,b
19	Formación que te proporciona tu empresa.	2,53	2,00	2,27	1,72		
20	Pienso que el trabajo que hago no merece la pena.	2,94	3,05	3,26	3,00		
21	Me siento realizado profesionalmente en mi puesto de trabajo.	3,78	3,67	3,41	3,06	0.050	d<c,b ,a
22	El puesto de trabajo que ocupo me corresponde por capacidad y formación	3,61	3,46	3,52	3,09		
23	El salario que percibo corresponde a mi actividad profesional.	2,83	2,48	1,97	1,78	0.002	d<c, b, a
24	En mi trabajo me encuentro satisfecho.	3,44	3,69	3,06	2,94	0.023	d<c,a ,b

Si observamos la gráfica del análisis de todos los ítems de la satisfacción relacionados con los centros de trabajo encontramos que de los 24 analizados 10 de esos ítems muestran una diferencia significativa.

En relación al salario podemos afirmar que el centro en el que los profesionales están más satisfechos es en el Hospital A seguido del B y con diferencias significativas con los hospitales D y C respectivamente.

En el Hospital C es más satisfactoria la sensación de estabilidad en el empleo de los profesionales seguido del Hospital A y D con diferencias significativas respecto al B.

En la variedad de tareas que realizas en el trabajo encontramos que el Hospital C es en el que se muestran más satisfechos seguidos del Hospital A, B y todos con diferencias significativas de D.

En el Hospital A encontramos que los profesionales están más satisfechos con la organización por la atención que se les presta a las sugerencias que hacen, estarían seguidos por el Hospital B y mostrarían ambos diferencias significativas con los hospitales D y C respectivamente.

Volvemos a encontrar que el grado de satisfacción vuelve a ser más elevado en el Hospital A si se valora la relación entre dirección y los trabajadores del servicio de urgencias, estos irían seguidos del Hospital B y C respectivamente discrepando de forma significativa con el Hospital D.

Respecto al volumen de trabajo en relación con el personal en el Hospital A están más satisfechos con la dotación y ratio de profesionales

correspondiendo con el volumen de trabajo cómo también los están en los hospitales B y D (aunque en menor grado y respectivamente). Y en total desacuerdo y con diferencias significativas en cuanto a la dotación de personal nos encontramos con el Hospital C.

Si atendemos a la experiencia del personal suplente en la unidad de triaje encontramos que el hospital más satisfecho es el Hospital B seguido del A y con diferencias significativas con los hospitales C y D respectivamente.

El hospital en el que los profesionales se sienten más realizados profesionalmente con su puesto de trabajo es en el Hospital A seguido del B y C, pero con diferencias significativas con el Hospital D.

En el Hospital A volvemos a encontrar a los profesionales más satisfechos en lo que corresponde a la relación del salario que perciben con su actividad profesional seguido del B y C, pero con diferencias significativas con el Hospital D.

Y en el último ítem preguntábamos directamente si se encontraban satisfechos en su trabajo y el análisis muestra que en el Hospital B están más satisfechos seguidos del A y C con una diferencia significativa respecto al Hospital D.

A modo de conclusión si miramos los resultados de forma global podríamos decir que en términos generales según estos datos y nuestra población muestra; los profesionales del Hospital A están más satisfechos que los del B y C respectivamente y con diferencias significativas con el Hospital D.

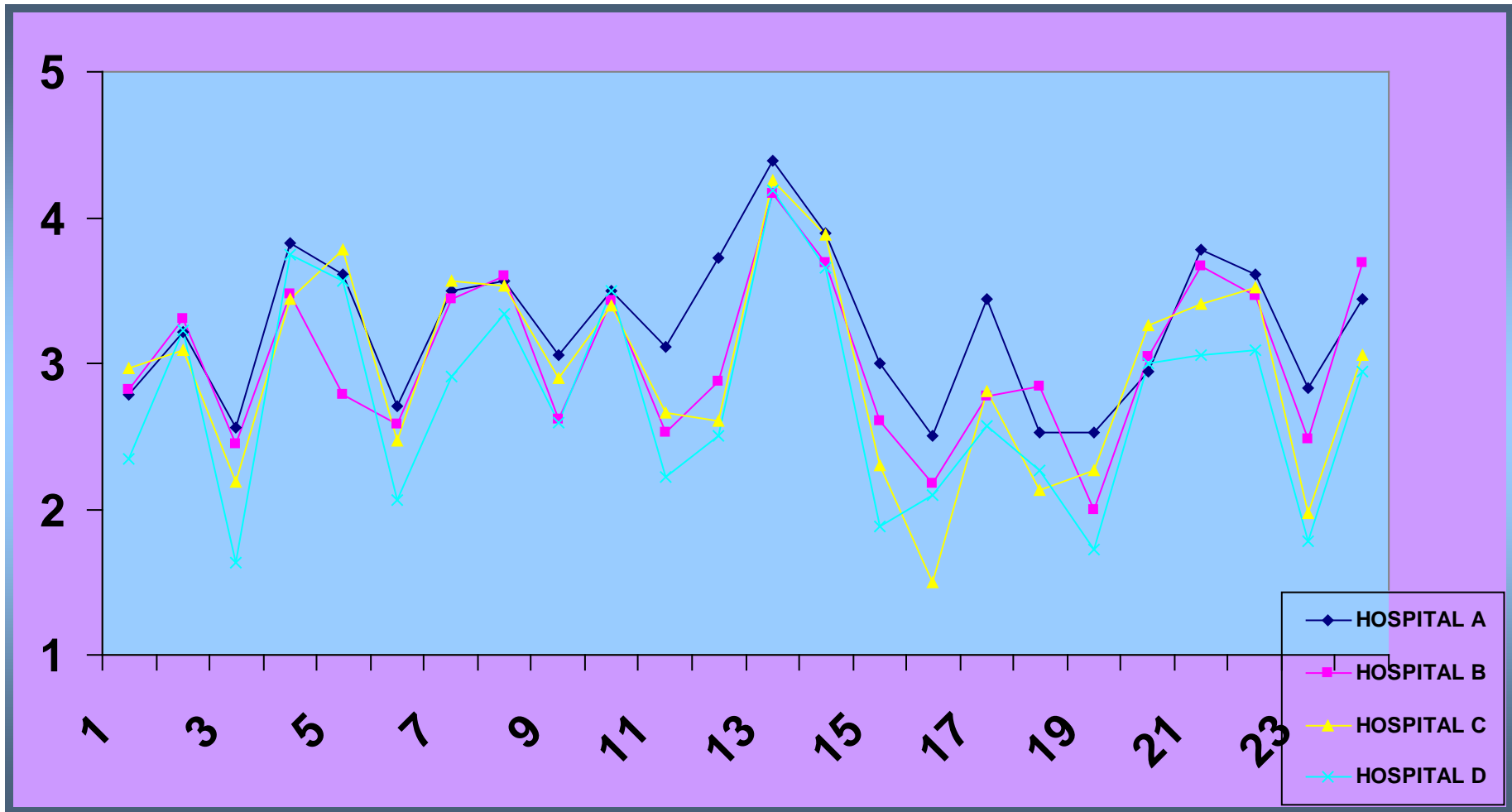


Gráfico 31. Nivel de satisfacción en función del centro de trabajo.



○ **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, del Clima Laboral por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

	<b>CLIMA LABORAL</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Signif.</b>	<b>Diferencia</b>
1	El trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que tengo que hacer.	3,17	3,44	3,84	3,41	,016	a<d,b,c
2	Tengo la sensación que me falta tiempo para realizar mi trabajo.	2,83	3,33	3,66	3,28	,020	a<d,b,c
3	En situación de sobrecarga de trabajo, el/la supervisor/a pone una persona de refuerzo en triaje.	1,71	1,97	2,00	1,71		
4	Las sustituciones de enfermería en triaje se realizan por personal con experiencia en el puesto.	3,00	2,18	1,93	2,04	,012	c<d,b,a
5	Tengo recursos materiales suficientes para hacer mi trabajo de forma adecuada.	3,65	3,30	3,23	3,66		
6	Al final de un día de trabajo me suelo encontrar cansado/a.	4,00	4,15	4,23	4,22		
7	Fuera del hospital pienso en cuestiones relacionadas con mi trabajo.	3,28	3,08	2,97	2,34	,005	d<c,b,a
8	El trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, mi salud, mi sueño...	2,89	2,65	2,63	2,59		
9	La competitividad en el lugar de trabajo me causa estrés o tensión.	2,28	2,25	2,31	1,84		
10	Pienso en cambiar de servicio.	2,47	2,15	2,31	2,63		
11	La relación con compañeros de mi mismo estamento es satisfactoria.	4,11	4,08	4,09	4,25		
12	La relación entre médicos y enfermeros/as en mi servicio es tensa.	2,89	2,77	2,63	2,53		
13	Mi trabajo es reconocido por mis compañeros/as.	3,44	3,41	3,47	3,34		
14	Mi trabajo es reconocido por otros profesionales de mi centro	3,17	2,95	3,03	2,65		
15	Mi hospital facilita la formación en triaje.	2,94	1,50	1,86	1,34	,000	d< b,c,a
16	Asisto a en cursos, seminarios....de triaje.	2,53	1,24	1,39	1,32	,000	b<d,c,a
17	Mi servicio organiza cursos o sesiones de formación dirigidos al personal de triaje.	2,69	1,41	1,57	1,32	,000	d<b,c,a
18	En mi hospital el triaje que se realiza es el adecuado.	3,29	2,15	2,22	1,94	,000	d<b,c,a

En el análisis de datos sobre el liderazgo relacionado con los centros de trabajo encontramos diferencias significativas en 8 ítems de los 18 que analizamos.

El Hospital A destaca con diferencia del resto de los hospitales en la gran mayoría de ítems, mostrando un mejor clima laboral que el resto y con diferencias muy significativas respecto al Hospital D y aunque en menor grado, también muestra diferencias menos significativas con los hospitales B y C.

En el Hospital A encontramos que los profesionales piensan que el trabajo no es excesivo para que puedan realizar las tareas que les competen sin tener la sensación de que les falta tiempo para realizar su trabajo. Consideran que las sustituciones de enfermería en triaje son realizadas por personal con experiencia en el puesto. Una vez acabada su jornada laboral y fuera del hospital no piensan en cuestiones relacionadas con su trabajo. Muestran gran satisfacción, por lo tanto se crea un clima laboral más positivo, en cuanto a la formación que realiza el hospital en triaje y con la organización de cursos o sesiones de formación organizados por el propio servicio de urgencias del centro y si no con la facilidad para la asistencia a cursos, seminarios,... de triaje de otros centros. De esta forma los profesionales consideran que el triaje realizado en el Hospital A es el adecuado.

En el Hospital D podemos observar que los profesionales tienen la percepción de que el trabajo que tienen en el servicio de urgencias es excesivo con lo que tienen que hacer teniendo la sensación que les falta tiempo para realizarlo, aunque estas percepciones son un poco más elevadas, es decir, existen diferencias significativas más altas en el Hospital C. Reconocen que aún habiendo acabado su jornada laboral y encontrándose fuera del hospital piensan en cuestiones relacionadas con el trabajo. En relación al triaje manifiestan que su organización no facilita la formación en éste área y que no realizan cursos o sesiones de formación dirigidos al personal aunque reconocen que asisten a cursos, seminarios,... de otros centros. En relación a las sustituciones de enfermería en triaje con personal experto consideran que no se realizan de la forma más correcta manteniendo consideraciones significativas respecto al Hospital A y B, pero por encima del C. Si consideramos en conjunto todos estos datos del Hospital D podemos entender

que los profesionales crean que el triaje que se realiza en su centro no es el más adecuado creándose así éste clima laboral.

Y en referencia al Hospital C podemos decir que la mayor diferencia significativa es que los profesionales tienen la percepción de que el trabajo que tienen en el servicio de urgencias es excesivo y no dan abasto con lo que tienen que hacer teniendo la sensación que les falta tiempo para realizarlo. En relación a las sustituciones que se realizan del personal de enfermería que realiza el triaje no se hacen con profesionales que tengan experiencia. Y también estos profesionales, aunque un poco menos que los del Hospital D piensan en cuestiones laborales una vez han acabado su jornada laboral y se han ido del centro. El resto de ítems muestran diferencias significativas respecto al Hospital A y diferencias y discrepancias, como era el caso del Hospital A, con el Hospital D.

En referencia al Hospital B podemos destacar que la mayor diferencia significativa es que los profesionales no asisten a cursos o seminarios,... de triaje de otros centros. El resto de ítems muestran diferencias poco significativas respecto al Hospital A y grandes diferencias y discrepancias, como era el caso del Hospital A, con el Hospital D.

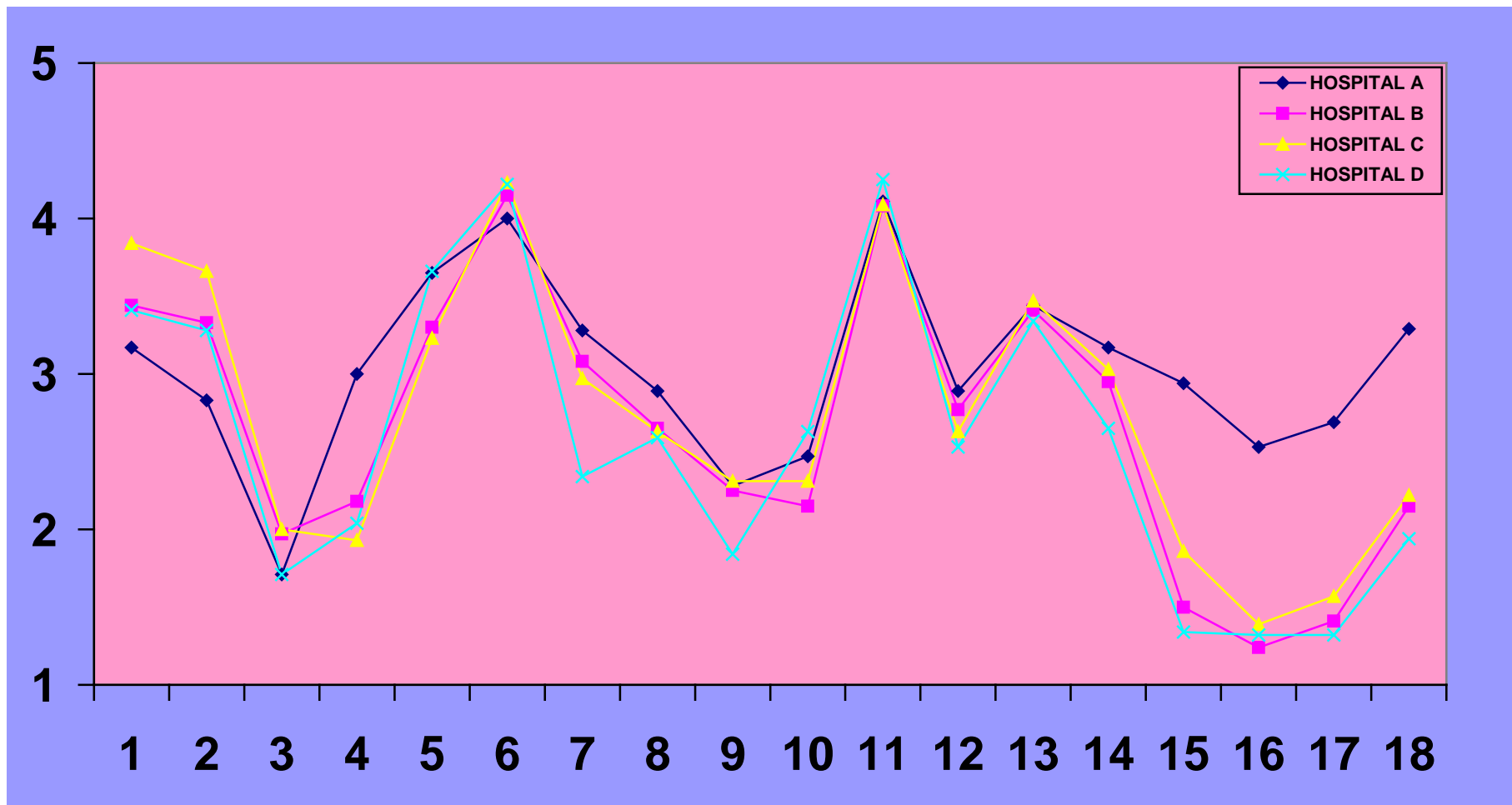


Gráfico 32. Clima Laboral en función del centro de trabajo.

○ **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, del Liderazgo por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

	<b>LIDERAZGO</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Signif.</b>	<b>Diferencia</b>
1	Tengo oportunidades para aprender cosas nuevas cuando ejerzo el triaje.	3,53	2,77	2,84	2,56	,038	D<b,c,a
2	En mi hospital tengo posibilidades de promocionarme profesionalmente.	2,83	2,29	2,94	1,72	,000	D<b,a,c
3	Tengo autonomía e independencia para realizar mi trabajo.	3,67	3,37	3,42	2,93		
4	La dirección del hospital reconoce el trabajo de la persona que ejerce el triaje.	3,12	2,22	2,30	1,72	,001	D<b,c,a
5	El/la supervisor/a tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje.	3,24	2,58	2,66	2,07	,012	D<b,c,a
6	El equipo médico tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje.	2,41	2,63	2,68	2,89		
7	Es necesaria una especialidad en enfermería para trabajar como enfermera de triaje.	3,24	3,38	3,24	3,55		
8	Tienen confianza en sí mismos los profesionales que desempeñan el triaje	3,72	3,31	3,10	3,14		
9	Tienen capacidad de trabajo en equipo	3,78	3,70	3,32	3,17		
10	Son hábiles para afrontar situaciones estresantes	3,83	3,69	3,14	3,07	,007	D<c,b,a
11	Son sensibles hacia las necesidades de sus compañeros/as	3,83	3,57	3,14	3,10	,011	D<c,b,a
12	Tienen capacidad para tomar decisiones en momentos de colapso	3,67	3,66	3,07	2,90	,009	D<c,b,a
13	Son empáticos	3,61	3,41	3,25	3,28		
14	Son agradables en el trato con los demás	3,61	3,45	3,43	3,76		
15	Tratan de imponer sus ideas	2,61	3,00	3,00	2,72		
16	Son eficaces	3,78	3,52	3,21	3,00	,032	D<c,b,a
17	Saben adaptarse a las circunstancias dentro del servicio de urgencias	3,67	3,48	3,31	3,14		
18	Son individualistas mientras desempeñan la labor del triaje	2,61	3,30	2,89	2,79		
19	Son ambiciosos	2,67	3,04	2,77	2,76		
20	Saben negociar	3,33	2,96	2,88	2,86		
21	Tiene una alta capacidad intelectual	3,22	3,14	3,00	3,03		
22	Dedican muchas horas al trabajo después de la jornada laboral	2,47	2,96	2,50	2,47		
23	Son competentes en su trabajo	3,78	3,61	3,14	3,14	,015	C,d<b,a
24	Conocen bien su trabajo	3,72	3,55	3,07	3,28		
25	Comparten sus conocimientos con otros compañeros	3,67	3,38	3,22	3,28		
26	Llevan mucho tiempo en la empresa	3,33	3,63	2,57	3,43	,000	C<d,a,b
27	Se dejan llevar por los sentimientos	2,78	2,63	2,67	3,21	,042	B<c,a,d
28	Son capaces de asumir riesgos	3,61	3,25	3,19	2,79	,037	D<c,b,a
29	Saben delegar responsabilidades	3,50	3,66	3,19	3,17		

En el análisis de datos sobre el liderazgo relacionado con los centros de trabajo encontramos diferencias significativas en 12 ítems de los 29 que analizamos.

El Hospital A vuelve a destacar con diferencia del resto de los hospitales en la gran mayoría de ítems, pero en los que tienen una diferencia significativa podríamos decir que los profesionales de éste centro tienen más oportunidades de aprender cosas nuevas, además del reconocimiento de la dirección del centro a las personas que realizan el triaje. Reconocen que el supervisor/a tienen en cuenta las sugerencias que hacen. Se encuentran hábiles para gestionar el servicio de urgencias en situaciones estresantes y a la vez sensibles con las necesidades de sus compañeros. Tienen capacidad para tomar decisiones en situaciones de colapso. Se reconocen a si mismos con gran capacidad de eficacia y con mucha competencia en su trabajo capaces de asumir riesgos. También aunque en segundo lugar, por detrás de otro hospital reconocen tener posibilidades de promoción profesional, son profesionales que llevan mucho tiempo en la empresa e indican dejarse llevar por los sentimientos.

Respecto al Hospital A, el hospital que tiene mayores diferencias significativas y discrepancias es el Hospital D, pero aunque en menor grado, también muestra diferencias menos significativas con los hospitales B y C.

En el Hospital D los profesionales no creen que puedan aprender muchas cosas nuevas, ni se sienten muy reconocidos por la dirección del centro en relación al triaje y tampoco consideran que se tengan en cuenta, por parte de las supervisoras/es, las sugerencias que hacen. Creen que tienen muy pocas habilidades para gestionar el servicio de urgencias en situaciones de colapso. Reconocen no mostrarse muy sensibles con las necesidades de sus compañeros. Se ven con muy poca eficacia en el trabajo y no son capaces de asumir riesgos. Con menos diferencias significativas, en segundo lugar, después del Hospital C los profesionales se describen con escasa competencia en el trabajo aunque son profesionales que llevan tiempo en la organización.

Respecto a los otros dos hospitales; Hospital C y B encontramos que respectivamente van muy seguidos del hospital A y con diferencias significativas respecto al Hospital D salvo en algunos ítems.

A destacar debemos de decir que en el Hospital C encontramos los profesionales que menos tiempo llevan en el servicio de urgencias comparándolos con el resto de hospitales y su grado de competencia es mucho menor, incluso por debajo del Hospital D y con diferencias muy significativas respecto al Hospital A y B respectivamente.

Y finalmente respecto al Hospital B debemos destacar que los profesionales del servicio de urgencias de éste centro son los que más se dejan llevar por los sentimientos.

A modo de conclusión si miramos los resultados de forma global podríamos decir que en términos generales según estos datos y nuestra población muestra; los profesionales del Hospital A muestran un nivel de liderazgo mayor que los del B y C respectivamente y con diferencias muy significativas con el Hospital D.

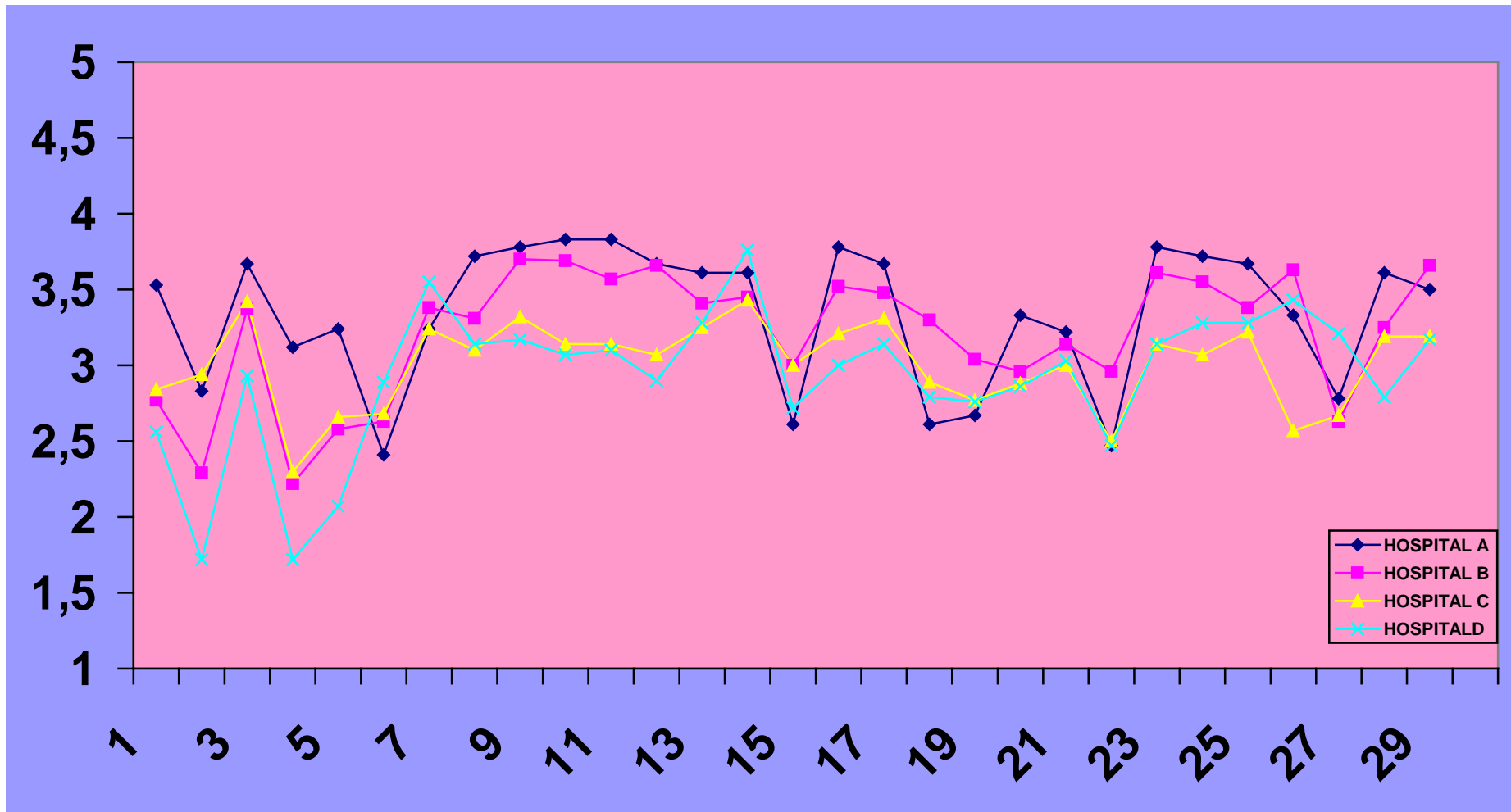


Gráfico 33. Liderazgo en función del centro de trabajo.



○ **ANALISIS EN FUNCION DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, del Nivel de Tensión por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

	<b>NIVEL DE TENSION</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Signif.</b>	<b>Diferencia</b>
1	Personal médico nuevo en triaje	3,38	3,63	3,96	2,75	,004	D<a,b,c
2	Personal enfermero inexperto en triaje	3,94	4,04	4,30	3,52		
3	Quejas por parte de familiares en triaje	3,28	3,84	3,85	3,45		
4	Quejas por parte de enfermeros en triaje	3,06	3,28	3,70	3,00		
5	Colapso en urgencias	4,28	4,56	4,38	4,00		

Respecto al nivel de tensión en el análisis de datos relacionado con los centros de trabajo las diferencias que encontramos de 5 ítems son poco significativas a excepción de la que indica que pasa cuando hay personal médico nuevo en triaje, en este caso, existe una gran diferencia del Hospital D con el resto, pero no queremos darle mucha importancia porque es el centro dónde el triaje lo realizan mayoritariamente los médicos, por lo tanto el impacto es mucho mayor en éste centro si los médicos son nuevos que en el resto de centros. Si queríamos destacar que las quejas por parte de los familiares, aunque no haya muestras significativas son menores en el Hospital A, hospital dónde los profesionales creen que el triaje es el adecuado, dónde encontramos un clima laboral bueno y dónde el triaje lo realiza una enfermera experta. Quizá por eso el nivel de tensión parece ser menor, aunque sin diferencias significativas.

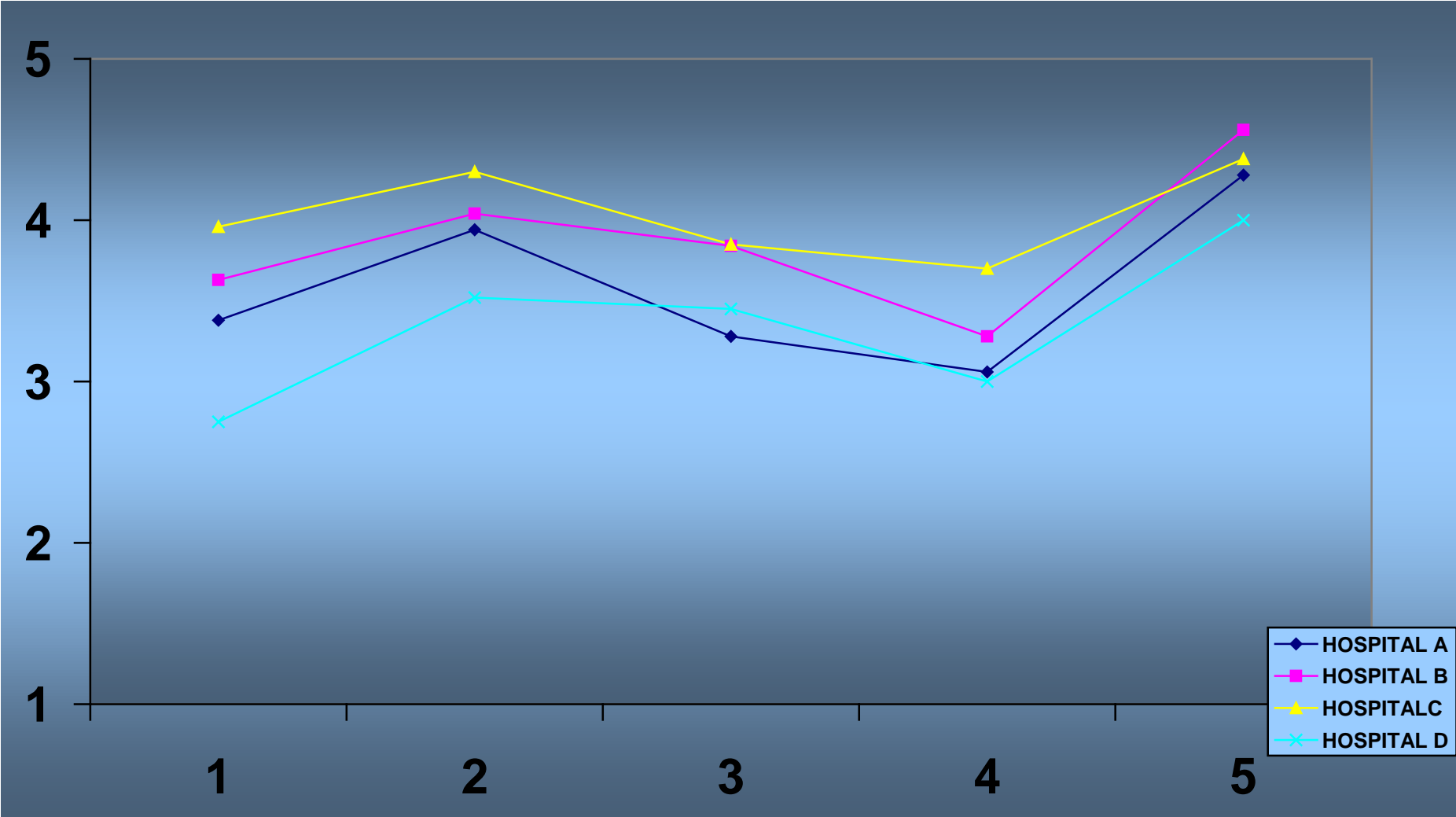


Gráfico 34. Nivel de Tensión en función del centro de trabajo.

○ **ANÁLISIS EN FUNCION DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, del Nivel Comunicación por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

	<b>NIVEL COMUNICACIÓN</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Signif.</b>	<b>Diferencia</b>
1	Enfermeras	4,41	4,31	4,00	4,29		
2	Auxiliares	3,80	4,21	3,97	4,07		
3	Médicos	3,50	3,59	3,91	3,74		
4	Supervisora de enfermería	4,06	3,38	3,22	3,39		
5	Coordinador Médico de la Guardia	3,07	2,77	2,76	3,69	,021	C,b<d,a

Respecto al nivel de comunicación en el análisis de datos relacionado con los centros de trabajo las diferencias que encontramos de 5 ítems son poco significativas a excepción de la comunicación con el coordinador médico que es mucho mayor en el Hospital A y D respecto a los hospitales B y C respectivamente. En la comunicación con la supervisión de enfermería encontramos que el Hospital A tiene un nivel de comunicación mayor que el resto aunque las diferencias no sean significativas igual que entre los profesionales de enfermería.

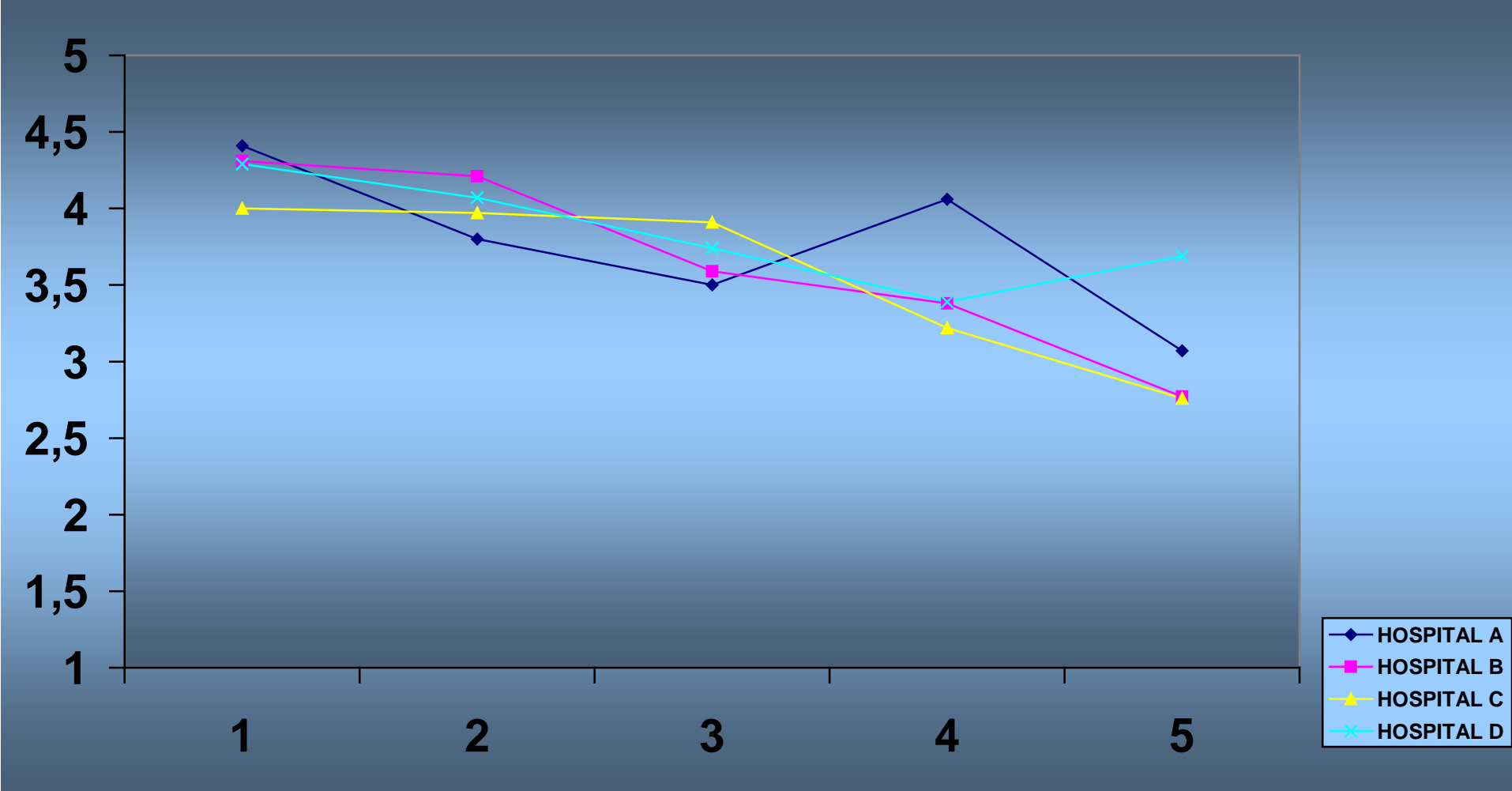


Gráfico 34. Nivel de comunicación en función del centro de trabajo.

○ **ANÁLISIS EN FUNCION DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, de los ítems anteriores por parte de los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro.

		A	B	C	D	Signif.	Diferencia
1	SATISFACCIÓN	3,2602	3,0170	2,9707	2,7499	,043	D<c,b,a
2	CLIMA LABORAL	3,0372	2,7380	2,7558	2,5950	,000	D<c,b,a
3	LIDERAZGO	3,3461	3,0959	3,0218	2,9423	,030	D<c,b,a
4	NIVEL TENSION	3,6361	3,9389	4,0528	3,4269	,009	D<c,b,a
5	COMUNICACION	3,8000	3,6513	3,5984	3,8473		

En esta tabla relacionamos las tablas comentadas anteriormente sobre la satisfacción, clima laboral, liderazgo, nivel de tensión y comunicación con los diferentes hospitales para obtener una visión global. Si observamos la tabla podemos afirmar de forma generalizada que en Hospital A encontramos el mayor nivel de satisfacción, un buen clima laboral, un mayor liderazgo de los profesionales, un mínimo nivel de tensión y una buena comunicación tanto horizontal como vertical. Éste hospital iría seguido del B, C y todos respectivamente muestran diferencias muy significativas con el Hospital D. Esta tabla ratifica todo el análisis anterior realizado y representado gráficamente dónde cada uno de estos ítems estaban desglosados y observábamos que el Hospital A prácticamente en todas las tablas era el que obtenía mejores resultados y mostraba unas diferencias muy significativas respecto al Hospital D que casi siempre obtenía los resultados más bajos. Referente al Hospital B y C han ido siempre en segundo lugar con algunas discrepancias hasta que éste análisis nos muestra que el Hospital B muestra menores diferencias respecto al A y mayores respecto al D quedando así en el segundo lugar en cuanto a resultados óptimos seguido del Hospital C y por último el D.

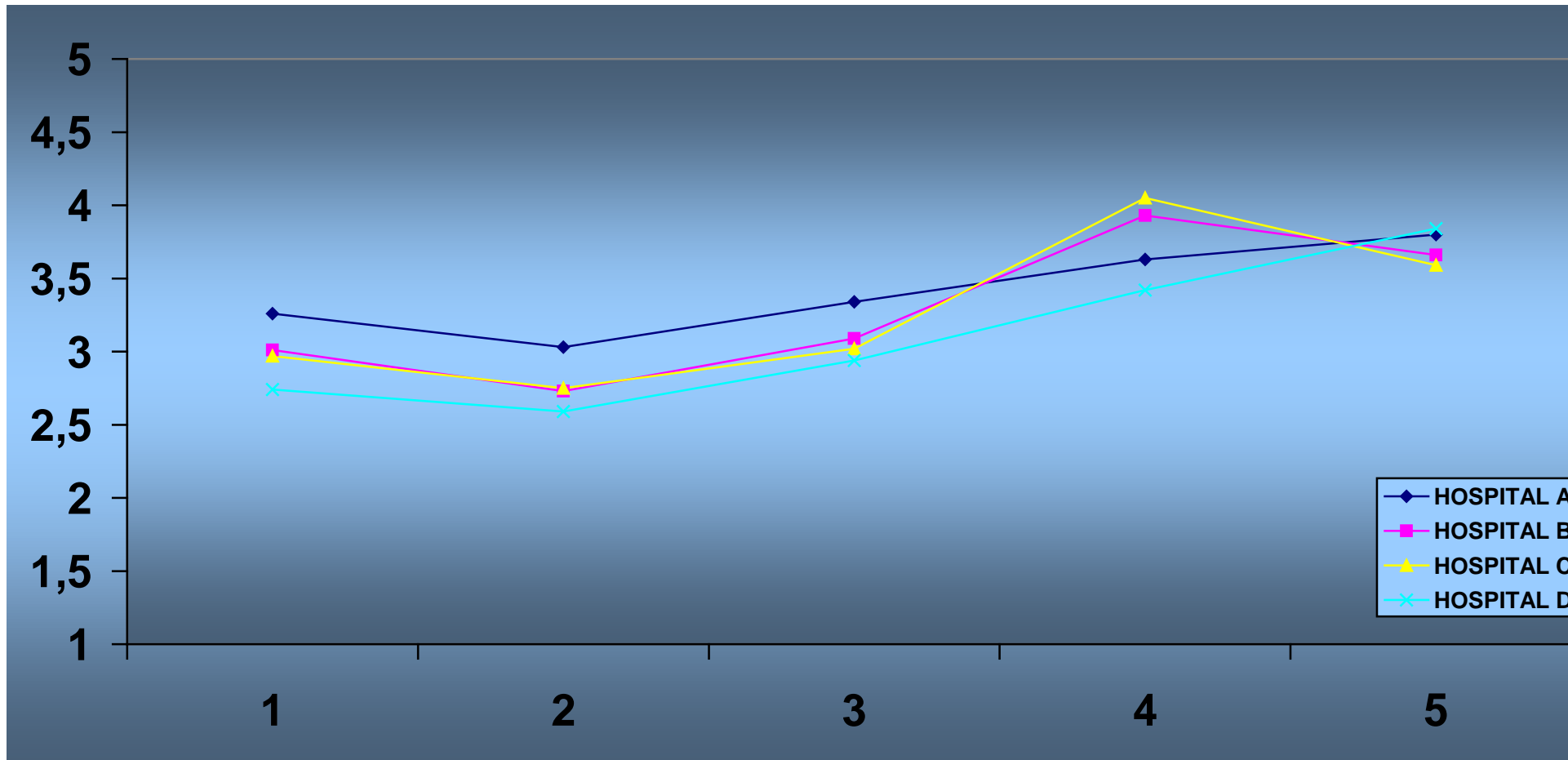


Gráfico 35. Valoración en función del centro de trabajo.

○ **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, del Tipo de Contrato que tienen los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población muestra de nuestro estudio.

	<b>TIPO CONTRATO</b>	<b>INDEF</b>	<b>EVENTUAL</b>	<b>INTERINO</b>	<b>OTROS</b>	<b>SIGNIF</b>	<b>DIFERENCIA</b>
1	SATISFACCIÓN	2,9726	3,0547	2,4375	2,8828		
2	CLIMA LABORAL	2,5972	2,7799	2,5972	2,7593		
3	LIDERAZGO	3,0277	3,2777	3,2085	2,8747	,057	O<I,CI,CE
4	NIVEL TENSIÓN	3,7680	3,8264	2,8500	4,0667	,079	CI<,I,CE,O
5	NIVEL COMUNICACIÓN	3,6572	3,7667	4,0000	3,7833		

En esta tabla hemos analizado el nivel de satisfacción, el clima laboral, el liderazgo, el nivel de tensión y comunicación relacionándolo con los tipos de contrato que tienen los profesionales de nuestra población muestra. Observamos que los dos ítems que muestran unas diferencias significativas son los relacionados con el liderazgo y el nivel de tensión. En relación al liderazgo vemos que los profesionales con contrato eventual muestran un nivel de liderazgo mucho mayor que el resto y van seguidos de los que tienen contratos interinos o indefinidos mostrando diferencias significativas con el resto de profesionales con otros tipos de contrato. Haciendo una reflexión podríamos pensar que el liderazgo de estos los profesionales con contrato eventual viene relacionado con las ganas de implicarse en el servicio, obtener una valoración buena, aprender y ganas de mejorar cosas en el servicio, pero estos datos no pueden evidenciarse son meras reflexiones.

Y referente al nivel de tensión se evidencia que el nivel de tensión es mayor en aquellos profesionales que tienen otros tipos de contratos seguidos de los que tienen contrato eventual, los indefinidos y por último se desmarcan los que tienen contratos interinos que muestran diferencias significativas menores respecto al resto de profesionales.

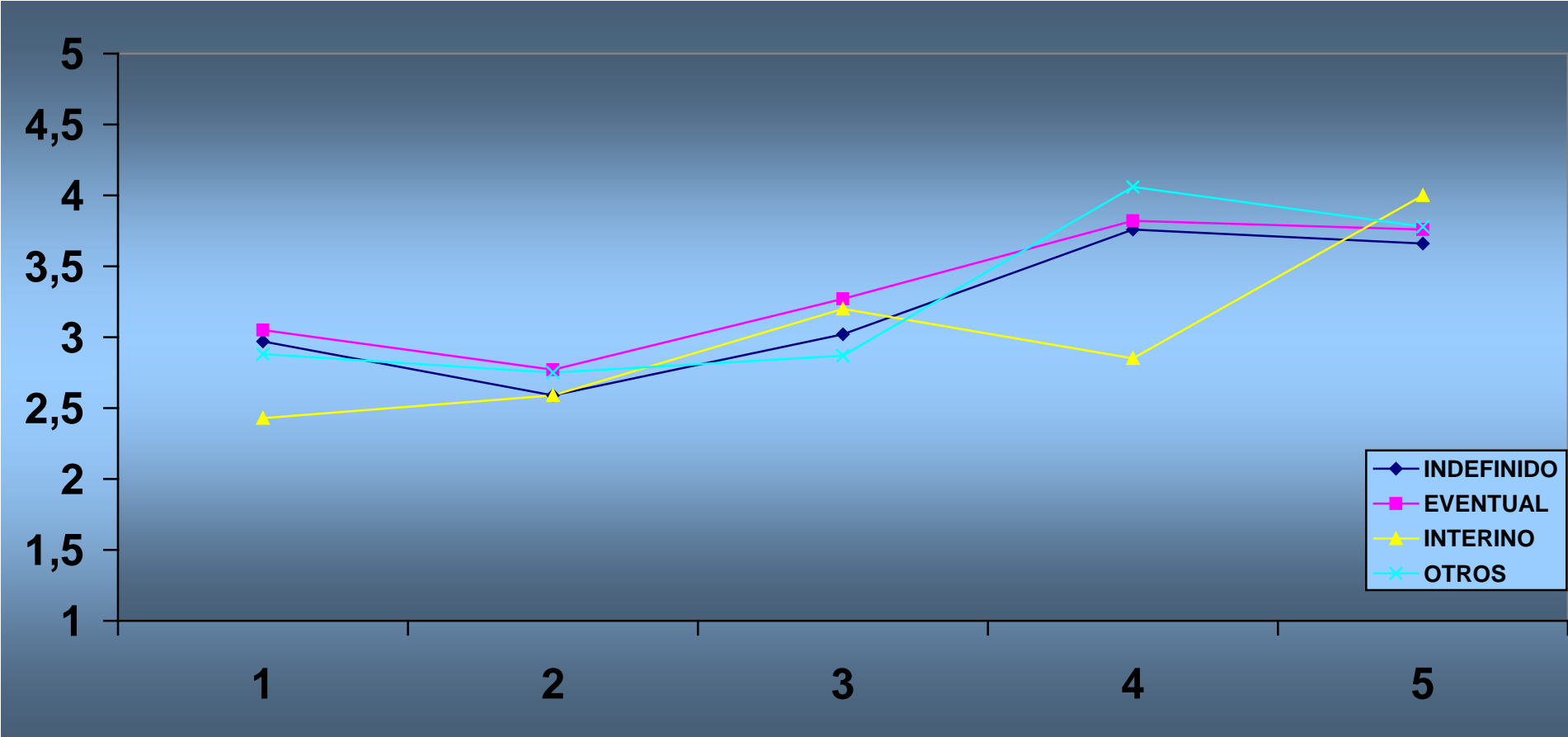


Gráfico 36. Tipo de contrato en función del centro de trabajo.



○ **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, con la categoría profesional que tienen los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población

	<b>CATEGORIA PROFESIONAL</b>	<b>Administrativo (Adm)</b>	<b>DUE</b>	<b>L.Medicina (Medi)</b>	<b>Coor. Enfermería (Coor.Enf)</b>	<b>Coor. Médico (Coor.Med)</b>	<b>Auxiliar Técnico Sanitario (ATS)</b>	<b>Auxiliar Enfermero (Aux.Enf)</b>	<b>SIGNI</b>	<b>DIFERENCIA</b>
1	SATISFACCIÓN	3,1190	2,9437	2,9172	3,7285	2,4457	1,7708	3,3109	,007	ATS< Coor.Medi, Medi, DUE, Adm, AuxEnf, CoorEnf.
2	CLIMA LABORAL	2,6401	2,8038	2,6736	2,6623	2,7712	2,5833	2,7539		
3	LIDERAZGO	3,2819	3,0685	2,9374	3,0345	2,6521	2,8621	3,4612	,045	Coor.Medi< ATS, Medi, CoorEnf, DUE, Adm, AuxEnf
4	NIVEL TENSIÓN	3,6000	3,8922	3,5988	3,0667	5,0000	3,7000	3,7111		
5	NIVEL COMUNICACIÓN	3,9333	3,6381	3,8000	4,1333	2,9000	3,1000	3,9333		

muestra de nuestro estudio.

En esta tabla hemos analizado los mismos ítems anteriores (nivel de satisfacción, el clima laboral, el liderazgo, el nivel de tensión y comunicación) relacionándolos con las categorías profesionales. Podemos observar que encontramos diferencias significativas en los ítems de satisfacción y liderazgo. En relación a la satisfacción encontramos que la categoría profesional más satisfecha es la que corresponde a la coordinación de enfermería con diferencias significativas respecto a ATS. Lo que nos llama la atención es que enfermería se muestra más satisfecha que el estamento médico, pero ambos a su vez se encuentran mejor que la coordinación médica. Y respecto al liderazgo observamos que la coordinación médica muestra una diferencia significativa respecto al resto sobre todo con las auxiliares de enfermería. Merece la pena observar que en relación al liderazgo, enfermería muestra diferencias muy significativas, incluso con la coordinación de enfermería, respecto a la categoría profesional médica.

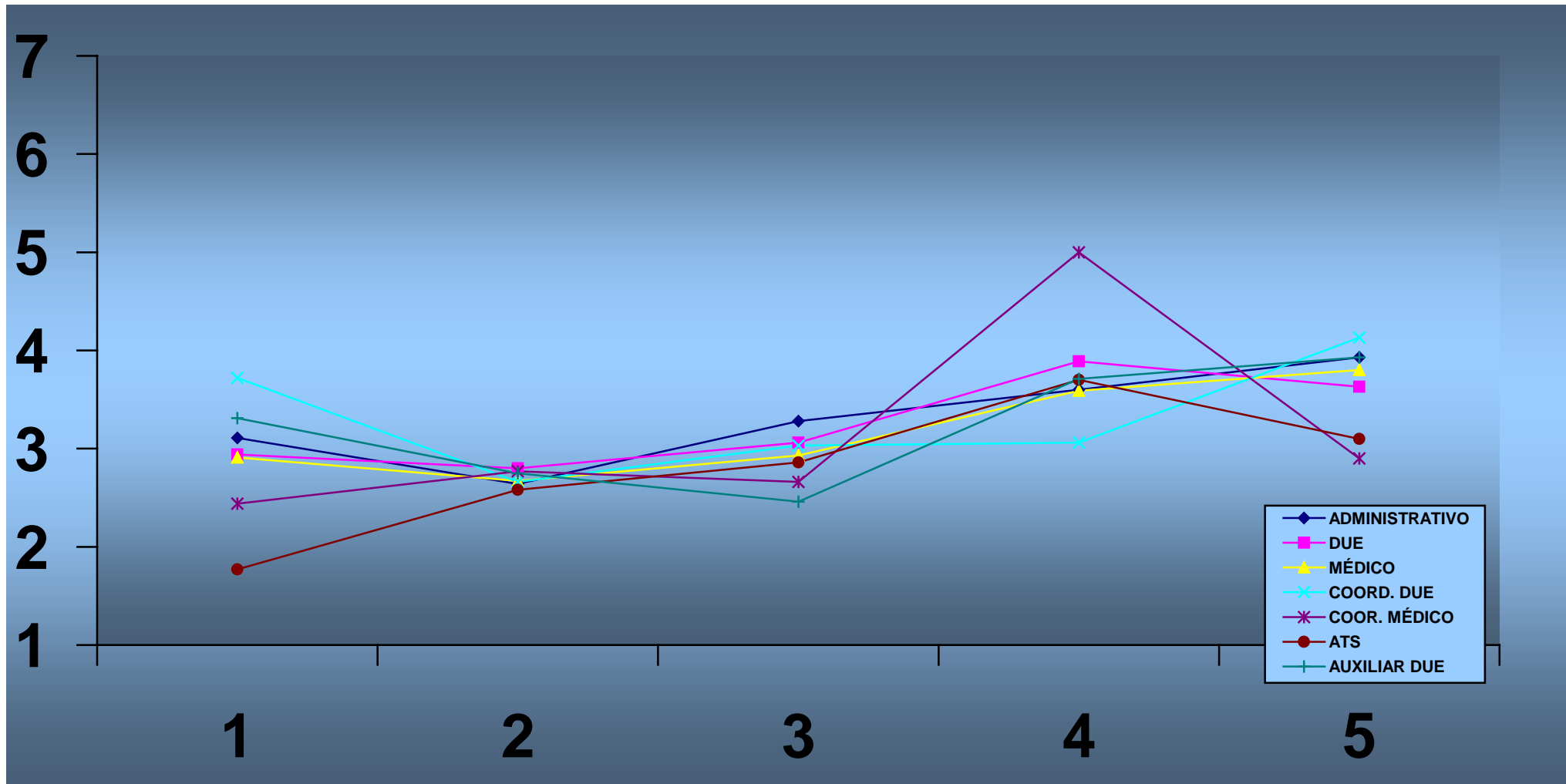


Gráfico 37. Categorías profesionales en función del centro de trabajo.

○ **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, del tipo de triaje que tienen los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias incluidos en la población

	<b>TIPO TRIAJE</b>	<b>Administrativo</b>	<b>Medico</b>	<b>Enfermero</b>	<b>Signif.</b>	<b>Diferencia</b>
1	SATISFACCIÓN	2,8681	2,7355	3,1506	,011	M<a,e
2	CLIMA LABORAL	2,5965	2,7706	2,9027	,000	A<m,e
3	LIDERAZGO	3,0098	2,9813	3,1686		
4	NIVEL TENSION	3,5631	4,0480	3,9357	,038	A<m,e
5	COMUNICACION	3,6775	3,6000	3,7625		

muestra de nuestro estudio.

En esta tabla hemos analizado los mismos ítems anteriores (nivel de satisfacción, el clima laboral, el liderazgo, el nivel de tensión y comunicación) relacionándolos con los profesionales; administrativos, médicos y enfermeros que son los profesionales, dependiendo de cada centro, que a día de hoy hemos encontrado que hacen el triaje en los centros sanitarios de nuestra población muestra. De los ítems analizados encontramos diferencias significativas en la satisfacción, el clima laboral y el nivel de tensión.

Respecto a la satisfacción podemos decir que los profesionales más satisfechos son los diplomados de enfermería mostrando diferencias significativas respecto a los médicos. En el clima laboral volvemos a ver cómo enfermería se muestra más satisfecha en este aspecto y con diferencias significativas respecto a los administrativos y, en cambio, las diferencias con los médicos son menos significativas. También enfermería considera que su nivel de comunicación es más elevado y con diferencias significativas respecto a los administrativos y con los médicos vuelve a mostrar menos diferencias significativas.

Si observamos el ítem de liderazgo vemos que enfermería muestra un nivel más elevado que los otros dos grupos aunque no existan diferencias significativas.

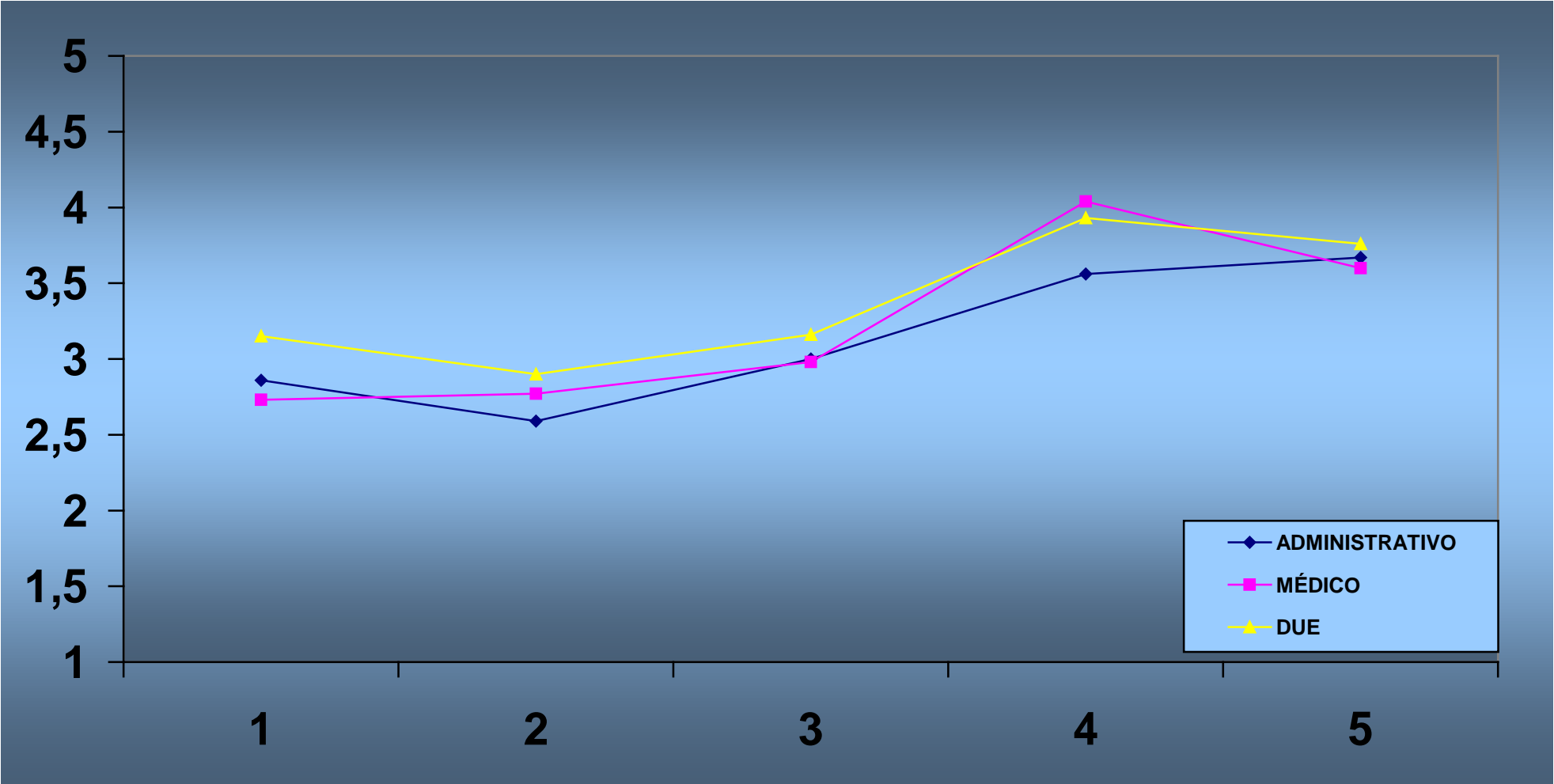


Gráfico 38. Tipos de triaje en función del centro de trabajo.

○ **ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO**

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración, según el centro de trabajo, con los tipos de escalas de triaje que los profesionales utilizan para desempeñar su labor en los servicios de urgencias incluidos en la

	<b>TIPO ESCALA TRIAJE</b>	<b>Escala Canadiense</b>	<b>Escala Andorrana (MAT/PAT)</b>	<b>Otras</b>	<b>Signif.</b>	<b>Diferencia</b>
1	SATISFACCIÓN	2,8223	3,1917	2,9879		
2	CLIMA LABORAL	2,8105	2,9603	2,6753	,045	o< c,a
3	LIDERAZGO	2,9813	3,2606	3,0558		
4	NIVEL TENSION	4,0324	3,6205	3,6958		
5	COMUNICACION	3,3735	3,7000	3,9647		

población muestra de nuestro estudio.

En esta tabla volvemos a analizar los mismos ítems (nivel de satisfacción, el clima laboral, el liderazgo, el nivel de tensión y comunicación) pero relacionándolos con los diferentes tipos de escala que se usan en el triaje. Encontramos sólo un ítem que muestra diferencias significativas, este ítem es el del clima laboral dónde el modelo andorrano o el sistema de triaje español (la MAT o el SET) muestran diferencias significativas respecto al otras escalas siendo la escala canadiense la única con la que dichas diferencias son menores.

Aunque no tengamos más ítems con diferencias tan significativas podemos observar la tabla y ver como la MAT o SET muestra valores mejores en cuanto a mayor satisfacción, mayor liderazgo, menor nivel de tensión y mayor comunicación que el resto de escalas.

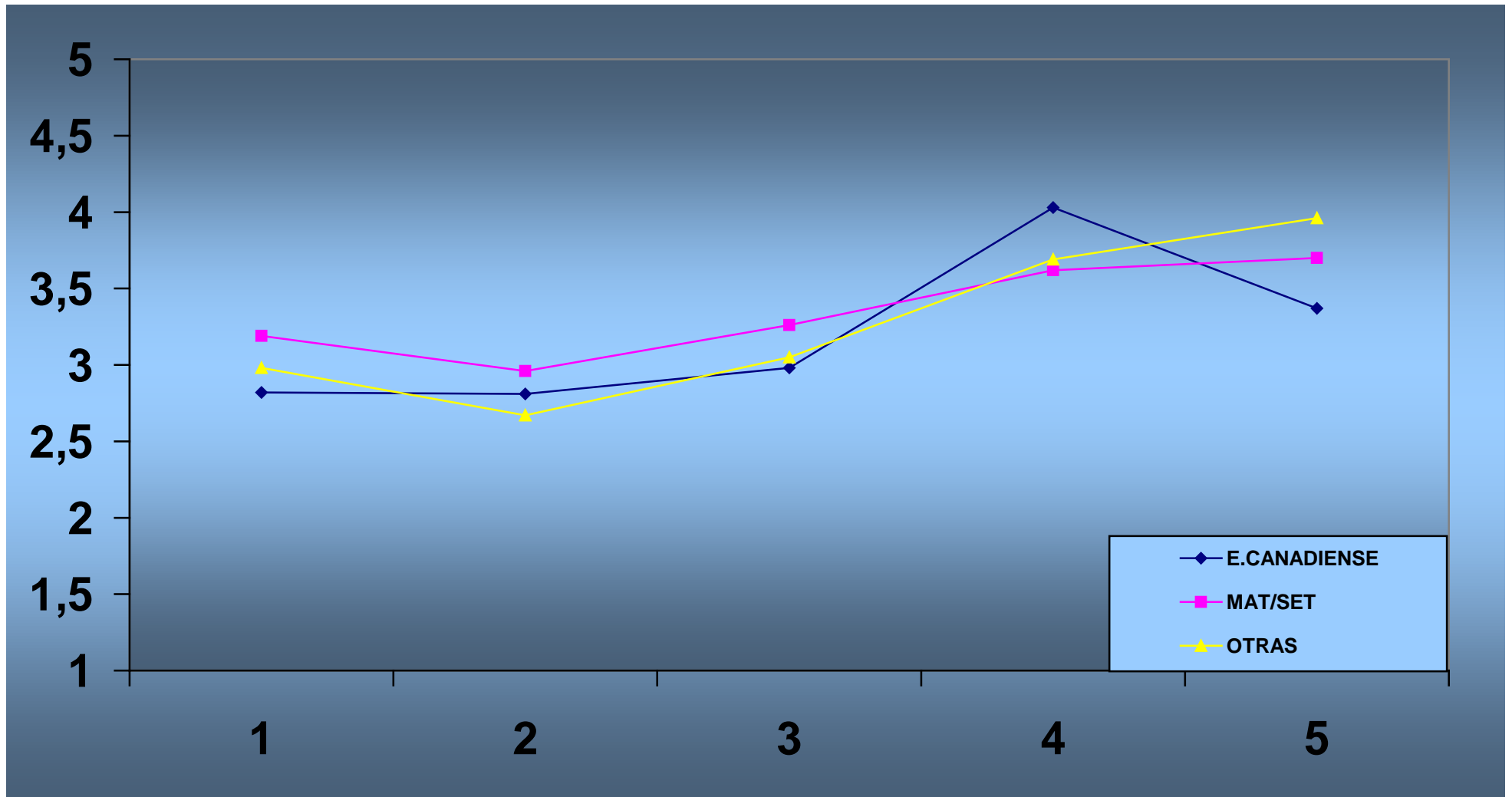


Gráfico 39. Escalas de triaje en función del centro de trabajo.

### III. CONCLUSIONES

#### CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

Tras el análisis tanto descriptivo como inferencial de todas nuestras variables en la población muestra que hemos comentado y representado gráficamente, podemos afirmar que nuestra hipótesis inicial; *“El nuevo modelo de triaje enfermero aumenta la capacidad de la gestión de flujos a enfermería, a la vez que facilita la coordinación entre el equipo y la organización en el servicio de urgencias, y aumenta la satisfacción profesional”* se cumple satisfactoriamente dando así a enfermería un mayor liderazgo en la gestión de los servicios de urgencias aumentando la satisfacción, beneficiando el clima laboral y disminuyendo el nivel de tensión con una comunicación buena aportando una coordinación en el equipo multidisciplinar.

Con el estudio realizado hemos podido cumplir los objetivos que nos habíamos marcado sobre la evaluación de los diferentes sistemas de triaje y su influencia en la actuación de los profesionales de urgencias, sobre todo los diplomados de enfermería. Con estos resultados obtenidos también podemos conocer la situación actual del triaje en los servicios de urgencias en los hospitales delimitados en nuestra muestra, analizar las diferentes escalas de triaje que se utilizan en las instituciones hospitalarias y constatar positivamente el impacto en las relaciones que se establecen entre el equipo multidisciplinar con la implantación del triaje enfermero basado en el liderazgo de enfermería. Podemos afirmar que el triaje enfermero aporta mayor liderazgo y satisfacción a los profesionales de enfermería.

El estudio nos da un perfil del tipo de profesional que encontramos en los servicios de urgencias. Solemos encontrar un profesional que tiene una edad entre 31-40 años de edad (son el 41.3% del total) con un 65.6% de probabilidad de que sea mujer y que esté casada o emparejada (53.3% del total de la muestra). De dichos profesionales el 54.9% del total son diplomados de enfermería y el 45.1% tiene una experiencia profesional de 1 a 5 años en urgencias. Así como también podemos ver que tres cuartas partes del personal son totalmente desconocedores de las escalas que se utilizan para realizar el

traje en sus centros y de esta manera gestionar los flujos hospitalarios, por tanto muchos de ellos al no recibir ningún tipo de formación específica en triaje desconocen incluso que significa dicha palabra y lo que conlleva provocando un desinterés generalizado y a la vez un mal funcionamiento de los servicios de urgencias que desencadena en la baja calidad asistencial de cara al usuario.

Aunque encontramos que en el 40.4% de los casos, el triaje es realizado por diplomados de enfermería que obtuvieron sus respectivas titulaciones entre el 1993 y el 2007 siendo estos el sector mayoritario que desempeña su actividad profesional en los servicios de urgencias y que de todos los encuestados un 95,9% ejercen su actividad laboral en dichos servicios y el resto del porcentaje ya no lo ejercen o son suplentes que realizan rotaciones y nunca han desempeñado su labor en estos servicios.

Respecto a los tipos de contrato podemos obtener del estudio que es alto el índice de profesionales que disfruta de un contrato indefinido pero existe un gran número de profesionales que sigue manteniendo contratos eventuales que corresponden a contratos de corto periodo de tiempo así como los llamados por obra y servicio, que integran todos aquellos de cobertura de baja o incidente por un día u horas. Con estos tipos de contratos podemos observar que la conciliación de la vida personal con la vida profesional es dificultosa, ya que este tipo de contratos conllevan horarios que se reflejan en nuestro estudio alargando la jornada semanal hasta las 72 horas de trabajo, así como también afirmamos que los contratos indefinidos proporcionan al profesional un mejor turnaje, con esto queremos decir que el profesional disfruta de dos turnos en forma de mañana y tarde o 10-11 horas por la noche con los descansos ínter semanales proporcionados por ley o convenio.

Por el contrario también los contratos indefinidos o interinos con turnaje de 12 horas facilitan la conciliación de la vida familiar pero someten al personal sanitario a un gran desgaste psicoemocional y a la mitad de la jornada se disminuye su capacidad provocando que se vea afectada la calidad asistencial.

Después de realizar preguntas específicas sobre el triaje en nuestro cuestionario podemos observar que sólo uno de cada cuatro centros encuestados ofrecen formación específica para el desempeño de la actividad



de triaje a sus profesionales, de esta manera podemos ver que el resto de los centros desempeñan el triaje sin haber recibido ningún tipo de formación específica, es decir realizan sus funciones de forma intuitiva o mediante conocimientos transmitidos por la experiencia laboral o la experiencia de otros compañeros que han ejercido ese puesto anteriormente. También hemos de reflejar la atracción de los nuevos profesionales por los servicios tecnificados pero que a la vez abarcan el mayor número de cuidados, disminuyendo de esta manera la rotación y la falta de profesionales.

En los servicios de urgencias podemos ver que el mayor número de los profesionales desempeñan la actividad asistencial y que tan solo la minoría desarrolla su actividad en los puestos de triaje sin combinar dicha actividad con la asistencial, también observamos que existe un combinado de las dos actividades en centros hospitalarios donde ciertos profesionales pivotan entre la actividad asistencial y la actividad del triaje o combinan las dos a la vez, con esto que queremos decir, que el hecho de utilizar a unos mismos profesionales para dos actividades asistenciales causa caos, ya que la imposibilidad de poderse concentrar en unas tareas específicas a la vez que se realizan otras totalmente diferentes provoca sensación de inseguridad desencadenada en un mal control o gestión de los flujos de los servicios de urgencias así como la incapacidad del personal o del ser humano de estar en dos sitios a la vez y al mismo tiempo.

Dentro del desempeño de la función de triaje existe una pequeña parte de la población que recibe algún tipo de incentivo en forma de formación, horas de libre disfrute o incentivos económicos, aunque este último tan solo es en casos muy particulares. Así como en otros casos se combina el incentivo compensatorio en forma de horas de más formación específica.

Según el tipo de centro de trabajo donde se desempeña la actividad profesional de nuestra población muestra podemos ver que según la gestión administrativa realizada se condiciona de forma mayoritaria el tipo de actividades a desempeñar, las compensaciones o reconocimientos por ellas y los medios en que desempeñan su función profesional dichos trabajadores. Si el centro tiene una financiación pública o una parte es pública y la otra pertenece a fondos privados, en nuestro caso podemos ver que son

mayoritarios los centros que se gestionan de forma pública o semipública equiparándose por el número de profesionales que trabajan en dichos centros y a diferencia de la plantilla que desempeña su función en los centros de financiación privada que es de menor número, por tal de abaratar costes y disminuir el gasto para ser invertido más tarde en infraestructuras o enriquecimiento propio, de esta manera, también demostramos que gran parte de los centros que sufren problemas de cobertura de personal en diferentes servicios, así como la fuga de personal por las condiciones de gestión y la falta de formación hacia el personal.

Estos centros han sido clasificados dentro de nuestro estudio según los tipos de convenios establecidos por la empresa y los profesionales que desempeñan su actividad dentro de ella, siendo mayoritarias las empresas hospitalarias que su gestión económico financiera se realiza mediante el convenio XHUP ( Xarxa hospitalaria d'utilització pública en catalán y en castellano Red hospitalaria de utilización pública) seguido de aquellos que reciben una gestión privada y por último aquellos que su gestión parte de la financiación del ICS ( Instituto catalán de la salud)

De cara al usuario también hemos podido observar que los centros subvencionados con fondos públicos o de infraestructura pública disponen de un mayor número de ratio de ocupación, es decir, mayor número de camas hospitalarias, así como la mayor parte de los profesionales encuestados desempeñan su actividad profesional en centros concertados con una ocupación máxima comprendida entre las 200 y las 600 camas.

Dentro del tipo de triaje que se desempeña en cada centro los profesionales incluidos dentro de la muestra, identificaron que el triaje que se desempeña mayoritariamente está prácticamente equiparado con el resto de tipos de triaje, es el que realizan los diplomados en enfermería mediante protocolos de algoritmos clínicos, programas informatizados gestionando la gravedad por signos y síntomas, el administrativo es realizado según el criterio de la orden de llegada de los usuarios o por intuición mediante la experiencia laboral, los médicos lo realizan según la orientación diagnóstica clínico del enfermo. En este punto queremos destacar que dentro del campo de los diplomados en enfermería cada vez se les está potenciando más a los/as

enfermeras/os para realizar este tipo de tarea otorgándole el poder de la gestión y la organización del caos que se produce dentro de los servicios de urgencias.

El tipo de escala que se realiza en los centros y que depende de los diplomados en enfermería es la escala MAT ( modelo andorrano de triaje) mediante el programa informatizado PAT ( programa de ayuda al triaje) con el porcentaje más elevado que proporciona una gestión total a la enfermería de los servicios de urgencia, dando una rápida asistencia y de calidad, a la vez que da apoyo a los usuarios y a sus familias, seguida por la escala canadiense tal como se define en nuestro marco teórico y la escala australiana.

Respecto a la satisfacción que desarrollan los profesionales que desempeñan su función en los servicios de urgencias, podemos ver que se establece en las relaciones personales o profesionales que intercambia la persona que realiza el triaje con el resto del equipo asistencial, así como también podemos ver que los profesionales donde se muestran más insatisfechos es cuando identifican que los recursos humanos son insuficientes respecto al volumen de usuarios que se atiende diariamente en los servicios de urgencias, dando notoriedad a la falta de personal o cobertura de bajas excedencias y otros así como los ratios enfermo profesional demasiado elevados.

El clima laboral que se establece en los servicios de urgencias viene dado básicamente por la identificación elevada del cansancio de los profesionales al finalizar la jornada y en contra punto por la falta de formación continuada que se ofrece a los profesionales respecto al triaje, ya que tan solo existe una parte minoritaria que se siente satisfecha por recibir este tipo de formación ya que tal como hemos mencionado antes o no la recibe el resto o ésta es escasa.

De cara a la potenciación del liderazgo de los profesionales que desempeñan su función en las áreas de triaje de los servicios de urgencias podemos ver que éste queda potenciado mediante su actitud hacia el resto del equipo, este argumento podíamos incluirlo dentro del desempeño de una organización correcta que ofrece tranquilidad y estabilidad al equipo que desempeña la actividad asistencial potenciando su trabajo y dedicación hacia

los usuarios, sin prisas y de forma adecuada, a la vez que la persona que realiza el triaje potencia su liderazgo de cara al resto de los profesionales, pero por contrapunto desmerece estos objetivos de liderazgo y estabilidad profesional la falta de reconocimiento que identifican los profesionales por parte de de la dirección hacia el personal que realiza triaje, ya que se refleja que dichas direcciones no reconocen el trabajo de liderazgo y organización de estas personas.

Según los profesionales, los niveles de tensión que se establecen en los servicios de urgencias, el factor que más los potencia, es el colapso del servicio por la falta de gestión, el exagerado volumen de trabajo y la falta de profesionales así como lo que más produce indiferencia o menor nivel de tensión es las quejas que se producen dentro del equipo asistencial por parte de los enfermeros que realizan el triaje.

La comunicación que se establece dentro del equipo asistencial es identificada mayoritariamente y como la que mejor se establece es la que realizan el grupo de enfermeras/os entre ellos, debido al trabajo codo con codo y las innumerables horas de apoyo laboral entre ellos identificando esto como si existe una buena comunicación se potencia el trabajo en equipo, por el contrario los peores niveles de comunicación se establecen con los coordinadores médicos de la guardia de urgencias quizá por la diferenciación de estamentos que se establece por parte de los licenciados en medicina o diplomados en enfermería en casos concretos o la presencia de la verticalidad por la falta de comunicación o el trabajo en equipo.

Reflejan que el liderazgo aumenta mucho en la persona que realiza el triaje respetándola por su trabajo, pero consideran que dirección no reconoce este trabajo. También vemos el nivel de tensión muy elevado sobre todo en situaciones de colapso del servicio de urgencias, pero siempre con un buen clima laboral y un grado de satisfacción elevado.

Si nos centramos en los análisis realizados en función del género podríamos destacar; que las mujeres creen que la organización presta más atención a sus sugerencias, en cambio los hombres están más satisfechos en las relaciones con los compañeros de trabajo respecto a las mujeres, pero se muestran más insatisfechos por la percepción que tienen de no ocupar un

puesto que corresponda con sus capacidades y formación por lo tanto no se sienten realizados en su puesto de trabajo. En cuanto al liderazgo las mujeres se muestran más capacitadas para afrontar situaciones de estrés en el trabajo, pero presentan un mayor nivel de tensión ante el colapso del servicio de urgencias ya que por defecto la naturaleza innata de la mujer la predispone para ser más receptiva a los sentimientos, por el contrario en momentos de tensión el hombre es capaz de ser racional y tener el impulso para controlar la tensión y dirigir la situación.

Un dato a destacar en la comunicación es que las mujeres que realizan el triaje tienen un mayor nivel de comunicación con enfermería, auxiliares y el supervisor/a de enfermería, en cambio los hombres muestran un mayor grado de comunicación con el colectivo médico

Con los datos expuestos anteriormente obtenemos la “foto” de nuestra muestra, es decir, el perfil de los profesionales y las diferencias que muestran entre ellos en función del género respecto a la satisfacción, clima laboral, liderazgo, nivel de tensión y comunicación.

El análisis inferencial en función de los centros de trabajo, es el que nos ha hecho corroborar nuestra hipótesis. El hospital A era el hospital que realizaba el triaje estructurado según el modelo MAT/SET realizado por los diplomados de enfermería en el servicio de urgencias.

En el análisis de satisfacción encontramos que los profesionales de este hospital son los más satisfechos respecto a la atención prestada a sus sugerencias por parte de la dirección lo que hace que valoren la relación con dirección muy positivamente. Se muestran satisfechos con la dotación y ratio de profesionales, correspondiendo con el volumen de trabajo y con relación del salario que perciben con su actividad profesional de la cual se sienten muy realizados.

Los profesionales del hospital A no tienen la sensación de que les falta tiempo para realizar su trabajo, piensan que el trabajo no es excesivo para que puedan realizar las tareas que les competen, a la vez que apuntan que con el triaje enfermero estructurado MAT/SET a la hora de trabajar tienen más oportunidades de aprender cosas nuevas, y son reconocidos por la dirección

del centro aquellos que realizan el triaje. El modelo MAT/SET, da mayor liderazgo a enfermería.

En relación con los diferentes tipo de profesionales (DUE, Administrativos, médicos) que realizan triaje, los profesionales más satisfechos, que perciben mejor clima laboral y que creen que su nivel de comunicación es mayor, son los diplomados de enfermería.

Concluimos afirmando que el Hospital A encontramos mayor nivel de satisfacción, un buen clima laboral, un mayor liderazgo de los profesionales, un mínimo nivel de tensión y una buena comunicación tanto horizontal como vertical. Realizando un triaje (MAT/SET) estructurado por enfermería, seguidos del Hospital B, donde se realiza un triaje administrativo; en tercer lugar encontramos el hospital C, donde se realiza triaje enfermero no estructurado, y acabando por el hospital D, donde realizan el triaje mayoritariamente personal médico.

## **IV. PROPUESTAS**



### **CAPÍTULO 8: PROPUESTAS**

#### **8.1.-Propuestas Líneas de Investigación**

- Sería interesante profundizar respecto a satisfacción, liderazgo, nivel de tensión, comunicación, mediante otras técnicas de investigación, entrevistas o grupos de discusión, con el objetivo de demostrar que existen diferencias significativas entre el triaje enfermero no estructurado que se realiza a base de algoritmos y el triaje enfermero estructurado (MAT/SET), en dicho estudio se podrían analizar que otras variables intervienen y como afectan a estos resultados.
- Impulsar una investigación sobre el triaje enfermero (MAT/SET) por turnos para valorar si hay diferencias significativas.
- Es importante también investigar como se gestiona el colapso en los servicios de urgencias con la MAT y si los tiempos de revaloraciones, utilizando el programa PAT (programa de ayuda al triaje), son los adecuados.
- Priorizaríamos estudiar si el triaje estructurado según la MAT/SET tiene los mismos resultados en los diferentes centros donde actualmente se está realizando.
- Es necesario también dirigir la línea de la investigación hacia la detección de como afecta la escasez de profesionales sanitarios en los servicios de UCIAS y en la gestión de los flujos.
- Sería interesante estudiar y conocer si en los servicios de urgencias existen protocolos actualizados, guías clínicas y algoritmos de actuación según los procesos agudos de los pacientes y evidentemente si son conocidos por todos los profesiones del servicio, de esta manera se

podría obtener una forma de desarrollar la actividad laboral más consensuada por el equipo multidisciplinar, elaborada e investigada... aportando mayor seguridad y coherencia en la actuación por parte de todos los profesionales. Creemos que esto repercutiría en las personas que desempeñan su actividad en los servicios de urgencias beneficiándolos, aumentando su satisfacción, mejor trabajo en equipo, mayor liderazgo y clima laboral a la vez que disminuyendo el nivel de tensión.

- Podríamos enfocar otra línea de investigación hacia valorar la importancia de la realización del triaje avanzado. Tras tener detectados una serie de procedimientos como; dolor torácico, cólico nefrítico, entorsis de tobillo, disnea,... que pautas de actuación deberíamos seguir para ofrecer un mayor cuidado al paciente (disminución de la ansiedad, del dolor, mejora de la clínica y pronóstico,...) y acelerar así su procedimiento en el servicio de urgencias pudiendo tener el médico una orientación diagnóstica más rápida para poder ofrecer al paciente el tratamiento más adecuado en un tiempo más rápido. Por ejemplo: si acude un paciente con dolor torácico, se realizará el triaje, pero a éste paciente otra enfermera realizará un electrocardiograma nada más acabar el triaje con el objetivo que lo valore un médico y decida si puede esperar a ser visitado en el tiempo que corresponde o presenta evidencias electrocardiográficas para pasar urgentemente a un box e iniciar el tratamiento pertinente. Este triaje avanzado y consensuado por el equipo multidisciplinar del servicio sería de mayor utilidad en las situaciones de colapso ya que es cuando existe mayor tiempo de demora en la atención.

### **8.2.-Propuestas de Innovación**

- Se ha evidenciado que uno de los puntos débiles de la mayoría de los hospitales estudiados, es que los profesionales no han recibido formación, excepto el hospital A. Se observa que esta formación ha sido muy



gratificante para los profesionales que desarrollan el triaje. Todos los centros deberían realizar una formación en triaje independientemente del tipo de triaje que tengan implantado. La investigación revela que todos los centros deberían optar por la gestión para el cambio e iniciar una gestión de los flujos mediante un triaje estructurado que proporciona un aumento de la satisfacción, una mejor comunicación y una potenciación del liderazgo de los profesionales que desempeñan su labor en las áreas de triaje y en los servicios de urgencias.

- Sería un gran estímulo para los profesionales que realizan el triaje, recibir algún tipo de incentivo para aumentar su satisfacción e implicación en su área de trabajo. Por ejemplo: días de formación, compensaciones económicas así mismo podría ser un elemento de motivación que estos profesionales pudieran recibir soporte económico para poder participar “presentando sus realizaciones en jornadas o congresos relacionados con sus áreas de trabajo”.

- Para favorecer que el nivel de tensión de los profesionales de UCIAS disminuya, sería necesario que las instituciones donde desempeñan su puesto de trabajo realizaran formación y talleres prácticos de terapias naturales donde el profesional pudiera encontrar un espacio para poder potenciar su energía positiva y establecer mejores vínculos profesionales con el resto de sus compañeros; así mismo sería importante el desarrollo de cursos sobre resolución de conflictos con el objetivo de resolver los problemas que surgen en la unidad.

- Propondríamos que los centros que realizan el triaje dispusieran de profesionales que desempeñan el triaje con una formación en urgencias especializada así como una experiencia laboral demostrable mínima de dos años y con conocimientos de los servicios de urgencias. Las substituciones de este perfil de profesionales se deberían hacer por aquellos suplentes que han recibido un reciclaje con la persona a la que van a sustituir, nunca ser abandonados delante de una situación conflictiva sin una experiencia

previa. Otra posibilidad para mejorar la formación, seguimiento y trabajo del personal de nueva incorporación debería de haber la figura del tutor, pudiendo ser ésta persona un profesional experto del propio servicio de urgencias. Ésta persona realizaría el acompañamiento de los profesionales nuevos, resolviéndoles dudas, situándolos en el servicio en cuanto a formas de trabajo, protocolos o guías que se utilizan,... siendo el enlace entre supervisión y el propio trabajador. Además aumentaríamos la satisfacción del profesional nuevo ya que se sentiría más acogido y su nivel de ansiedad disminuiría, conseguiríamos fidelizar más a los profesionales al mismo tiempo daríamos al profesional experto un reconocimiento por su trabajo. De esta forma podríamos transmitir también a los profesionales nuevos la misión, visión y valores de nuestra organización.

- Así también todo el personal debería recibir formación específica y conocimiento de todas las escalas de triaje que se desempeñan en diversos centros así como principalmente la que se desempeña en el suyo.

- Otra iniciativa que podríamos tener en cuenta sería trabajar conjuntamente con atención primaria para posibles protocolos de actuación de drenaje de pacientes en situaciones de colapso como durante la época de invierno. Podríamos derivar pacientes (tras realizar el triaje) con niveles IV-V de urgencia (por ejemplo; síndromes gripales, amigdalitis, problemas dermatológicos, infecciones de orina, administración de vacunas antitetánicas, odontalgias...) en situaciones de gran colapso en la que los pacientes pueden tener un tiempo mínimo de demora en la visita por un médico de 4- 5 horas como mínimo. Tras realizar el triaje e informar bien a los pacientes podríamos derivarlos al CAP más cercano dónde habría una consulta dedicada a este perfil de enfermo.

- Siguiendo en la misma línea de actuación anterior también podríamos disponer de algunas camas en centros socio sanitarios para aquellos pacientes que acuden a urgencias motivados por una consulta no urgente como; problema social, claudicación familiar,... Estos casos son,

desgraciadamente, cada vez más numerosos y suponen una sobrecarga en los servicios de urgencias, repercutiendo para el enfermo en forma de espera durante muchas horas en una camilla, a veces en un pasillo sin ninguna intimidad y sin la atención que merecen. Acentuándose estas situaciones en los turnos de noche y sobre todo en fines de semana ya que muchas veces no se les puede ingresar y se ha de esperar a la asistenta social.

- Para potenciar el trabajo en equipo se deberían realizar sesiones clínicas conjuntas sobre los pacientes entre médicos y enfermeras participando todos en el proceso del paciente y en la toma de decisiones. Aportaríamos un mejor clima laboral, mayor satisfacción y mejorar el nivel de comunicación entre estamentos.

- También podríamos valernos de nuestros profesionales más expertos para realizar docencia a los profesionales más nuevos, tanto médicos, cómo enfermeras sobre temas de relevancia que los propios profesionales identifiquen cómo interesantes o innovadores.

- Un tema a tener en cuenta serían los comités del servicio (comité de RCP, de actualización de protocolos, de triaje,...). Creemos que para aportar mayor satisfacción y liderazgo a todos los profesionales deberían estar formados por equipos multidisciplinares y que fuesen dinámicos en cuanto a las personas que los forman, es decir, que cada dos años hubiesen relevos de personal y pudieran participar otros profesionales los cuales no derivaran en equipos de trabajo inamovibles que se mantienen en el tiempo y que puede llegar un momento en que las personas que los componen no tengan nada más que aportar. Podríamos dar oportunidades a personas que aún no siendo tan expertas pueden tener visiones muy diferentes y aportar innovaciones muy interesantes.

- Para aumentar la satisfacción de los profesionales, tendrían que llegar las felicitaciones que recibimos de los usuarios sobre la atención recibida en el

servicio de UCIAS, que aunque son menores, por las características del servicio, también las hay.

- Otra línea de propuesta se decantaría hacia que nosotros creemos que no existe nadie mejor que los propios profesionales que trabajan en el servicio para decir que les gustaría, que no, que cambiarían,... Realizaríamos una encuesta para saber que les gusta que hacen y creen que funciona, que no les gusta cómo funciona y que harían ellos si pudiesen modificarlo. Sería cómo realizar un buzón de sugerencias e innovaciones. Podríamos escuchar a todos de esta forma y seguro que obtendríamos cosas muy interesantes.

-Queremos proponer también que la enfermería se decante de cara a la especialización de los sectores que desempeña, una diplomada en enfermería desde nuestro punto de vista no puede desarrollar dos actividades a la vez , como puede ser la de triaje y la asistencial, sugerimos que: o se realiza la actividad en triaje exclusivamente o tan solo se desempeña en asistencial. La otra propuesta dentro de este apartado es que todas los diplomados en enfermería que desempeñan su función en los servicios de urgencias decidan que el puesto de triaje sea rotatorio pero con la condición de que todos dispongan de un currículum profesional adecuado para desempeñar este puesto ya que así el contacto con el cliente-usuario de forma asistencial sigue existiendo para todos por un igual, evitando la pérdida de las habilidades prácticas que son importantes en casos de urgencia extrema.

- Nos gustaría también poder analizar el porque del enriquecimiento propio de las entidades hospitalarias privadas ya que una entidad dedicada al servicio del ciudadano velando por su salud y bienestar no debería centrarse en el ánimo de lucro ni en la reducción del personal, respecto las entidades públicas, intentando ofrecer los mismos estándares de calidad al menor coste posible significando la reducción de la plantilla hospitalaria a los mínimos o deficitarios ratios de asistencia ( diplomados en enfermería –

usuarios) provocando que los cuidados de enfermería sean deficitarios o carezcan de reflexión o un trasfondo profesionalmente enriquecedor para todas aquellas personas que lo desempeñan, de esta manera podríamos llegar a la línea de porque las entidades con una gestión privada o convenios sin financiación pública están sufriendo una gran fuga de profesionales competentes o quizá el porque no gratifican a su personal y prefieren invertir en infraestructuras para realizar un marketing y ofrecer una imagen aumentando el ánimo de lucro.

- Nos cuestionamos también porque después de tantos años a las personas de nueva incorporación se le siguen realizando contratos eventuales cuando se podría crear un pull de suplentes indefinidos que ofreciera una cobertura total del servicio, organizándolo primeramente con la recogida en días concretos de los días de libre disfrute del personal, intentando llegar a un acuerdo con el personal que disfruta de turno y plaza en las unidades, ofreciendo una jornada mensual de 120 horas aproximadamente e indefinidamente a todo este pull de suplentes, sin tener que recurrir al teléfono por parte de las coordinadores en caso de incidencia o a contratos eventuales por horas o por días.

- Otra de nuestras propuestas sería la implantación del PAT ( programa de ayuda al triaje en todos los centros superiores a un ratio de ocupación de 200 camas y dispongan de unas urgencias de enfermos agudos durante 24 horas al día, 365 días al año.

- Para aumentar la satisfacción de los profesionales, tendrían que llegar las felicitaciones de los responsables y de los usuarios cuando se evidencian buenas prácticas profesionales en los servicios de urgencias.

## V. BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, B. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. J. Adv. Nurs. 2000. Vol 32 (N3):563-543.
- AL-AMERI, A.S. "Job satisfaction, individual and organizational commitment for nurses". Saudi Med. J 2000. Vol.21 (N6): 531-535.
- ALLGOOD, C; O'ROURKE, K; VAN DERSLICE, J; HARDY M.A. Job satisfaction among nursing staff in a military health care facility. Mil. Med 2000. Vol.165 (N10):757-761.
- ÁLVAREZ BAZA, M.C. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarias: papel de la enfermera. Enfermería clínica, 2001; 11:230-6
- ARANGUREN, E, CAPEL, J.A, SOLANO, M, JEAN LOUIS, C, LARUMBE, J.C, ELEJALDE, J.I. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. Anales Sistema sanitario Navarra. Pamplona Mayo-Agosto .2005
- ARDILA, R. Psicología del trabajo, pasado presente y futuro. 2a edición. Chile. Editorial Universitaria. 1986.
- ARRIAGA PIÑEIRO, E., DE LA TORRE FERNÁNDEZ-TRUJILLO, J., ALBERDI CASTELL, R.M., ARTIGAS LELONG, B., MORENO PERALTA, J., GARCIA MENA, J.M., La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: un análisis de la experiencia andaluza. Enfermería Global. Noviembre del 2003. nº3.
- BRUSH, D.H; MOCH, M.K.; POOYAN, A. Individual demographic differences and job satisfaction. Journal of occupational Behaviour. 1987. Vol.8:139-155.
- CABELLO DOMÍNGUEZ, J.F, RUIZ YUSTE, C. Clasificación de pacientes en urgencias. Un instrumento para el control y la reflexión. Tempus Vitales, revista internacional para el cuidado del paciente crítico 2005; 5(1): 10-13.

- CASADELL FERRER,J, HEREU RIBOT,M.A, MIRALLES CORRALES,S. Accessibilitat com a element de satisfacció a l'àrea bàsica de salut de Santa Clara de Girona. Master en administració i gestió de cures d'infermeria. 1996/10. Pág. 46-48
- CHABOYER,W.;WILLIAMS,G;CORKILL,W.;CREAMER,J. Predictors of joib satisfaction in remote hospital nursing.Canadien Journal Nursing Leadersh, 2000. Vol.12 (N2):30-40.
- CORACHAN PÉREZ-BUFILL,C, MONTAÑA PEIRONCELY,M. L'absentisme a infermereia. Fets i tópics. Master en administració i gestió en cures d'infermeria. 1994/14. Pág. 8, 18-20.
- COURTNEY,M.; YACOPETTI,J; WALSH,A.; Queensland public sector nurse executives: job satisfaction and career opportunities. Australian Health Rev. 2001. Vol 24.(N2): 83-95.
- CROSE,P.S. Job charecterisitics related to job satisfaction in rehabilitation. Rehabil nurses. 2000. Vol. 24 (N3):95-.102.
- DAVIS,K. El comportamiento humano en el trabajo. Comportamiento organizacional. 8ª edición. México: Mc Graw-Hill, 1991
- DEE ANN GILLIES,R.N. Gestión de enfermería: Una aproximación a los sistemas. 2ª edición: Masson-Salvat, 1993. 171-172, 400-404.
- FERNÁNDEZ,B. Nivel de satisfacción de las enfermeras de los hospitales públicos y privados de la provincia de la concepción. Tesis Magíster. Universidad de la concepción, Chile 2002.
- FERNÁNDEZ RIOS,M. Diccionario de recursos humanos. Organización y dirección. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1999: 804.
- FLORES JIMÉNEZ, J. Estudio comparativo de la relación existente entre la satisfacción laboral, la turnicidad y el estrés laboral. Publicación institucional de ibermutuamur. Junio 2001

- GARCÍA GONZÁLEZ,R.F, GAGO FORNELLS,M, GARCÍA VILLALPANDO, A, RODRÍGUEZ PALMA,M, GAZTELU VALDÉS,V, GUERRERO ESPEJO, J. Visión de le enfermería de urgencias hospitalarias ante la herramienta de triade. Emergencias 2003; 15: 28-32.
- GARCÍA ZALDÍVAR, M.L, CARALPS MASRAMON, M. Enfermería polivalente o especialista en el área quirúrgica: Satisfacción Laboral y Calidad Asistencial. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la Fundación “La Caixa”. Barcelona, 2001: 121-125.
- GASULL PERPIÑÉ,R.Mª, VISO CANO,M,F. Los estilos de dirección en enfermería hospitalaria. Master en administració i gestió en cures d’infermeria. 1998/05. Pág. 54-63.
- GÓMEZ GIMÉNEZ,J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias 2006; 18(4): 156-164.
- GÓMEZ JIMÉNEZ,J., FERRANDO GARRIGÓS,J.B , VEGA GARCÍA,J.L, TOMÀS VECINA,S, ROQUETA EGEA,F, CANOVAS BORRÁS,M. MODELO ANDORRANO DE TRIAJE: Bases conceptuales y manual de formación. Principado de Andorra: Editorial Gómez Jiménez, J. Servei Andorrano de Atenció Sanitaria: 2004;1-272.
- GÓMEZ JIMÉNEZ,J, TORRES TRILLO,M, LÓPEZ PÉREZ,J, JIMÉNEZ MURILLO,L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
- GOMEZ JIMÉNEZ,J, FAURA,J, BURGUES,L, PÀMIES,S. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). Gestión Hospitalaria 2004; 15(1):3-12
- GOMEZ JIMÉNEZ,J, SEGARRA RAMÓN,X, PRAT MARGARIT, J, FERNANADO GARRIGÓS,J.B, ALBERT CORTÉS,E, BORRÁS FERRÉ,M. Concordancia, validez y utilidad



del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del modelo andorrano de triaje (MAT). *Emergencias* 2003; 15(7): 339-344.

- GÓMEZ GIMÉNEZ, J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15:165-174.
- GÓMEZ GIMÉNEZ, J. Gestión de la calidad de los servicios de urgencias. Garantizado la seguridad y la eficiencia mediante el Sistema Español de Triaje (SET). 1ª Edición curso formación on-line. *Diario Médico* 2005.
- GOTTLIEB, B.H.; KELLOWAY, E.K ; MARTIN-MATTHEWS, A. Predictors of work-family conflict, stress and job satisfaction among nurses. *Can. J. Nurs. res.*, 1996. Vol. 8 (N2): 99-117.
- GRANERO LÁZARO, A, PLANAS AULET, N. Satisfacció laboral de la enfermería en la UCI: estudio multicéntrico en la provincia de Barcelona. *Master en administració i gestió en cures d'infermeria*. 1996/4. Pág. 190.
- HERZBERG, F, MAUSNER, B, SNYDERMAN, B. *The motivation to work*. New York. Wiley ed. 1959
- HOPPOCK, R. *Job satisfaction*. New York. Harper ed. 1935
- KAST, F.E, ROSENZWEIG, J.E. *Administración de las organizaciones: Enfoque de sistemas contingente*. 2ª edición. México: Mc Graw-Hill, 1987.
- KOTTER, J. *El factor liderazgo*. 1ª Edición. Madrid: Editorial Díaz de santos, 1989.
- KRON, T. *Liderazgo y administración en enfermería*. 8ª Edición. México: Interamericana, 1984.
- LA MÓNICA ELAINE, L. *Dirección y administración en enfermería*. Madrid. Mosby-Doyma. 1994. Pág. 186-188.
- LANCERO, A.W.; GERBER, R.M. Comparins work satisfaction in two case management models. *Nurs. Manage*. 1995. Vol. 26 (N11): 45-48.

- LARREY,D.J., HOUILLIER,H.F.,BOURGEOIS,H., CRISTAU,P. & BAYLER,H. L'hommage des invalides. 1st. Ed. Direction centrale du service de sante des armies. 1792.
- LARREY, D.J., RIGNAULT,D., WHERRY,D., Lessons from de past worth remembering: Larrey and triage. 1799.
- LAZZATI,S. Anatomía de la organización. Buenos Aires: Editorial Macchi, 1997.
- LOCKE E.A. The nature and causes of job satisfaction in dunnette. Handbook industrial and organizational psicology. Chicago. Rand Mcnally college ed. 1976
- LÓPEZ CABALLERO,A. Cómo dirigir grupos con eficacia. Edición. Madrid: Editorial CCS, 1997.
- LYNCH DUDLEY,P, KORDIN,L. Estrategia del delfín para salir ganador en un mundo caótico. Bilbao: Editorial Deusto, 1997.
- LLORENTE ÁLVAREZ,S, PUENTE GARCÍA,F.J, ALONSO FERNÁNDEZ,M, ARCOS GONÁLEZ,P.I. Aplicaciones de la simulación en la gestión de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 2001; 13(9):90-96.
- LLOYD,L, BYARS, LESLIE, W, RUE. Gestión de los recursos humanos. En: El sistema de retribuciones de una organización. Madrid: Editorial McGraw-Hill, Interamericana de España, S.A.U. Irwin, 1997: 338.
- MASLOW,A.H. Motivation and personality. 2ed.New York United States. Harper and Row. 1970.
- MARRINER-TOMEY,A. Administración y liderazgo en enfermería. 5ª Edic. Madrid. Mosby. 1996.
- MENGUZZATO,M, RENAU,J.J. L a dirección estratégica de la empresa; un enfoque innovador del management. Barcelona, Ariel economía. 1ª reimpresión de la 1ª edición, 1992. Pág. 329-330
- MORA REBERTÉ,A, PUJOL, ENJUANES,N. Integración del Modelo conceptual de Virginia Henderson y del P.A.E sus influencias en la satisfacción personal. Escuela Universitaria de

enfermería santa Madrona de la Fundación “La Caixa”. Barcelona. 1998.

- MÜLLER, M.; SEIDI, N. Advanced and continuing education is an important indicator of professional satisfaction in nursing. *Pflege*, 2000, Vol.13 (N6):381-8.
- NAKAYAMA, Y.; AOYAMA, T.; KATAHIRA, Y. A.; Descriptive study on relationship between nurses perception of their work and job satisfaction/retention. *Seiroka Kango Daigaku Kiyu*. 1997 .Vol23:1-14.
- PARAVIC, T.; Satisfacción laboral de la mujer académica de la universidad de la concepción Chile .Tesis doctorado, Ribeirao Preto, Brasil.1998
- PARAVIC, T.; Satisfacción laboral de las mujeres académicas de la universidad en Chile. *Ciencia y enfermería, revista interamericana de investigación*. Vol.6 (N1). 2000.
- PARRILLA RUIZ, F.M, CÁRDENAS CRUZ, D.P, VARGAS ORTEGA, D.A, DÍAZ CASTELLANOS, M.A. Triage en urgencias: facultativo versus enfermería. *Emergencias*, 2003;15:148-151
- PERA, I. El triaje en el servicio de urgencias. *Colegio oficial de enfermería de Barcelona*, num.26 Enero-Marzo, 2001.
- RICE, R.W.; FRONE, M.R.; McFARLIN, D.B. Work-nonwork conflict and the perceived quality of life. *Journal of organizational Behavior*. 1991 Vol.13:155-168.
- RODRIGUEZ PORRAS, J.M. Factor Humano en la empresa. Bilbao: Deusto, 1990.
- ROJAS OCAÑA, M.J, RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, J.B. Área de triaje. Utilidad y eficacia de un protocolo, *Revista de enfermería*, 2000
- SAVELLA PARRA, L.H., PARAVIC, T., Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU). *Ciencia y enfermería*, Dic 2002; V.8 nº2.
- SCHEIN EDGAR, H. La cultura organizacional y el liderazgo. 3ª Edición. Michigan: Joseph Bass Publishers, 1992.

- SMITH, P.C.;KENDAL,L.M.;HULIN,C.L.; The measurement of satisfaction in work and reiteration. Rand McNally ed. 1969. Chicago. United States.
- SMITH PETER,B, MARK,F, PETERSON. Liderazgo, organizaciones y cultura. Madrid: pirámide, 1990
- VICH I ESCUÉ,T,M. Satisfacció del personal assistencial d´ enfermería en vers el seu torn de treball. Master en administració i gestió en cures d´infermeria.1995/5. Pág. 14-17, 36
- VILA GIMENO,C. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarias: papel de la enfermera. Enfermería clínica, 2002; 12:86-7
- VILLANUEVA,AB. Urgencias mejor organizadas. El País, 1/6/2004; 1-5.
- VOYDANOFF,P. Sociology and social research. Universidad de California. 1978.
- WESTAWAY,M.S.;WESSIE,G.M.;VILJOEN,E.;BOOYSEN, U.;WOLMARANS,L. Job satisfaction and self-esteem of south african nurses. Curationis 1996.Vol.19(N3):17-20.
- YAMASHITA,M.;Job satisfaction in japanese nurses.J.adv.Nurs. 1995. Vol.22 (N1):158-164.
- ZEITZ,G. Age and work satisfaction in a government agency: Asituational perspectiva. Human relations 1990. Vol 43:419-438.
- ZUÑIGA,Y. Nivel de satisfacción laboral de las enfermeras de consultorios urbanos y rurales de las comunas de la provincia de la concepción. Avance Tesis magíster. Universidad de Concepción. Chile. 2002.
- <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext>
- <http://www.acem.org> (Guidlines for implementation).
- <http://www.ahrq.gov/reseach/esi/>
- <http://www.ahrq.gov/research/esi/esi1.htm>

- <http://www.caep.ca> Pautas de la respuesta en la práctica para el EDCanadiense Triage y la escala de acuidad (CTAS).
- <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol28/n2/orig1a.html>
- <http://www.col.legidemetges.ad/sum/triatge.html> (Acceso gracias a la colaboración de compañeros médicos).
- <http://www.col.legidemetges.ad/sum/analisisimplantacion.pdf>
- <http://www.coib.org>
- [http://www.cuise.gob.ni/enfermeria/doc\\_inter/RAC02.pdf](http://www.cuise.gob.ni/enfermeria/doc_inter/RAC02.pdf)
- <http://www.diariomedico.com>
- <http://www.enfermeria21.com/Revistas/articulosdetalle>
- <http://www.fba-consulting.com/manchester.html>
- <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/satlab.htm>
- <http://www.gencat.es/cat>
- <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>
- [http://www.mtas.es//estadisticas/ECVT/ECVT2003/ANE/intr\\_o1.htm](http://www.mtas.es//estadisticas/ECVT/ECVT2003/ANE/intr_o1.htm)
- <http://www.saem.org/meetings/03handouts/eitel.pdf>
- <http://www.semes.org>
- [http://www.semes.org/revista/vol18\\_4/3.pdf](http://www.semes.org/revista/vol18_4/3.pdf)
- <http://www.semes.org/SET/index.htm>
- <http://www.seup.org/seuc/html/becas/pdf/IVBecaCasenFleet.pdf>
- <http://www.Trauma.org/history/laney.html>
- <http://www.um.es/eglobal/6/pdf/06b01.pdf> Escala MTS.
- <http://www.uned.es>

## **VI. AGRADECIMIENTOS**

El liderazgo, y la persona que lo ejerce, el líder, han sido y son objeto de innumerables trabajos en los que han ido estableciendo diversos conceptos acerca de lo que significa y acerca de los diferentes estilos de liderazgo existentes.

Ya han pasado dos años, desde que decidiéramos empezar el Máster de Administración y Gestión de cuidados de enfermería. Donde cada una de nosotras empezábamos un proyecto en nuestras vidas con unas expectativas y unas aspiraciones diferentes, pero un objetivo común: llegar a ser unas buenas gestoras.

Este proyecto que bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación, no hubiera sido posible sin la cooperación de todos y cada uno de las personas que nos han brindado toda su ayuda en momentos de angustia y desesperación. .... Especialmente de nuestras familias, por haber compartido todo ese tiempo que llevaba su nombre.

También un sincero agradecimiento a Montserrat Teixidor como directora de la Escuela Universitaria de Santa Madrona, a José Tejada y Esteban Pont, por su disposición y ayuda, porque es a ellos a quien debemos la realización de un Máster con tanto prestigio para el mundo de la empresa y validado por una trayectoria de 18 ediciones.

Así también, a todo el personal de la escuela como secretaría, dirección, biblioteca, limpieza, ya que dentro de los ámbitos que a cada uno le competen, siempre han colaborado sin ponernos ningún impedimento, al contrario siempre con una sonrisa. Gracias.

Gracias también a todos los exalumnos de la escuela Santa Madrona porque sus investigaciones nos han sido de gran valor, ya que nos han guiado a lo largo de todo nuestro proyecto. Gracias.

No podemos dejar de mencionar y dar las gracias a todos aquellos profesionales a los cuales hemos robado un periodo de su jornada laboral para colaborar con nosotras y evidentemente a todas las directoras/es y coordinadoras/es de los centros colaboradores con este proyecto.

Gracias BSA. Hospital Municipal de Badalona, Gracias Clínica Delfos, Gracias H. Mataró y Gracias H. Clínic.

Y como no, no mencionar a todos los compañeros de la 18ª edición, por los buenos y malos momentos, porque todos han merecido la pena. ¡¡Gracias por los ánimos compañeros!!

Y por último el agradecimiento a cada una de nosotras, porque sin el esfuerzo personal de cada una, este proyecto no hubiera llegado a su fin. Felicidades chicas, lo hemos conseguido, solo esperamos que este sea el inicio de otras muchas más investigaciones, eso sí, como gestoras.

## **VII.- APENDICE ( ANEXOS )**



### **ANEXO 1**

#### **Escalas y sistemas de triaje**



## Escalas y sistemas de triaje

### CATEGORIES SINTOMÀTIQUES MAT/SET.

Núm	CATEGORIA SINTOMÀTICA
1	Inflamació - febre
2	Immunodepressió
3	Diabètic
4	Adult amb malestar general
5	Alteració psiquiàtrica
6	Alteració de la consciència - estat mental
7	Focalitat neurològica
8	Síntomes auditius
9	Cefalea i/o cervicàlgia
10	Convulsions
11	Inestabilitat
12	Lipotímia-síncope
13	Síntomes oculars
14	Dolor toràcic
15	Dispnea
16	Hipertensió arterial
17	Aturada respiratòria o càrdio-respiratòria i/o xoc
18	Problemes d'extremitats
19	Infecció-alteració rino-laringològica
20	Problemes abdominals i digestius, inclosa l'hemorràgia digestiva
21	Síntomes urològics
22	Síntomes ginecològics i obstètrics
23	Al·lèrgia-reaccions cutànies

PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias

24	Dolor
25	Hemorràgia
26	Lesions i traumatismes
27	Intoxicació
28	Cremat-escaldat
29	Agressió-negligència
30	Abús sexual
31	Categories específiques
32	Pediàtriques

EJEMPLOS: Categoría sintomática– Motivos de Consulta – Codificación.

<b>CATEGORIES SIMPTOMÀTIQUES MOTIUS CLÍNICS DE CONSULTA</b>	<b>CIE- 9-MC</b>
<b>1. INFLAMACIÓ-FEBRE</b>	
CONGESTIÓ AL PIT AMB FEBRE	486
CONGESTIÓ AL PIT SENSE FEBRE	491.0
DIARREA AMB VÒMITS SENSE FEBRE	535.5
DIARREA AMB VÒMITS I FEBRE	009.2
DIARREA SENSE VÒMITS NI FEBRE	564.5
DIARREA I FEBRE SENSE VÒMITS	009.0
DOLOR OSTEO-ARTICULAR ESPONTANI LOCALITZAT AMB FEBRE	730.9
EXANTEMA I FEBRE	782.1
FEBRE AMB CALFREDS I ESGARRIFANCES	780.6
FEBRE SENSE FOCALITAT	780.6

EJEMPLO: Codificaciones de motivos de consulta

SÍMPTOMA	CIE-9-MC	DIAGNÒSTIC
CONGESTIÓ AL PIT AMB FEBRE	486	PNEUMÒNIA, ORGANISME CAUSAL NO ESPECIFICAT
CONGESTIÓ AL PIT SENSE FEBRE	491.0	BRONQUITIS CRÒNICA SIMPLE
DIARREA AMB VÒMITS SENSE FEBRE	535.5	GASTRITIS I GASTRODUODENITIS SENSE ESPECIFICACION
DIARREA AMB VÒMITS I FEBRE	009.2	DIARREA INFECCIOSA
DIARREA SENSE VÒMITS NI FEBRE	564.5	DIARREA FUNCIONAL
DIARREA I FEBRE SENSE VÒMITS	009.0	COLITIS, ENTERITIS I GASTROENTERITIS INFECCIOSES
DOLOR OSTEO-ARTICULAR ESPONTANI LOCALITZAT AMB FEBRE	730.9	INFECCIÓ ÒSSIA, SENSE ESPECIFICACIÓ
EXANTEMA I FEBRE	782.1	EXANTEMA I ALTRA ERUPCIO CUTANIA NO ESPECIFICADA
FEBRE AMB CALFREDS I ESGARRIFANCES	780.6	PIREXIA D'ORIGEN DESCONEGUT
FEBRE SENSE FOCALITAT	780.6	PIREXIA D'ORIGEN CONEGUT
CONGESTIÓ AL PIT AMB FEBRE	J18.8	ALTRES PNEUMÒNIES, DE MICROORGANISME NO ESPECIFICAT
CONGESTIÓ AL PIT SENSE FEBRE	J41.0	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

DIARREA AMB VÒMITS SENSE FEBRE	K29.9	GASTRODUODENITIS, NO ESPECIFICADA
DIARREA AMB VÒMITS I FEBRE	A09	DIARREA I GASTROENTERITIS DE PRESUMPTA ORIGEN INFECCIÓS
DIARREA SENSE VÒMITS NI FEBRE	K59.1	DIARREA FUNCIONAL
DIARREA I FEBRE SENSE VÒMITS	A09	DIARREA I GASTROENTERITIS DE PRESUMPTA ORIGEN INFECCIÓS
DOLOR OSTEO-ARTICULAR ESPONTANI LOCALITZAT AMB FEBRE	M86.9	OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA
EXANTEMA I FEBRE	R21	BORRADURA I ALTRES ERUPCIONES CUTÀNIES NO ESPECIFICADAS
FEBRE AMB CALFREDS I ESGARRIFANCES	R50.0	FEBRE AMB CALDREDS
FEBRE SENSE FOCALITAT	R50.9	FEBRE, NO ESPECIFICADA

**ESCALA DE AUSTRALASIAN TRIAGE: DESCRIPTORES PARA LAS CATEGORÍAS**

S AT Cat egory	Respue sta	Descripción de la categoría	Descriptor es clínicos (indicativo solamente)
Categoría 1	Inmediato o simultáneo o grave y tratamiento	<b>Inmediatamente peligroso para la vida</b> Condiciones que son amenazas a la vida (o al riesgo inminente de la deterioración) y requieren la intervención agresiva inmediata.	Fallo cardíaco Detención respiratoria Riesgo inmediato a la vía aérea - detención inminente Tarifa respiratoria <10/min Señal de socorro respiratoria extrema BP < 80 (adulto) o niño/infante seriamente dados una sacudida eléctrica Insensible o responde al dolor (GCS < 9) Asimientamiento en curso/prolongado Sobredosis IV e insensible o hipoventilación Desorden del comportamiento severo con amenaza inmediata de la violencia peligrosa

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

<p>Categ oría 2</p>	<p>Gravame n y tratamiento en el plazo de 10 minutos  (gravam en y tratamiento a menudo simultáneos)</p>	<p><b>Inminente peligroso para la vida</b>  La condición del paciente es bastante seria o deteriorando tan rápidamente que hay el potencial de la amenaza a la vida, o fallo del sistema del órgano, si no tratado en el plazo de diez minutos de la llegada</p> <p><b>Tratamiento tiempo-crítico importante</b>  El potencial para el tratamiento tiempo-crítico (e.j. trombosis, antídoto) de hacer un efecto significativo en resultado clínico depende del tratamiento que comienza dentro de algunos minutos de la llegada del paciente en el ED</p> <p>Dolor muy severo</p> <p>La práctica humana asigna la relevación por mandato del dolor o de la señal de socorro muy severo en el plazo de 10 minutos</p>	<p>Riesgo de la vía aérea - stridor severo o el drooling con señal de socorro Señal de socorro respiratoria severa Compromiso circulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piel húmeda o abigarrada, perfusión pobre</li> <li>• HR&lt;50 o &gt;150 (adulto)</li> <li>• Hipotensión con efectos hemodinamicos</li> <li>• Pérdida severa de la sangre Dolor de pecho de la probable naturaleza cardiaca Dolor muy severo - cualesquiera causan</li> </ul> <p>BSL &lt; 2 mmol/l La sensibilidad soñolienta, disminuida cualquiera causa (GCS&lt; 13) Hemiparesias/dysphasia agudos Fiebre con las muestras del letargo (cualquier edad) Chapoteo del ácido o del álcali para leve - requerir la irrigación Del comandante trauma multi (que requiere respuesta organizada rápida del equipo) Trauma localizado severo - fractura importante, amputación Historia de riesgo elevado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El sedativo significativo o la otra ingestión tóxica</li> <li>• Envenomation significativo/peligroso</li> <li>• Dolor severo que sugiere el PE, el AAA o el embarazo ectópico Del comportamiento/psiquiátrico:</li> <li>• violento o agresivo</li> <li>• amenaza inmediata para el uno mismo u otros</li> <li>• requiere o ha requerido el alojamiento</li> <li>• agitación o agresión severa</li> </ul>
<p>Categ oría 3</p>	<p>Comienz o del gravamen y del tratamiento en el plazo de 30 minutos</p>	<p><b>Potencialment e peligroso para la vida</b>  La condición del paciente puede progresar a la vida o al miembro que amenaza, o puede conducir a la morbosidad significativa, si el gravamen y el</p>	<p>Hipertensión severa Pérdida moderado severa de la sangre - cualesquiera causan Shortness moderado de la respiración SAO2 90 - el 95% Mmol/l de BSL &gt;16 Asimiento (ahora alarma) Cualquier fiebre si inmunodeprimido ej. paciente de la oncología, Rx esteroide</p>

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

		<p>tratamiento no se comienzan en el plazo de treinta minutos de la llegada</p> <p><b>Urgencia circunstancial</b></p> <p>Hay potencial para el resultado adverso si el tratamiento tiempo-crítico no se comienza en el plazo de treinta minutos</p> <p>La práctica humana asigna la relevación por mandato del malestar o de la señal de socorro severo en el plazo de treinta minutos</p>	<p>El vomitar persistente</p> <p>Deshidratación</p> <p>La lesión en la cabeza con el LOC-corto ahora alerta</p> <p>Dolor moderado severo - cualquiera causar - requerir analgesia</p> <p>Dolor de pecho probablemente no-cardíaco y severidad de la MOD</p> <p>Dolor abdominal sin las características de riesgo elevado - años severos o pacientes de la MOD de la edad &gt;65</p> <p>Lesión moderada del miembro - deformidad, laceración severa, agolpamiento</p> <p>Miembro - sensación alterada, pulso agudo ausente</p> <p>Trauma - historia de riesgo elevado sin otras características de riesgo elevado</p> <p>Recién nacido estable</p> <p>Niño a riesgo</p> <p>Del comportamiento/psiquiátrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• muy apenado, riesgo del uno mismo-daño</li> <li>• agudo psicópata o pensado desordenado</li> <li>• crisis circunstancial, daño deliberado del uno mismo</li> <li>• agitado/retirado potencialmente agresivo</li> </ul>
<p>Categoría 4</p>	<p><b>Comienzo del gravamen y del tratamiento en el plazo de 60 minutos</b></p>	<p><b>Potencialmente serio</b></p> <p>La condición del paciente puede deteriorar, o el resultado adverso puede resultar, si el gravamen y el tratamiento no se comienza en el plazo de una hora de la llegada en el ED. Los síntomas moderan o prolongaron.</p> <p><b>Urgencia circunstancial</b></p> <p>Hay potencial para el resultado adverso si el tratamiento tiempo-crítico no se comienza dentro de hora</p> <p><b>Complejidad o severidad significativa</b></p>	<p>Hemorragia suave</p> <p>Aspiración extranjera del cuerpo, ninguna señal de socorro respiratoria</p> <p>Lesión del pecho sin dolor de la costilla o señal de socorro respiratoria</p> <p>Dificultad que traga, ninguna señal de socorro respiratoria</p> <p>Lesión en la cabeza de menor importancia, ninguna pérdida de sentido</p> <p>Dolor moderado, algunas características del riesgo</p> <p>El vomitar o diarrea sin la deshidratación</p> <p>Leve inflamación o el cuerpo extraño - visión normal</p> <p>Trauma de menor importancia del miembro - tobillo torcido, fractura posible, laceración sencilla que requiere la investigación o la intervención - muestras vitales normales, punto bajo/dolor moderado</p> <p>Molde apretado, ningún compromiso neurovascular</p> <p>Empalme "caliente" hinchado</p>

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

		<p>Para requerir probablemente complejo gerencia trabajar-para arriba y de la consulta y/o el hospitalizado</p> <p>La práctica humana asigna la relevación por mandato del malestar o de la señal de socorro en el plazo de una hora</p>	<p>Dolor abdominal no específico</p> <p>Del comportamiento/psiquiátrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• problema de salud mental</li> </ul> <p>Semi-urgente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo la observación y/o ningún riesgo inmediato al uno mismo o a otros</li> </ul>
<p>Categoría 5</p>	<p>Comienzo del gravamen y del tratamiento en el plazo de 120 minutos</p>	<p><b>Menos urgente</b></p> <p>La condición del paciente es crónica o el menor de edad bastante que los síntomas o el resultado clínico no serán afectados perceptiblemente si el gravamen y el tratamiento se retrasan hasta dos horas de la llegada</p> <p><b>problemas Clínico-administrativos</b></p> <p>los resultados repasan, los certificados médicos, prescripciones solamente</p>	<p>Dolor mínimo sin características de riesgo elevado</p> <p>Historia poco arriesgada y ahora asintomático</p> <p>Síntomas de menor importancia de la enfermedad estable existente</p> <p>Síntomas de menor importancia de condiciones poco arriesgadas</p> <p>Heridas de menor importancia - abrasiones pequeñas, laceraciones de menor importancia (que no requieren suturas)</p> <p>Visita posterior programar ej. revisión de la herida, preparaciones complejas</p> <p>Inmunización solamente</p> <p>Del comportamiento/psiquiátrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente conocido con síntomas crónicos</li> <li>• Crisis social, clínico</li> </ul> <p>paciente bien</p>





## **ANEXO 2**

### **Caso Práctico**

## CASO PRÁCTICO

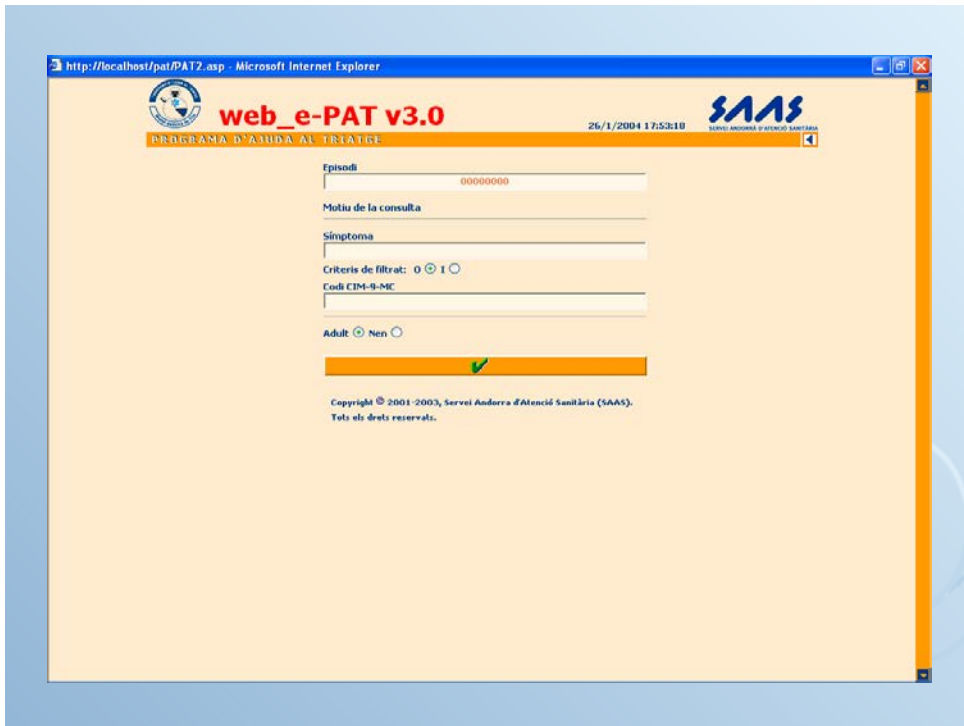
Niña de 10 años, que es traída al servicio de urgencias después de sufrir traumatismo en el tobillo jugando a basquet. Presenta importante deformidad del tobillo izquierdo con angulación de 45°.

Signos vitales:

- Paciente ligeramente agitada
- Sudada y con palidez cutánea atribuible al dolor.
- Pulso pleno.

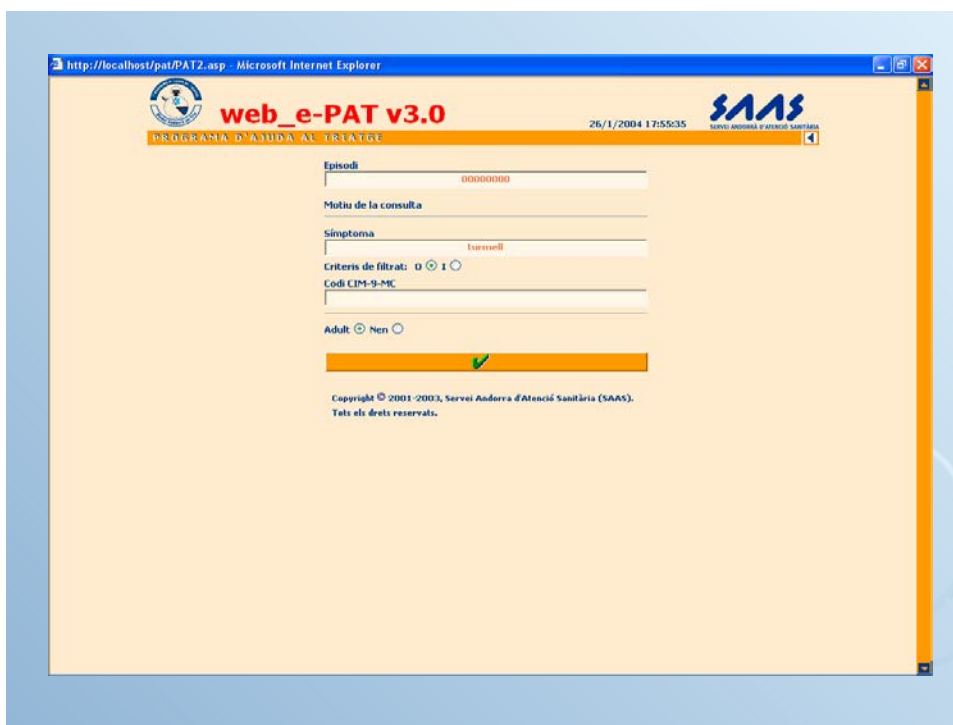
Dolor muy intenso EVA: (8/10).

Iniciamos el triaje en la sala de acogida tras dar los datos del paciente en admisiones en cinco minutos se realiza el triaje mediante el programa informático PAT según el modelo MAT. Nos dará una vez finalizado el nivel de urgencia del paciente y según nuestros algoritmos y protocolos pasará a una sala de espera u otra o bien a boxes directamente. Resolución: Como veremos al final de la diapositiva el nivel que se otorgara será de II nivel de urgencia por lo tanto pasará directamente a un box de COT. Ejemplo:

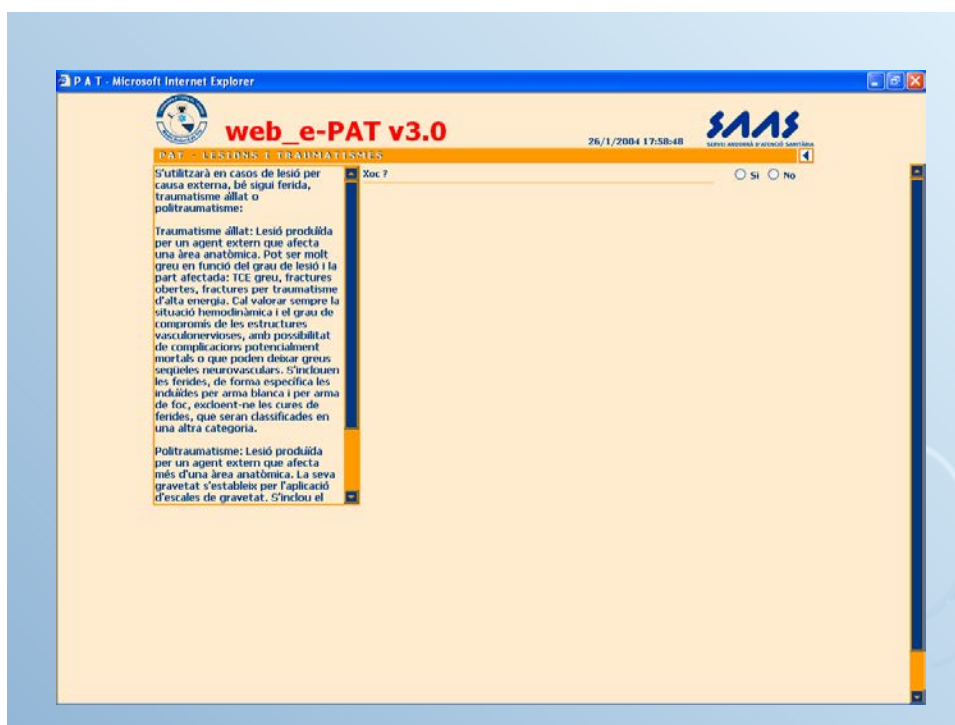


The screenshot shows a web browser window displaying the 'web\_e-PAT v3.0' interface. The page title is 'PROGRAMA D'AJUDA AL TRIATGE'. The interface includes several input fields: 'Episodi' (00000000), 'Motiu de la consulta', 'Síntoma', 'Criteris de filtrat: 0 1', 'Codi CIM-9-MC', and 'Adult' (Nen). A green checkmark is visible below the 'Adult' field. The footer contains copyright information: 'Copyright © 2001-2003, Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS). Tots els drets reservats.'

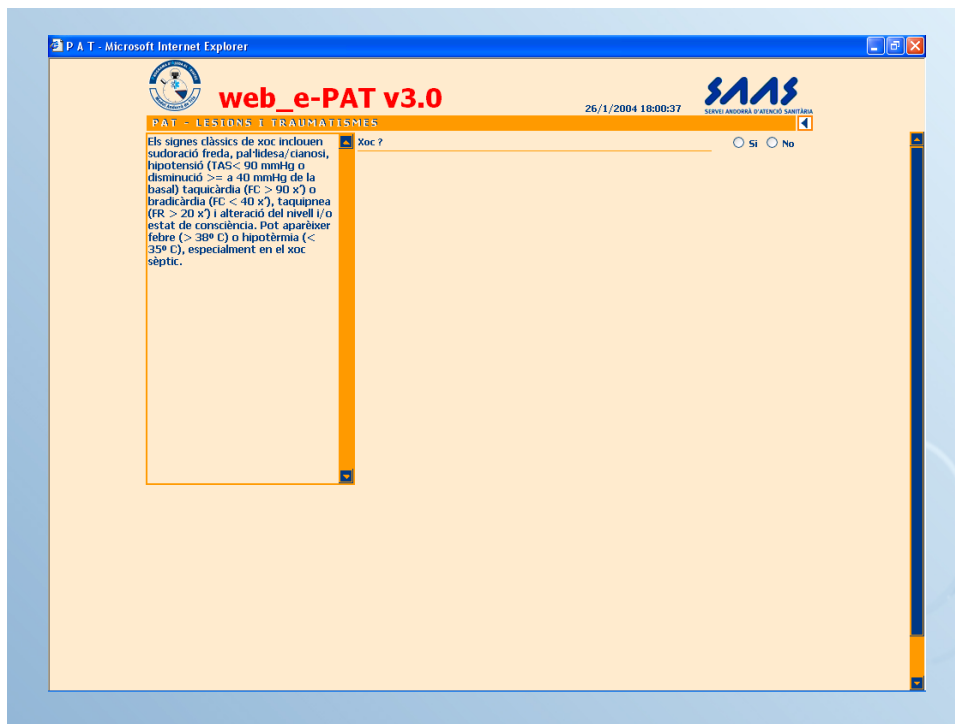
**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



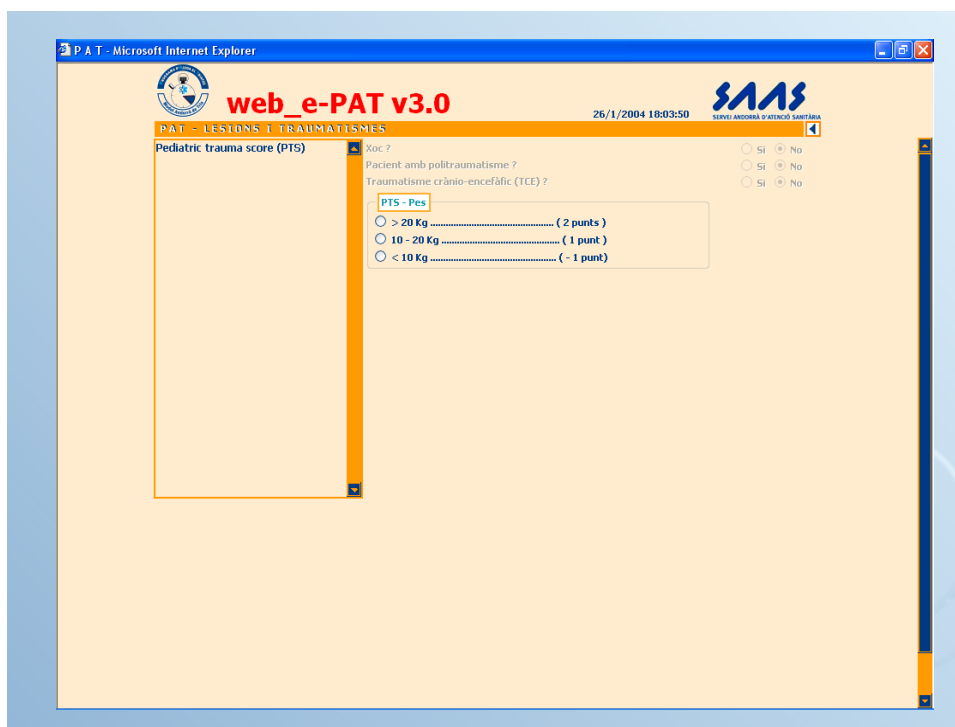
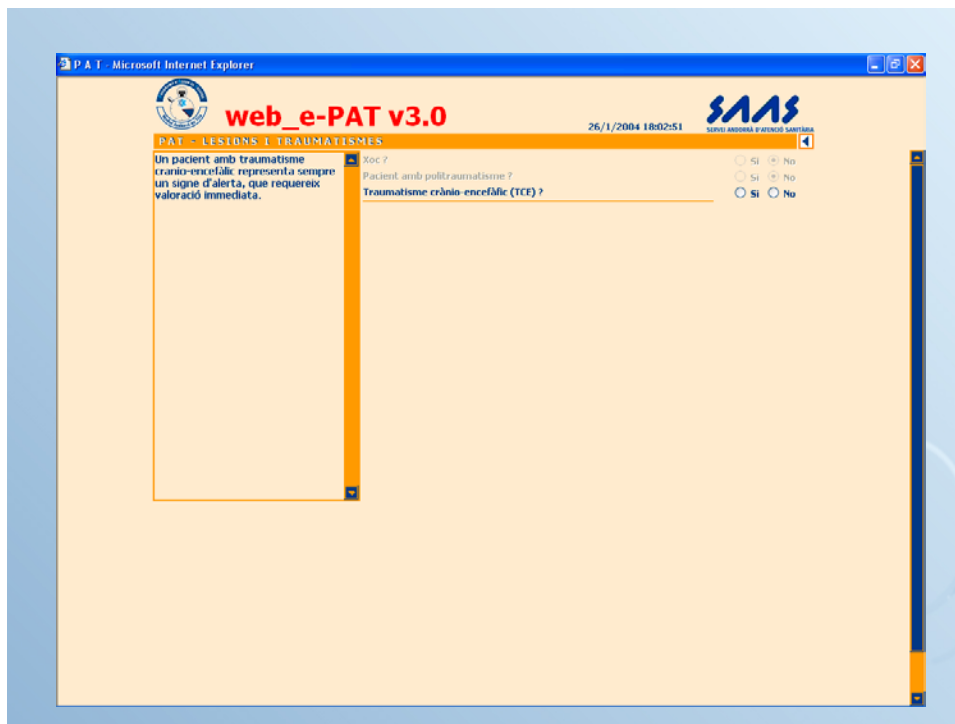
PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias



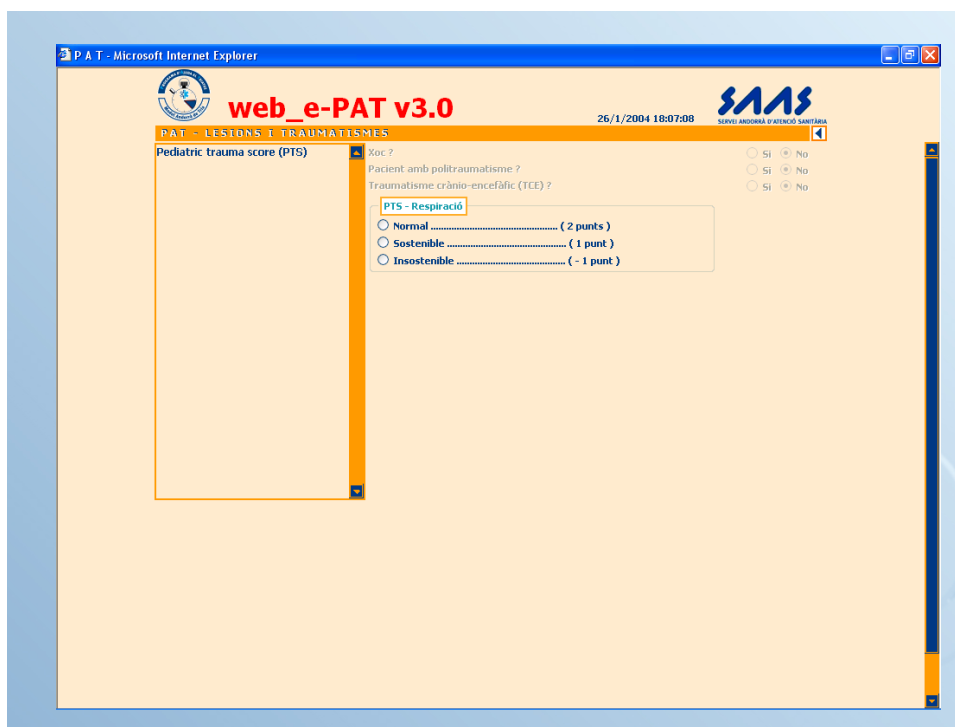
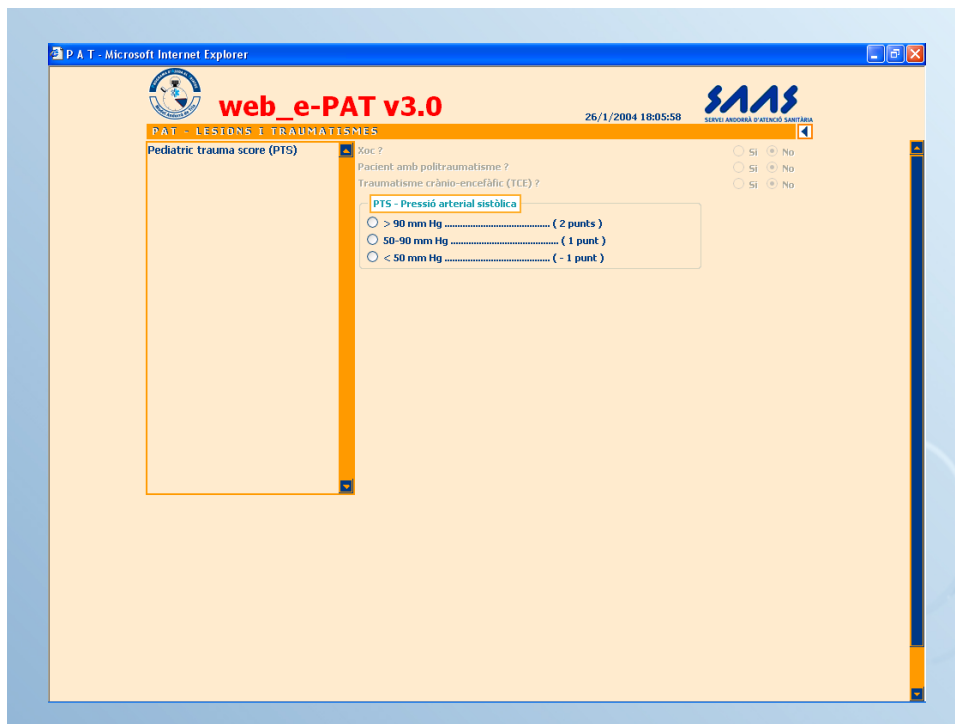
**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



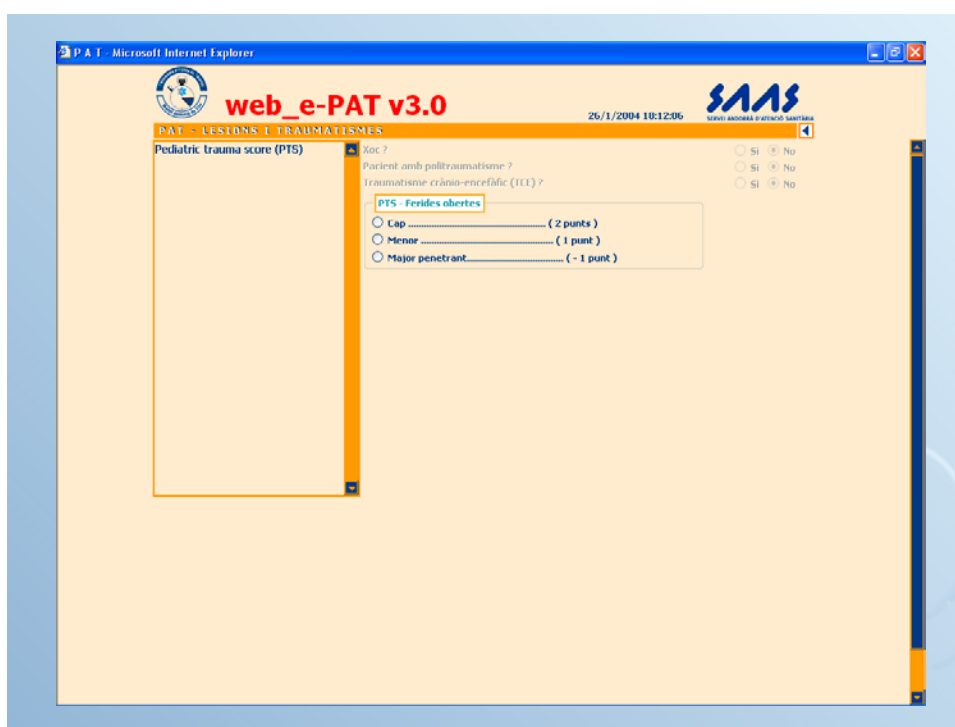
**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

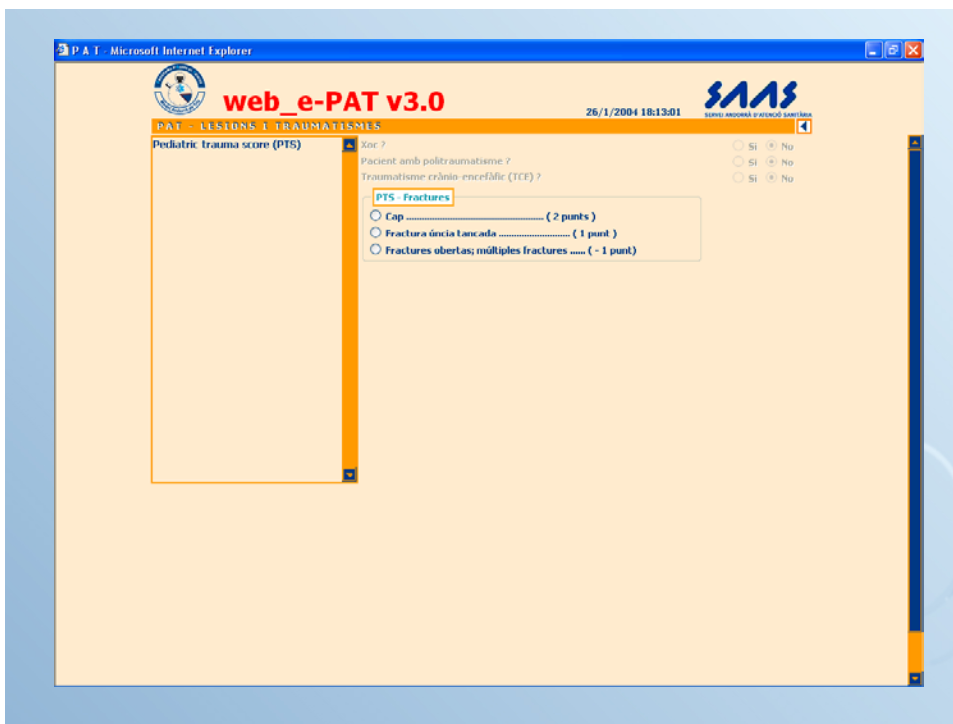


**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

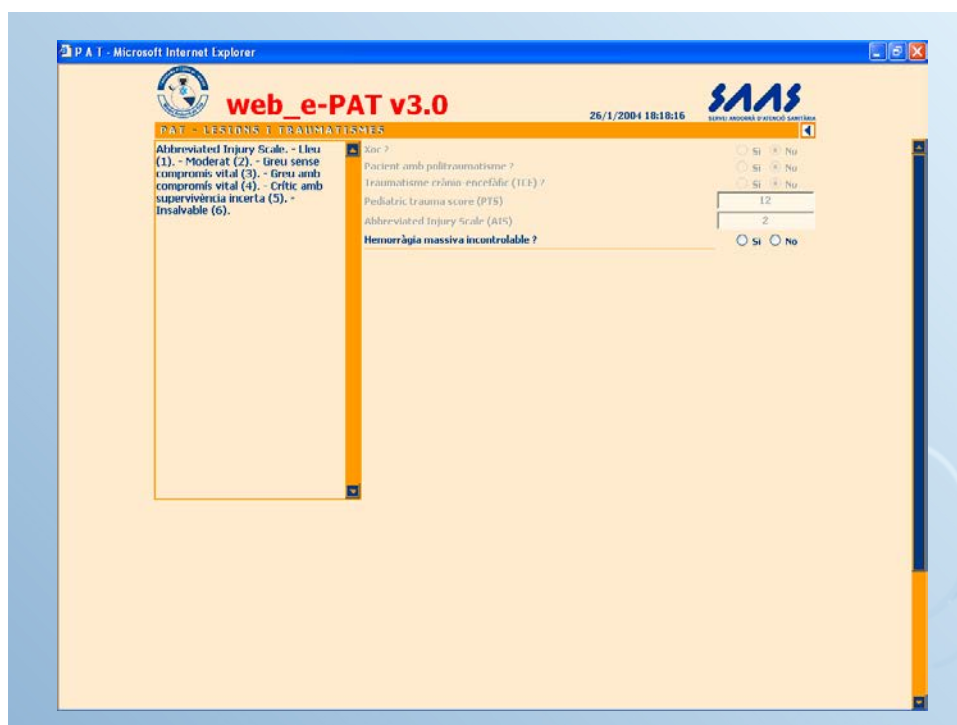
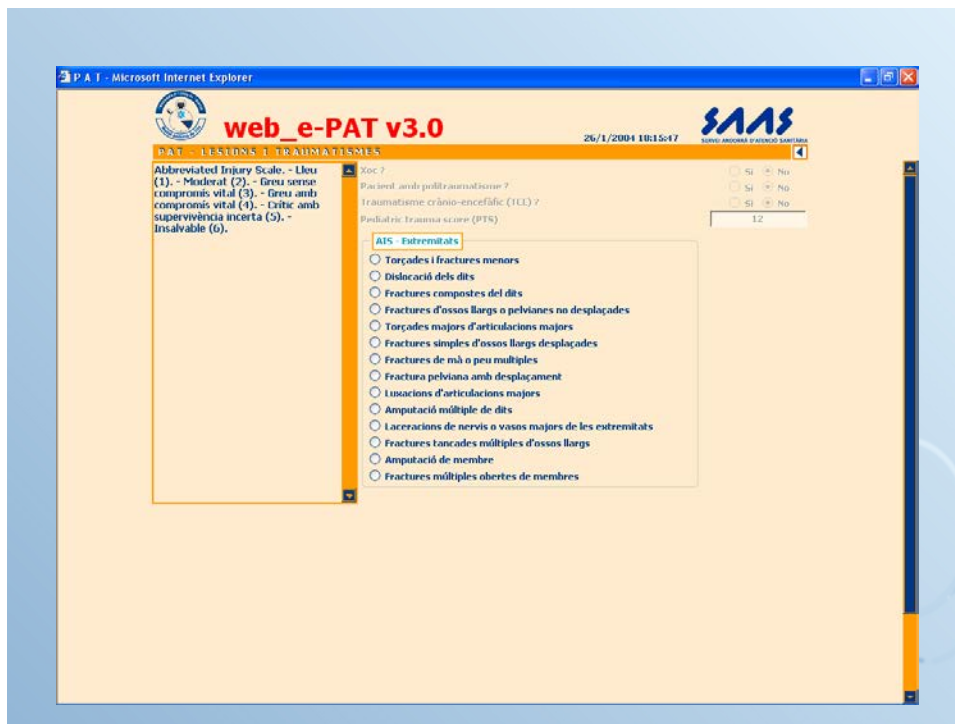




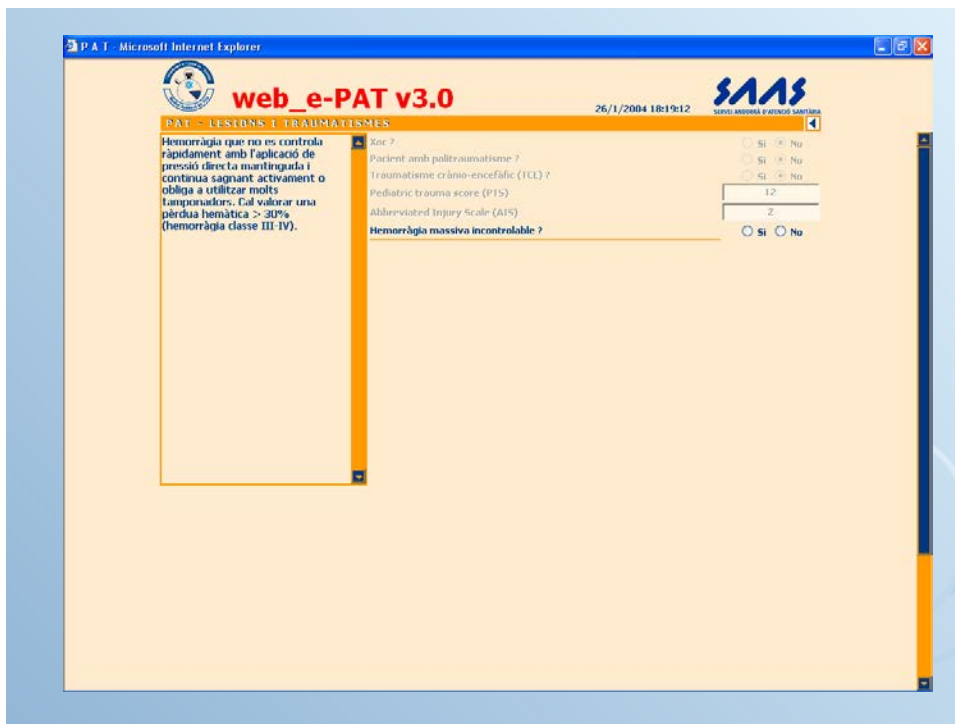
**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



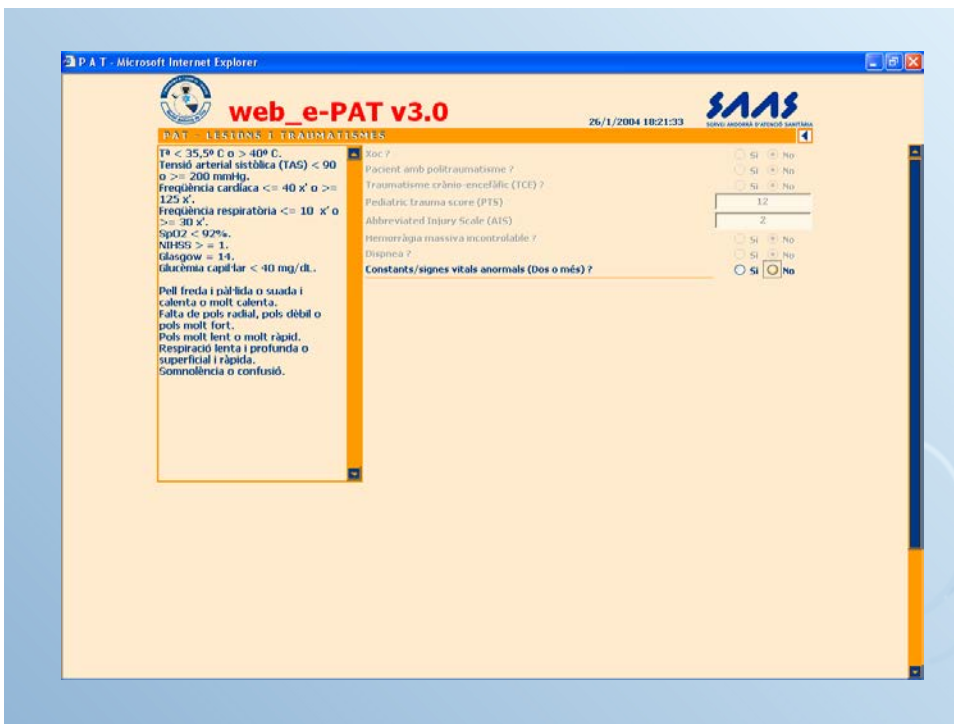
**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



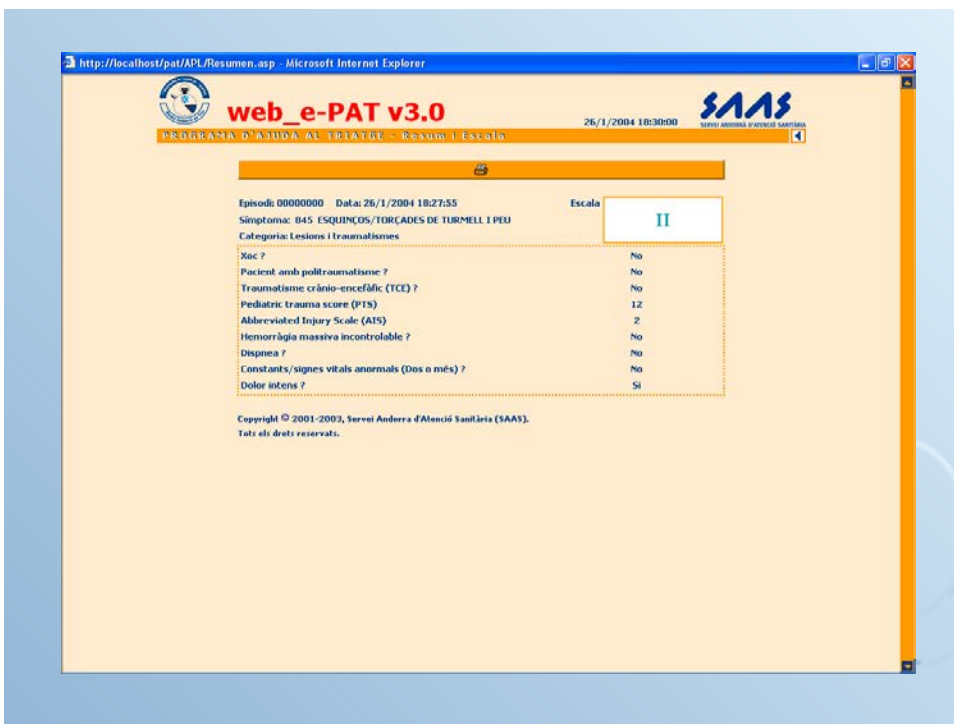
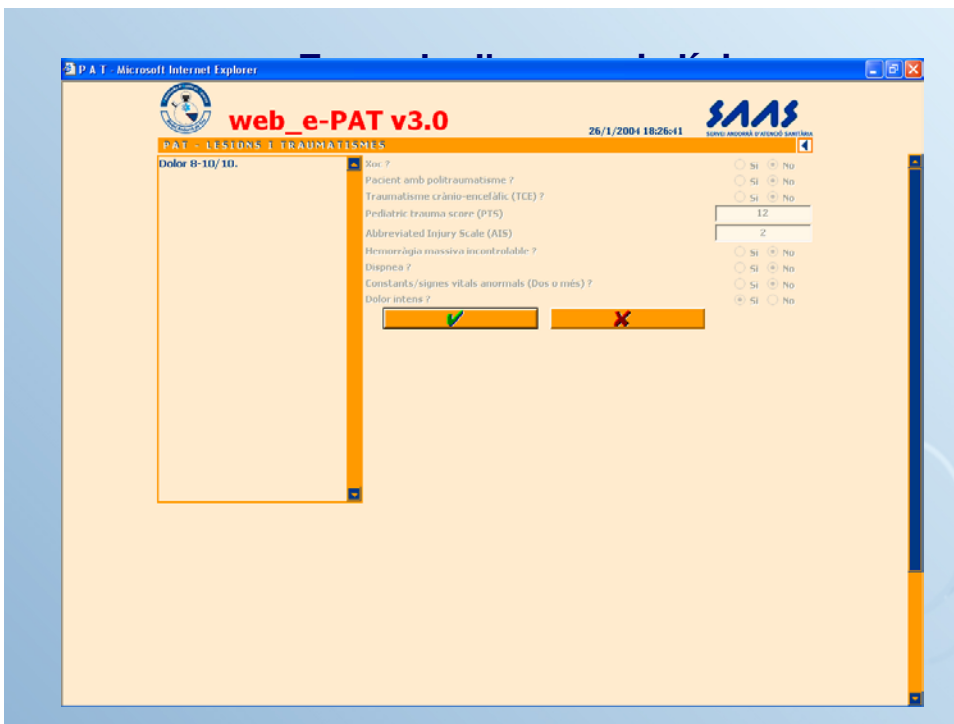
PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias



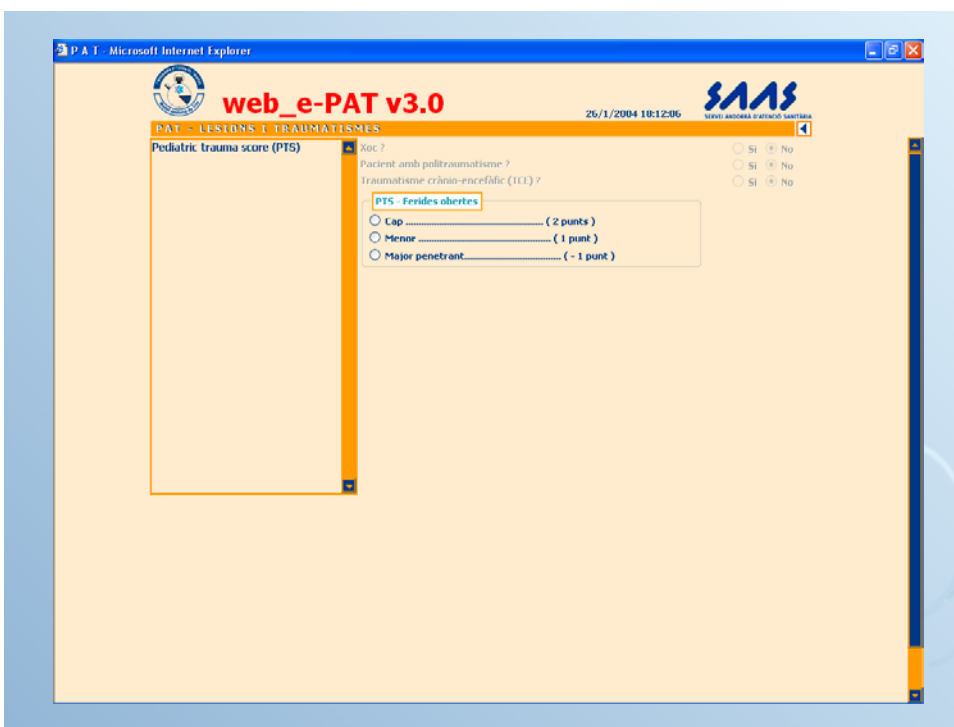
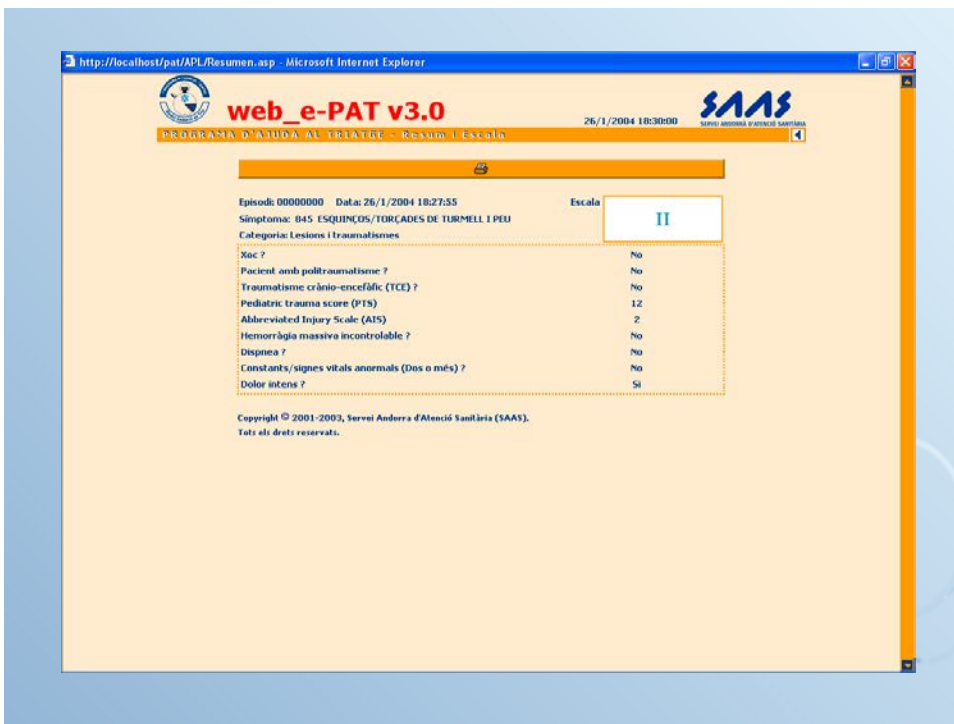
**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



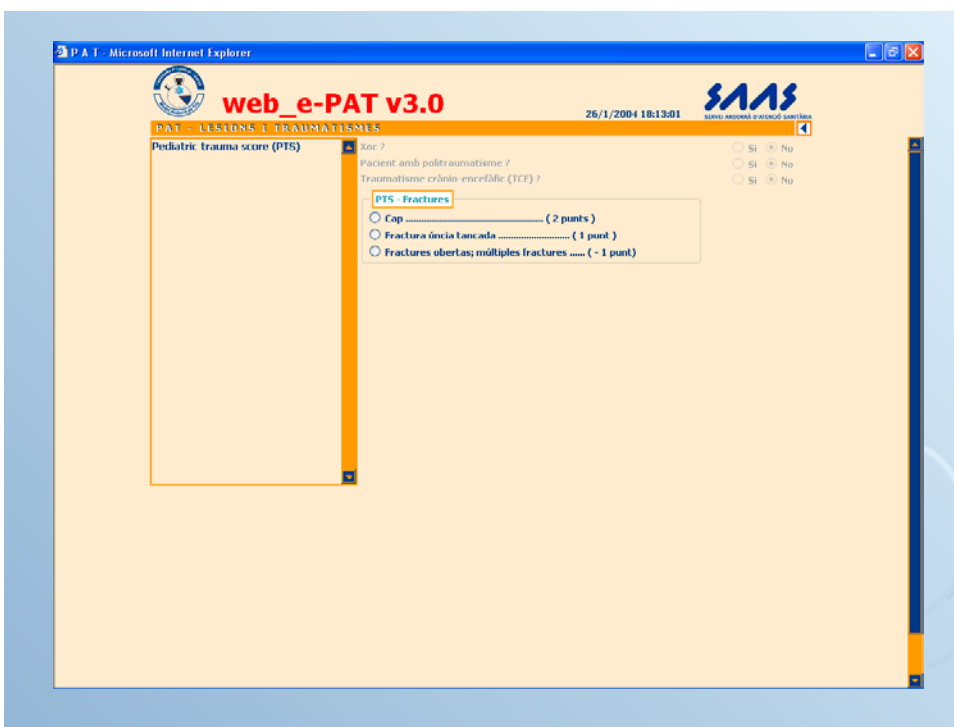
**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

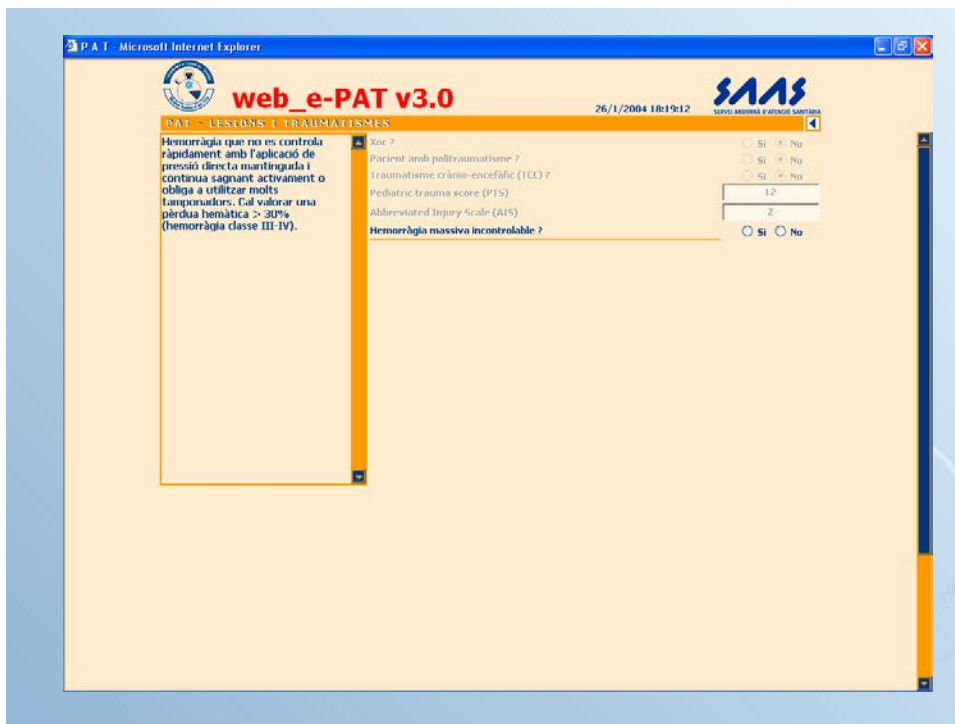


**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

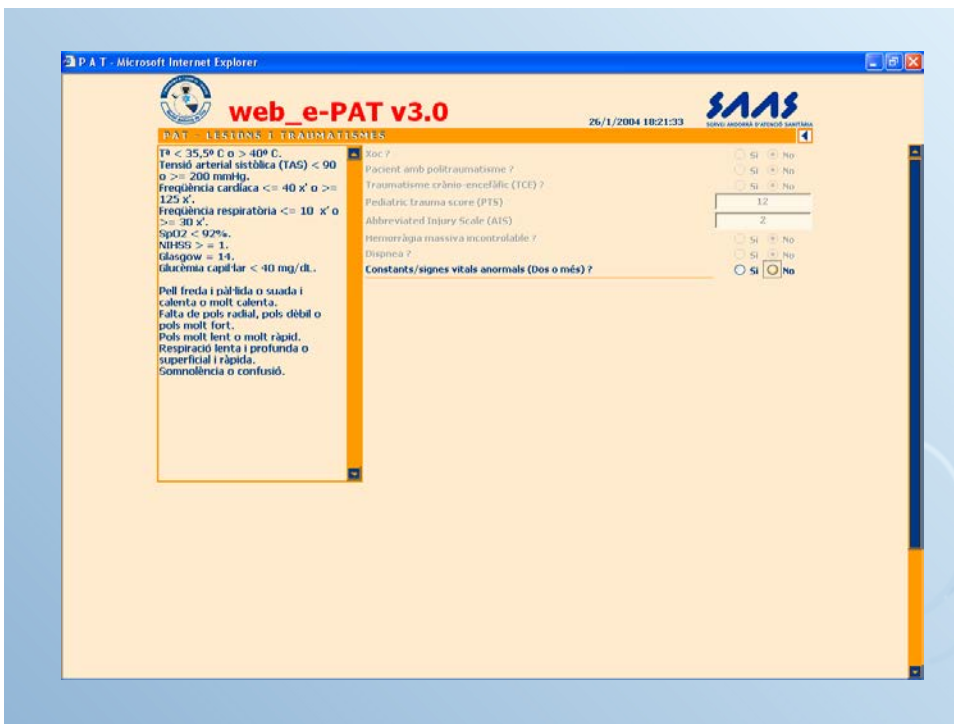




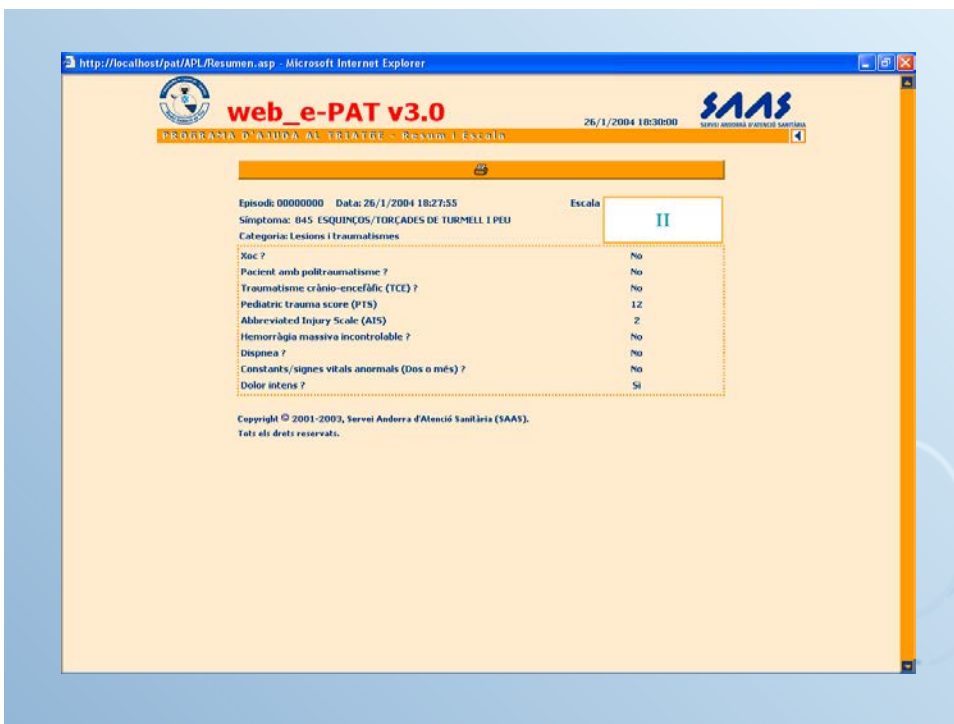
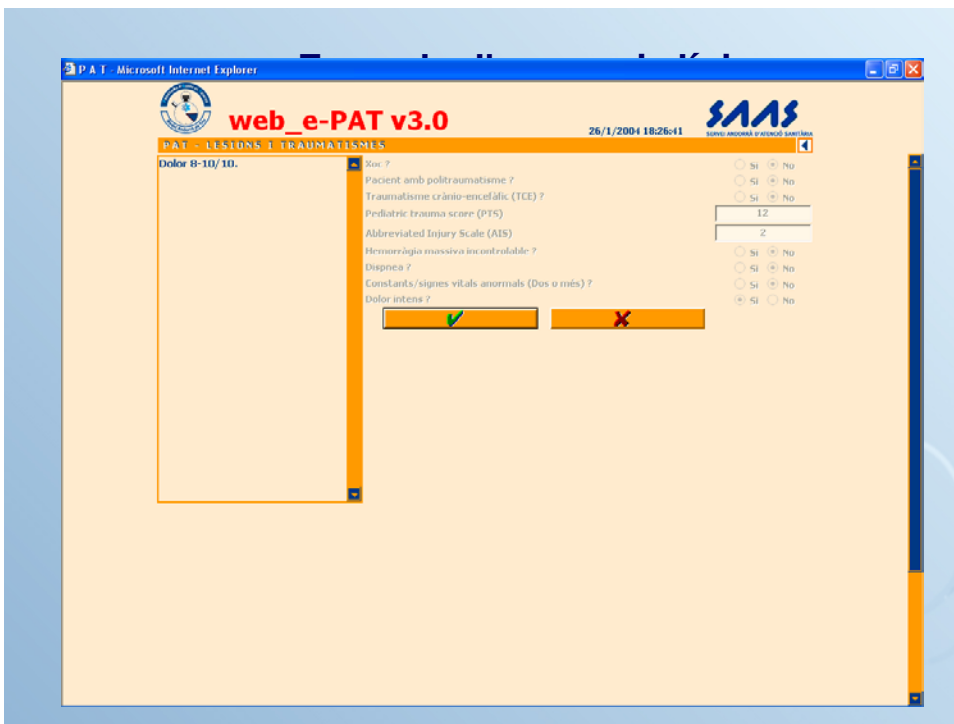
**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**



PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias



**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**





## **ANEXO 3**

### **Cuestionario**

## Cuestionario

### CUESTIONARIO SOBRE LA SATISFACCIÓN Y LIDERAZGO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE TRIAJE ENFERMERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

#### DATOS SOCIOLÓGICOS:

1-Edad \_\_\_\_\_ años

2-Género: 1- Femenino   
2- Masculino

3-Estado Civil:  
1-  Soltero/a  
2-  Casado/a // Emparejado  
3-  Separado/a // Divorciado  
4-  Otros

4-Año en que obtuvo la titulación \_\_\_\_\_

5.- Categoría Profesional:  
1-  Administrativo/a  
2-  Diplomado/a en Enfermería  
3-  Licenciado/a en Medicina  
4-  Coordinador/a Enfermero/a  
5-  Coordinador/a Médico

#### SITUACIÓN LABORAL:

6-¿Ejerce actualmente su profesión en el servicio de urgencias?

1-  Sí  
2-  No

Si es que "sí", señale el tipo de contrato laboral que disfruta

1 -  Contrato Indefinido  
2-  Contrato Eventual  
3-  Contrato Interino  
4-  Otros: \_\_\_\_\_

7-Turno en el cual ejerce su profesión en el servicio de urgencias:

1-  Mañanas  
2-  Tardes  
3-  Noche  
4-  Rotatorio  
5-  Turno de 12h  
6-  Turno de 24h

8-Horas de trabajo semanal que realiza en el servicio de urgencias: \_\_\_\_\_ h/semana

9-Experiencia laboral en el servicio de urgencias: \_\_\_\_\_

10-Lugar donde desempeña su trabajo en el servicio de urgencias:

1-  Triaje  
2-  Combina el puesto de triaje con el puesto asistencial  
3-  Sólo realiza trabajo asistencial

11-¿Para realizar su trabajo en el puesto de triaje ha realizado algún tipo de formación específica?

1-  sí

2-  no

12-¿Es conocedor del tipo de escala de triaje que se aplica en su centro?

1-  sí

2-  no

13-¿Recibe algún tipo de incentivo por ejercer el puesto de triaje?

1-  sí

2-  no

14-Si es que "sí" especifique cual \_\_\_\_\_

15-¿Qué características tiene el Centro donde trabaja?

1-  Centro comarcal

2-  Centro 3er nivel público

3-  Centro de 3er nivel privado

16-Camas que dispone su centro de trabajo:

1-  <200 camas

2-  200-600 camas

3-  >600 camas

17-Titularidad que presenta el centro donde trabaja:

1.-  XHUP

2.-  Gestión Privada

3.-  ICS

4.-  Privado Concertado

5.-  Otros: \_\_\_\_\_

18-Tipo de Triaje que se ejerce en su Centro:

1-  Triaje Administrativo

2-  Triaje Médico

3-  Triaje Enfermero

19-Si contesta Triaje enfermero responda el tipo de escala que se aplica:

1-  Escala Canadiense de triaje

2-  Escala Australiana de triaje

3-  Escala Andorrana de triaje (MAT/PAT)

4-  Otra: \_\_\_\_\_

**ESCALA DE SATISFACCIÓN.**

(ADAPTACIÓN DE “OVERALL JOB SATISFACTION” DE WARR, COOK Y WALL).realizada por Granero Lázaro,A., Planas Aulet, N.

A continuación te presentamos una serie de preguntas que tienen por objetivo conocer el grado de satisfacción hacia algunas condiciones de tu trabajo. Valora una de ellas de acuerdo a la siguiente escala.

**1= muy insatisfecho**  
**2=moderadamente insatisfecho**  
**3=ni insatisfecho ni satisfecho**  
**4=moderadamente satisfecho**  
**5= muy satisfecho**

	<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Condiciones físicas del trabajo ( luz, frío, calor...)					
2	Libertad para elegir tu propio método de trabajo.					
3	Tu salario					
4	Tu horario de trabajo.					
5	Tu estabilidad en el empleo.					
6	El modo en que tu empresa está gestionada.					
7	La variedad de tareas que realizas en el trabajo.					
8	La posibilidad de utilizar tus capacidades.					
9	Tus capacidades de promoción profesional.					
10	Responsabilidad que se te asigna en tu trabajo.					
11	Reconocimiento que obtienes por el trabajo que haces.					
12	La atención que se presta a las sugerencias que haces.					
13	Relación con tus compañeros del trabajo.					
14	Relación con tu superior inmediato.					
15	Relación entre dirección y los trabajadores de urgencias.					
16	Volumen de trabajo en relación con el personal.					

17	Experiencia de los compañeros de trabajo en la unidad de triaje.					
18	Experiencia del personal suplente en la unidad de triaje.					
19	Formación que te proporciona tu empresa.					
20	Pienso que el trabajo que hago no merece la pena.					
21	Me siento realizado profesionalmente en mi puesto de trabajo.					
22	El puesto de trabajo que ocupo me corresponde por capacidad y formación					
23	El salario que percibo corresponde a mi actividad profesional.					
24	En mi trabajo me encuentro satisfecho.					

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

Te ofrecemos una serie de preguntas relacionadas con tu lugar de trabajo, debes marcar con una **X** la opción que más se asemeje a tu opinión:

**1=nunca  
2=casi nunca  
3=a veces  
4=muchas veces  
5=siempre**

	<b>CLIMA LABORAL</b>	1	2	3	4	5
1	El trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que tengo que hacer.					
2	Tengo la sensación que me falta tiempo para realizar mi trabajo.					
3	En situación de sobrecarga de trabajo, el/la supervisor/a pone una persona de refuerzo en triaje.					
4	Las sustituciones de enfermería en triaje se realizan por personal con experiencia en el puesto.					
5	Tengo recursos materiales suficientes para hacer mi trabajo de forma adecuada.					
6	Al final de un día de trabajo me suelo encontrar cansado/a.					
7	Fuera del hospital pienso en cuestiones relacionadas con mi trabajo.					
8	El trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, mi salud, mi sueño...					
9	La competitividad en el lugar de trabajo me causa estrés o tensión.					
10	Pienso en cambiar de servicio.					
11	La relación con compañeros de mi mismo estamento es satisfactoria.					
12	La relación entre médicos y enfermeros/as en mi servicio es tensa.					
13	Mi trabajo es reconocido por mis compañeros/as.					
14	Mi trabajo es reconocido por otros profesionales de mi centro					
15	Mi hospital facilita la formación en triaje.					
16	Asisto a en cursos, seminarios....de triaje.					
17	Mi servicio organiza cursos o sesiones de formación dirigidos al personal de triaje.					
18	En mi hospital el triaje que se realiza es el adecuado.					

Adaptación de la escala sobre las características de la dirección de la universidad de la UNED Madrid por Posa, V., Otero, M., Gutiérrez, A., González, E., Molina, L., Diciembre 2007. Estas preguntas hacen referencia al lidedazgo que desempeña la persona que realiza el triaje, debes marcar con una **X** la opción que mejor refleje tu opinión:

**1=totalmente en desacuerdo  
2=en desacuerdo  
3=ni de acuerdo ni en desacuerdo  
4=de acuerdo  
5=totalmente de acuerdo**

	<b>LIDERAZGO</b>	1	2	3	4	5
1	Tengo oportunidades para aprender cosas nuevas cuando ejerzo el triaje.					
2	En mi hospital tengo posibilidades de promocionarme profesionalmente.					
3	Tengo autonomía e independencia para realizar mi trabajo.					
4	La dirección del hospital reconoce el trabajo de la persona que ejerce el triaje.					
5	El/la supervisor/a tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje.					
6	El equipo médico tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje.					
7	Es necesaria una especialidad en enfermería para trabajar como enfermera de triaje.					
8	Tienen confianza en sí mismos los profesionales que desempeñan el triaje					



**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

9	Tienen capacidad de trabajo en equipo				
10	Son hábiles para afrontar situaciones estresantes				
11	Son sensibles hacia las necesidades de sus compañeros/as				
12	Tienen capacidad para tomar decisiones en momentos de colapso				
13	Son empáticos				
14	Son agradables en el trato con los demás				
15	Tratan de imponer sus ideas				
16	Son eficaces				
17	Saben adaptarse a las circunstancias dentro del servicio de urgencias				
18	Son individualistas mientras desempeñan la labor del triaje				
19	Son ambiciosos				
20	Saben negociar				
21	Tiene una alta capacidad intelectual				
22	Dedican muchas horas al trabajo después de la jornada laboral				
23	Son competentes en su trabajo				
24	Conocen bien su trabajo				
25	Comparten sus conocimientos con otros compañeros				
26	Llevan mucho tiempo en la empresa				
27	Se dejan llevar por los sentimientos				
28	Son capaces de asumir riesgos				
29	Saben delegar responsabilidades				

A continuación, te planteamos distintas situaciones. Márcalas con una **X** del 1 al 5 según el nivel de tensión que se produce en tu servicio, teniendo en cuenta que:

**1=mínima tensión**  
**5=máxima tensión**

	<b>NIVEL DE TENSIÓN</b>	1	2	3	4	5
1	Personal médico nuevo en triaje					
2	Personal enfermero inexperto en triaje					
3	Quejas por parte de familiares en triaje					
4	Quejas por parte de enfermeros en triaje					
5	Colapso en urgencias					

Marca del 1 al 5 el nivel de comunicación que tienes con los diferentes miembros del equipo, teniendo en cuenta que:

**1=mala comunicación**  
**5=buena comunicación**

	<b>NIVEL COMUNICACIÓN</b>	1	2	3	4	5
1	Enfermeras					
2	Auxiliares					
3	Médicos					
4	Supervisora de enfermería					
5	Coordinador Médico de la Guardia					




















## **ANEXO 4**

### **Parrilla de Jueces**

PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias

## PARILLA DE JUECES

### PARRILLA DE JUECES

ITEMS	UNIVOCITAT		PERTINENÇA		IMPORTANCIA			
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
19								
<b>SATISFACCIÓN</b>								
S1								
S2								
S3								
S4								
S5								
S6								
S7								
S8								
S9								
S10								
S11								
S12								
S13								
S14								
S15								
S16								
S17								
S18								
S19								
<b>CLIMA LABORAL</b>								
C1								
C2								
C3								

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

C4									
C5									
C6									
C7									
C8									
C9									
C10									
C11									
C12									
C13									
C14									
C15									
C16									
C17									
C18									
C19									
C20									
C21									
C22									
C23									
C24									
<b>LIDERAZGO</b>									
L1									
L2									
L3									
L4									
L5									
L6									
<b>NIVEL DE TENSIÓN</b>									
T1									
T2									
T3									
T4									
T5									
<b>NIVEL COMUNICACIÓN</b>									
NC1									
NC2									
NC3									
NC4									
NC5									
NC6									

MOLTÍSSIMES GRÀCIES PER LA SEVA VALUOSA CONTRIBUCIÓ

 **( ANEXO 5)**  
**Carta Jueces**

## **CARTA JUECES**

**Estudi sobre:** Los diferentes sistemas de triaje ,hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias.

En el marc del Màster en Administració i Gestió en Cures d'Infermeria de la EUI Santa Madrona estem realitzant l'estudi: *..Presente, pasado y futuro. Los diferentes sistemas de triaje ,hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias.*

**L'objectiu es :** **Evaluar los diferentes sistemas de triaje y su influencia en la actuación de los profesionales de enfermería de urgencias. Conocer la situación actual del triaje de urgencias. Demostrar que el triaje enfermero aporta mayor liderazgo y satisfacción al personal de enfermería. Analizar las diferentes escalas de triaje que se utilizan en las diferentes instituciones. Constatar el impacto en las relaciones que se establecen entre el equipo multidisciplinar con la implantación del triaje enfermero basado en el liderazgo de enfermería.**

**Per aquest motiu necessitaríem la seva col·laboració responent a les preguntes del qüestionari que li adjuntem. La seva opinió és clau per la realització d'aquest estudi.**

**La informació que es reculli de tots els participants serà introduïda en una base de dades per a ser analitzada i serà tractada confidencialment. Cap enquestat serà identificat en la comunicació i publicació dels resultats.**

PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias

En cas de qualsevol dubte pot adreçar-se a:

Eva González: [evaxamani@hotmail.com](mailto:evaxamani@hotmail.com)


































Lorena Molina: [lorena@infollop.com](mailto:lorena@infollop.com)

Miriam Otero: [miriam\\_otero\\_romero@hotmail.com](mailto:miriam_otero_romero@hotmail.com)
















Alicia Gütiérrez: [alisolete@terra.es](mailto:alisolete@terra.es)

Verónica Posa: [veronicaposa@hotmail.com](mailto:veronicaposa@hotmail.com)

Agraint la seva col·laboració,

ITEMS	UNIVOCITAT		PERTINENÇA		IMPORTANCIA			
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								
								

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

MOLTÍSSIMES GRÀCIES PER LA SEVA VALUOSA CONTRIBUCIÓ



## **ANEXO 6**

### **Tabla cualitativa sobre incentivos**

## **TABLA CUALITATIVA SOBRE INCENTIVOS**

<b>Número Cuestionario</b>	<b>Incentivo</b>	<b>Tipo de incentivo</b>
1	NO	
2	NO	
3	NO	
4	NO	
5	NO	
6	NO	
7	NO	
8	NO	
9	NO	
10	NO	
11	NO	
12	NO	
13	NO	
14	NO	
15	NO	
16	NO	
17	NO	
18	NO	
19	NO	
20	NO	
21	NO	
22	SI	FORMACIÓN
23	NO	
24	NO	
25	NO	
26	NO	
27	NO	
28	NO	
29	NO	
30	NO	
31	NO	
32	NO	
33	NO	
34	NO	
35	NO	
36	NO	
37	NO	
38	NO	
39	NO	
40	NO	
<b>Número Cuestionario</b>	<b>Incentivo</b>	<b>Tipo de incentivo</b>
42	NO	
43	NO	

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

44	NO	
45	NO	
46	NO	
47	NO	
48	NO	
49	NO	
50	NO	
51	NO	
52	NO	
53	NO	
54	NO	
55	NO	
56	NO	
57	NO	
58	NO	
59	NO	
60	NO	
61	NO	
62	NO	
63	NO	
64	NO	
65	NO	
66	NO	
67	NO	FORMACIÓN +HORAS
68	NO	
69	NO	
70	NO	
71	NO	
72	NO	
73	NO	HORAS LIBRES
74	NO	
75	NO	
76	NO	
77	NO	
78	NO	
79	NO	
80	NO	
81	NO	
82	NO	
83	NO	
84	NO	
85	NO	
86	NO	
87	NO	
88	NO	
89	NO	
90	NO	
91	NO	
<b>Número Cuestionario</b>	<b>Incentivo</b>	<b>Tipo de incentivo</b>
92	NO	
93	NO	

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO: Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias**

94	NO	
95	NO	
96	NO	
97	NO	
98	NO	
99	SI	
100	NO	
101	NO	
102	NO	
103	NO	
104	NO	
105	NO	
106	NO	
107	NO	
108	NO	
109	NO	
110	NO	
111	NO	
112	NO	
113	NO	
114	NO	
115	NO	
116	NO	
117	NO	
118	NO	
119	NO	
120	NO	
121	NO	
122	NO	
123	NO	
124	NO	
125	NO	
126	NO	
127	NO	

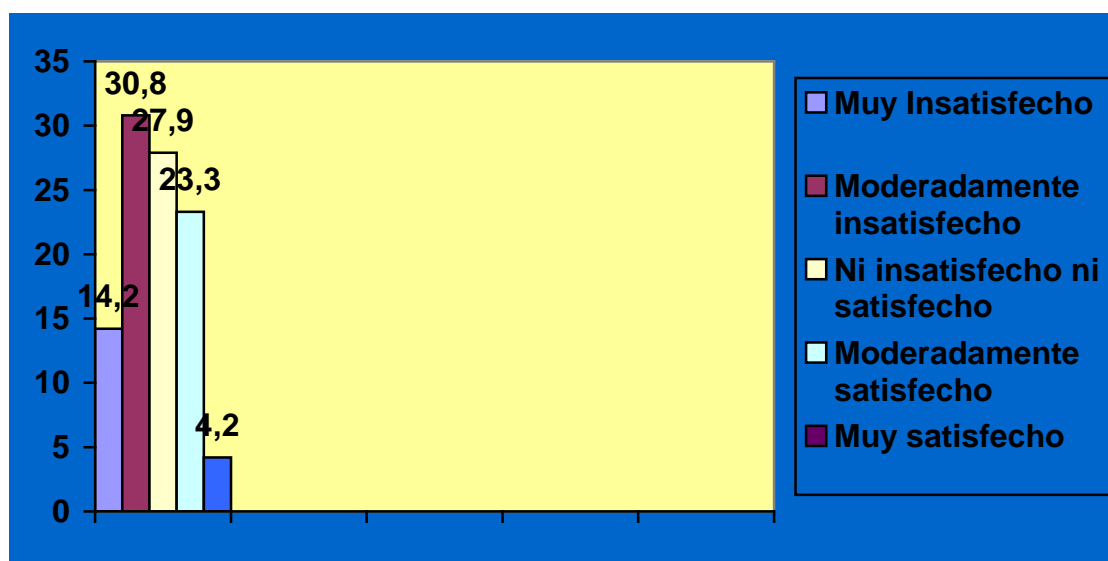
 **( ANEXO 7 )**

**Desglose de Gráficas Correspondientes**  
**a Cada ítem de las escalas utilizadas**

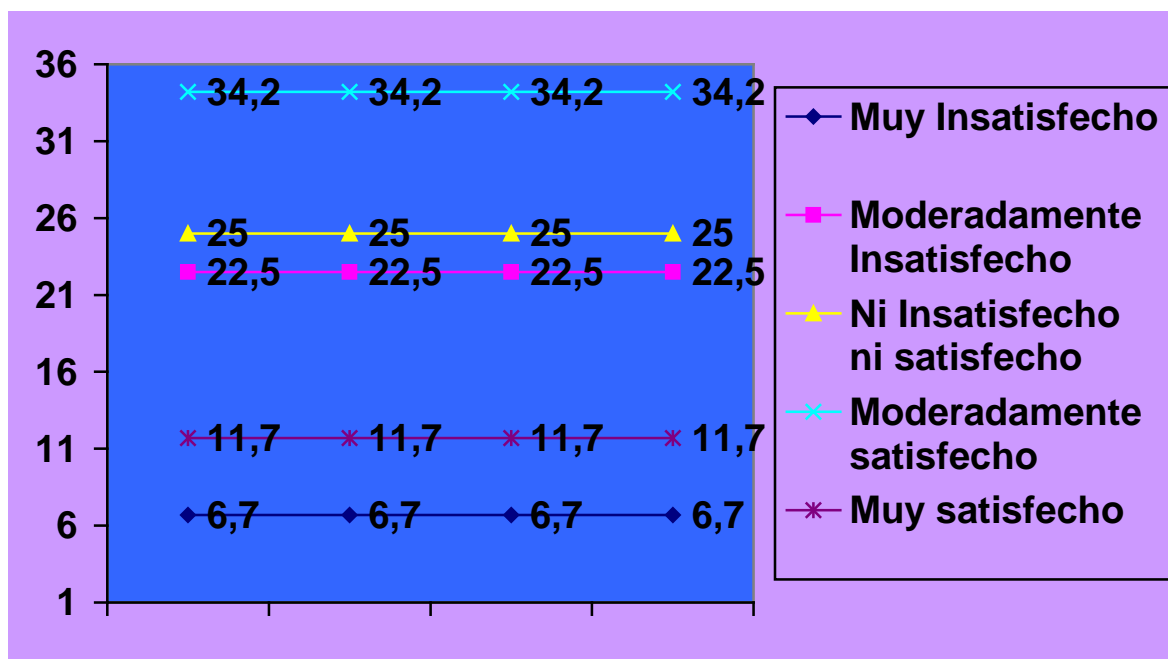
## DESGLOSE DE GRÁFICAS CORRESPONDIENTES A CADA ÍTEM DE LAS ESCALAS UTILIZADAS

### ESCALA DE SATISFACCIÓN

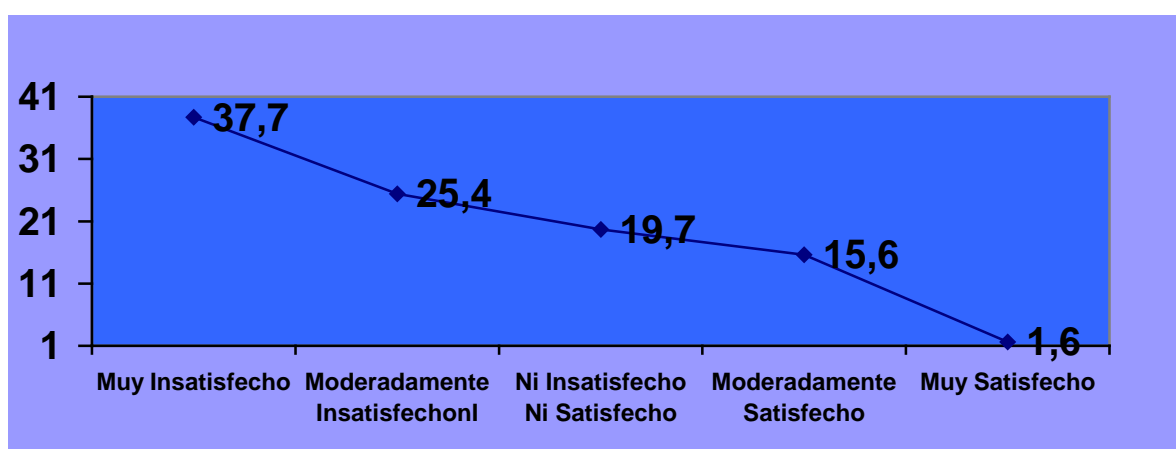
De las respuestas obtenidas de los profesionales de los ámbitos de urgencias califican las **condiciones físicas** en que se desempeña su trabajo como muy insatisfechos el 14,2%, moderadamente insatisfecho el 30,8% y el 27,5% ni insatisfecho ni satisfecho, el 23,3% como moderadamente satisfecho y muy satisfechos el 4,2%. Queda representado mediante el siguiente grafico.



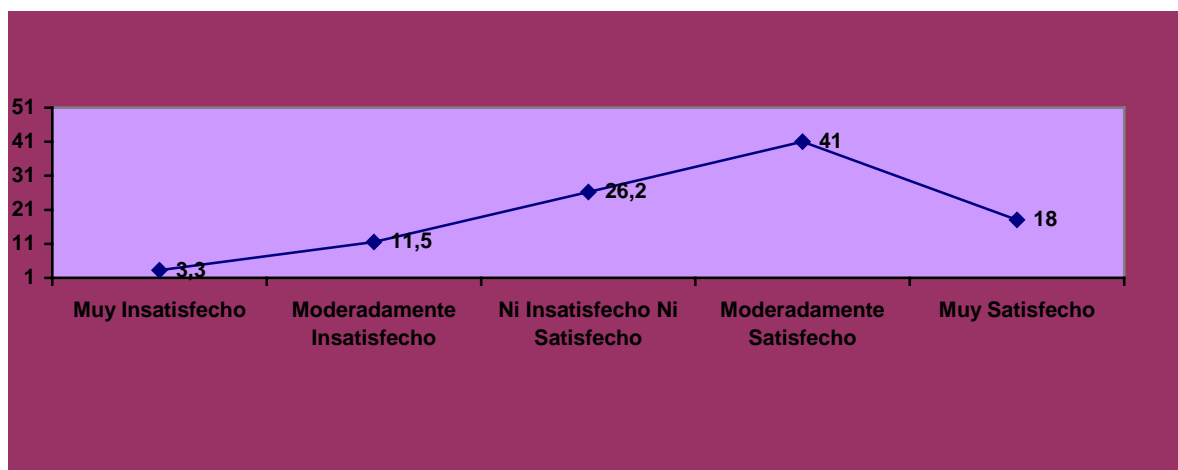
**La libertad para la elección de tu método de trabajo** queda identificada como entre muy insatisfechos el 6,7% y el mas satisfecho 11,7%. Quedando como moderadamente satisfechos el 34,2% e moderadamente insatisfechos el 22,5% y el 25% como ni insatisfechos ni satisfechos.



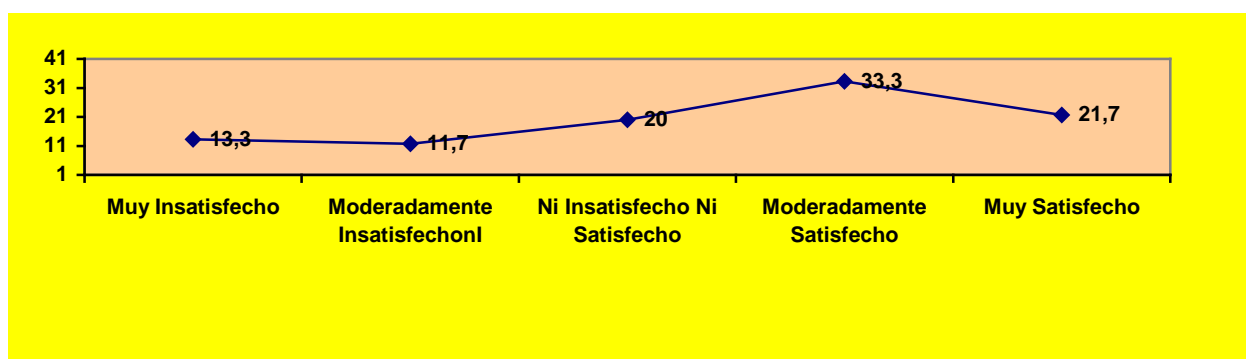
**Respecto al salario** e el 37,7% muy insatisfecho y el 1,6% se reconoce muy satisfecho.



**En el horario de trabajo** el 3,3% se considera muy insatisfecho y el 18% muy satisfecho aunque en los puntos medios se encuentran como referentes el 41% con un moderadamente satisfecho, 26,2% como no insatisfecho ni satisfecho y un 11,5% como moderadamente insatisfecho.

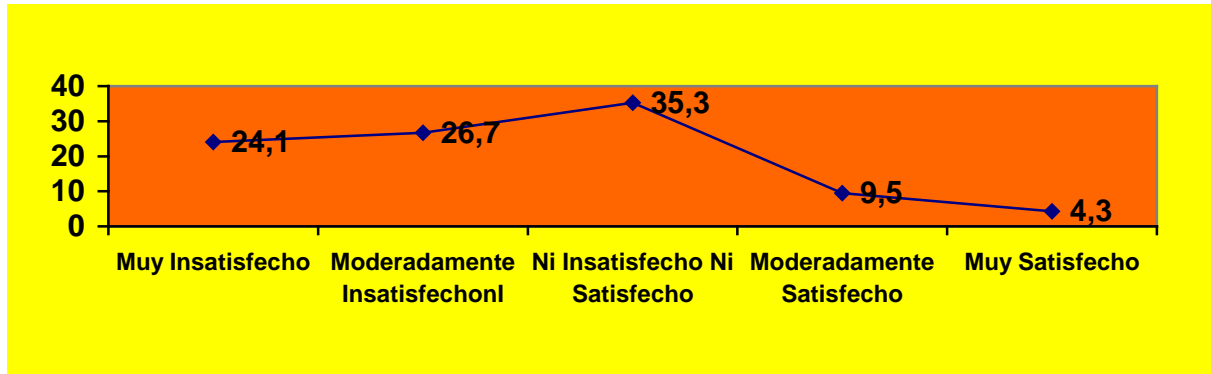


**La estabilidad en el empleo** se encuentra pos los profesionales que trabajan en urgencias como muy satisfechos aquellos con un 21,7% y en el lado opuesto como muy insatisfechos el 13,3% así como moderadamente insatisfechos aquellos con un 11,7% y moderadamente satisfechos el 33,3% y el resto con un 20%.

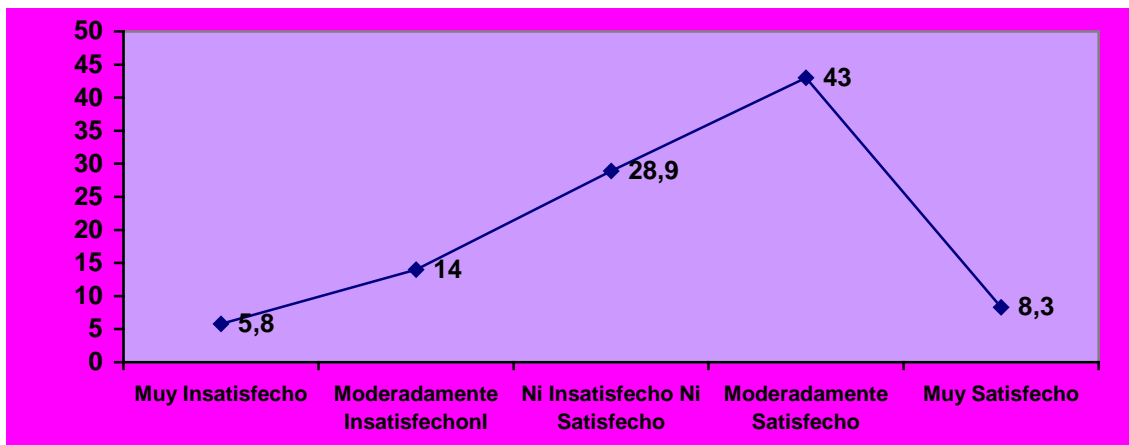




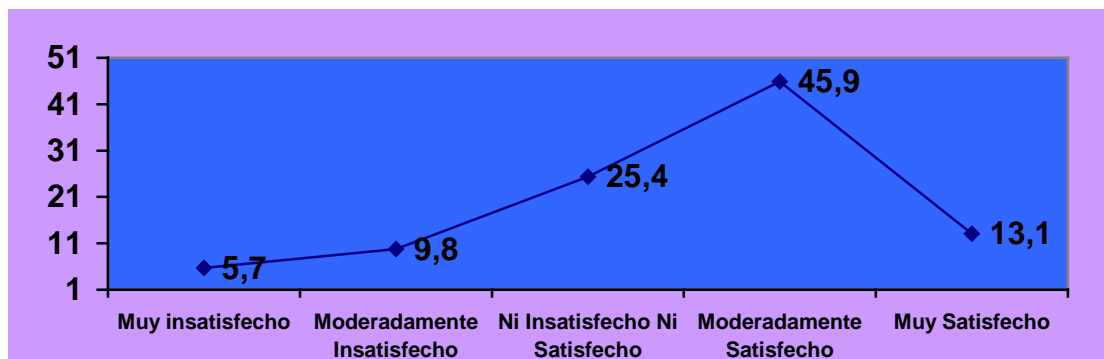
**Modo que se gestiona la empresa** queda reflejada en la satisfacción de los trabajadores de los servicios de urgencias de las siguientes maneras:



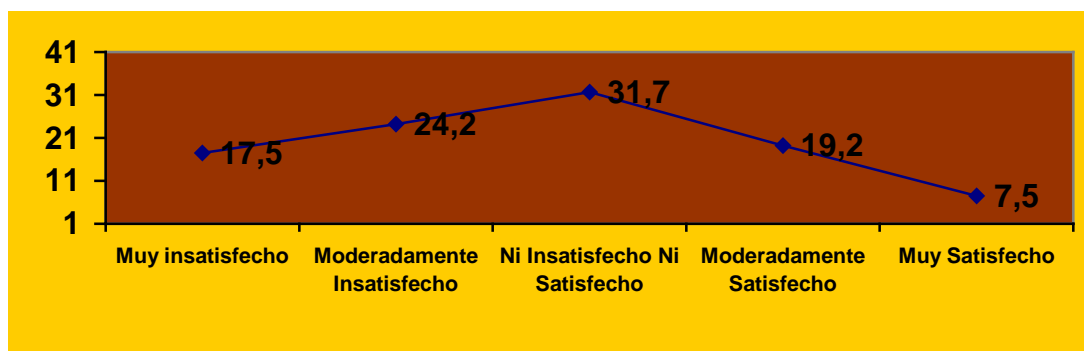
**La variedad de tareas** que realizas en tu trabajo te hace sentir satisfecho o insatisfecho.



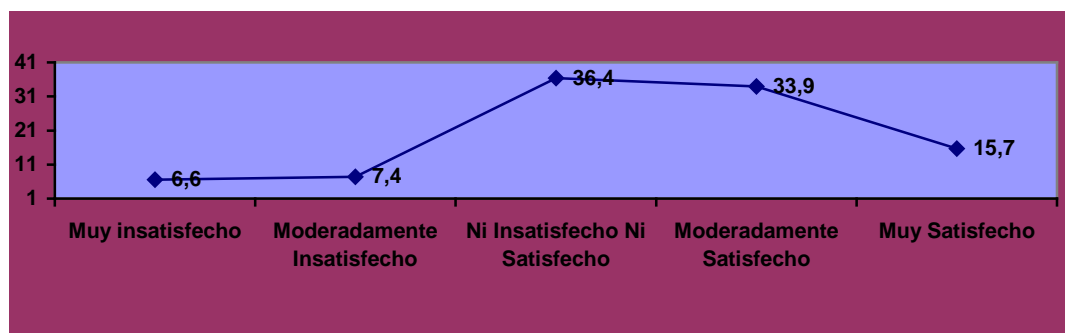
**La posibilidad de utilizar tus capacidades** que se evaluó mediante los cuestionarios realizados por los profesionales de urgencias indica según el siguiente gráfico:



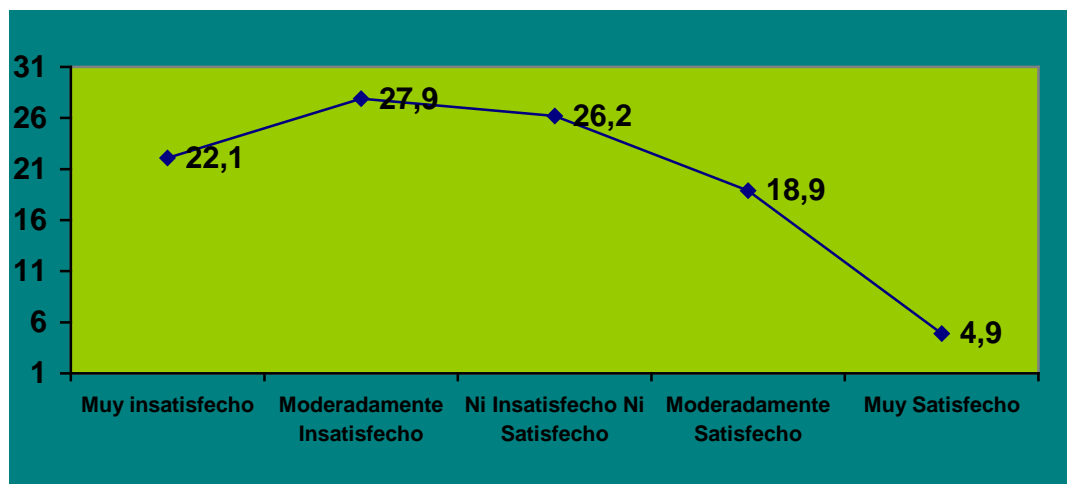
**Las capacidades de promoción profesional** del personal que trabaja en los servicios de urgencias que denota el personal queda reflejada según los siguientes datos:



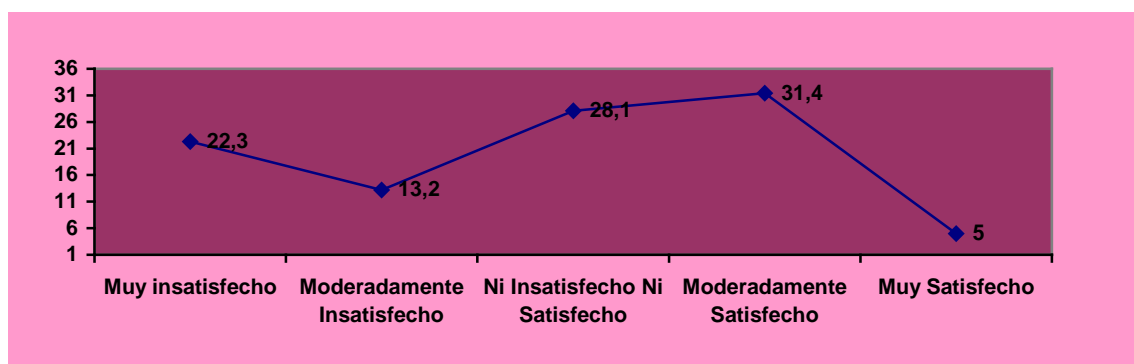
**La responsabilidad que se asigna al trabajador** i es percibida por este en los servicios de urgencias ofreciendo un grado de satisfacción según los porcentajes reflejados a continuación:



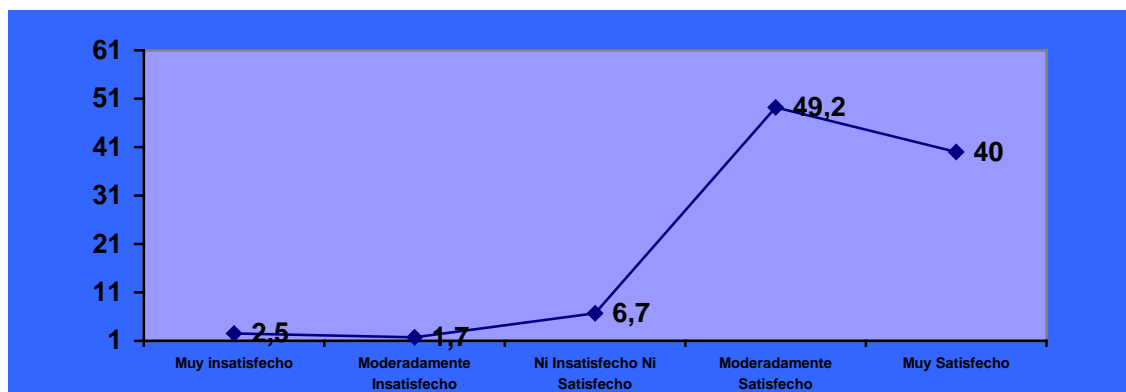
**Reconocimiento obtenido** por los profesionales de los servicios de urgencias queda reflejado en los siguientes datos:



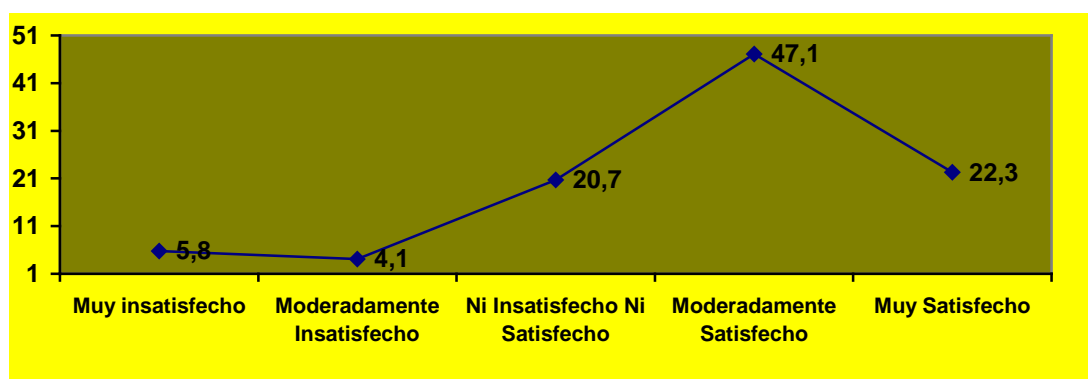
**Atención a los sugerencias realizadas por parte de los profesionales** a los respectivos mando o compañeros en su grado de satisfacción quedan expresadas según los diferentes porcentajes de satisfacción



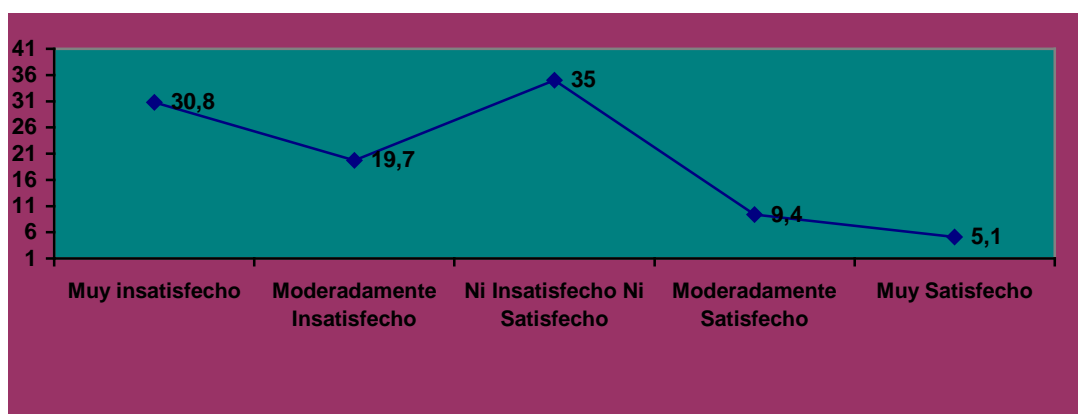
La relación existente entre los compañeros de trabajo y los profesionales encuestados demuestra un grado de satisfacción que queda relegada en los siguientes porcentajes expresados en el gráfico.



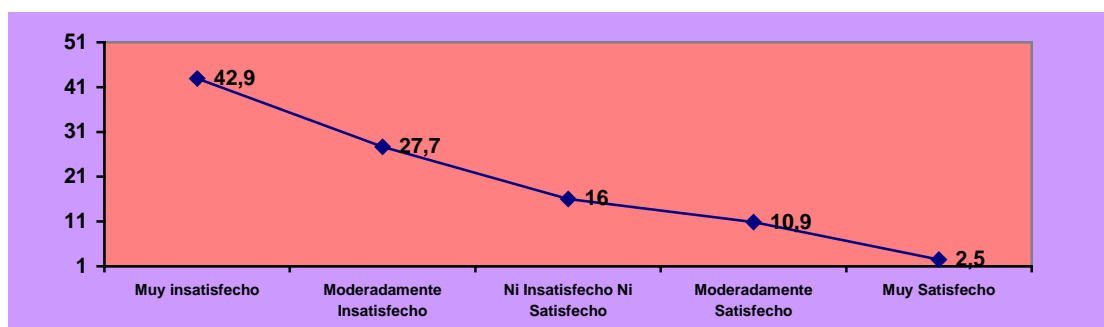
La relación de satisfacción que perciben los profesionales de urgencias con sus **superiores inmediatos** se indica según los siguientes datos:



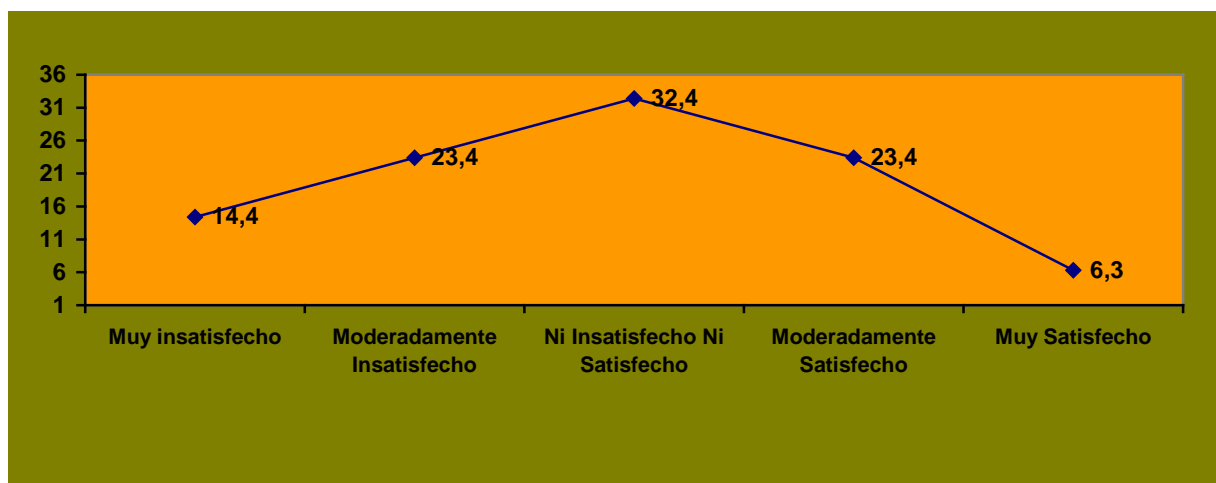
**La relación entre la dirección y los trabajadores** es percibida por estos últimos en un grado de satisfacción según el siguiente gráfico:



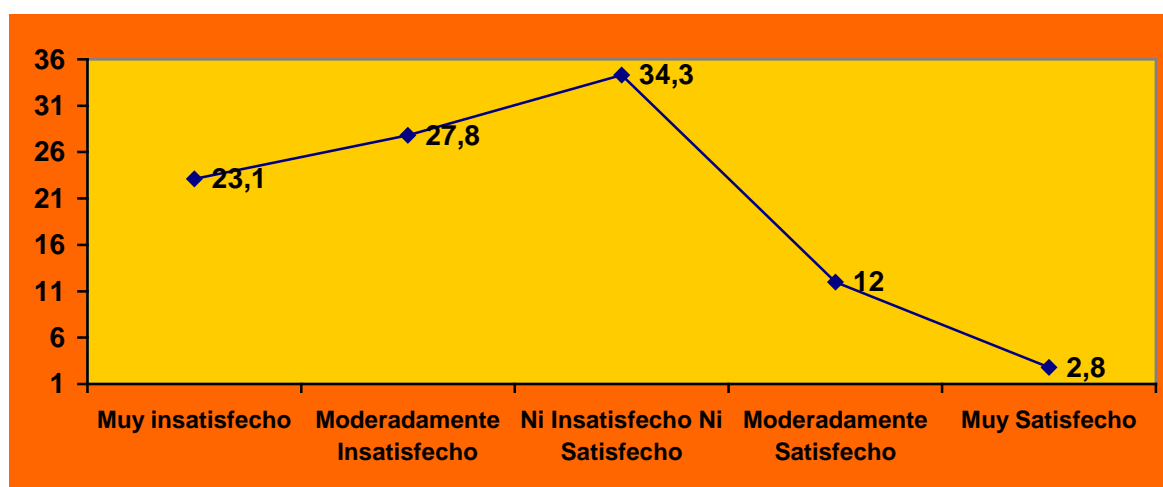
**Volumen de trabajo en relación con el profesional** se representa:



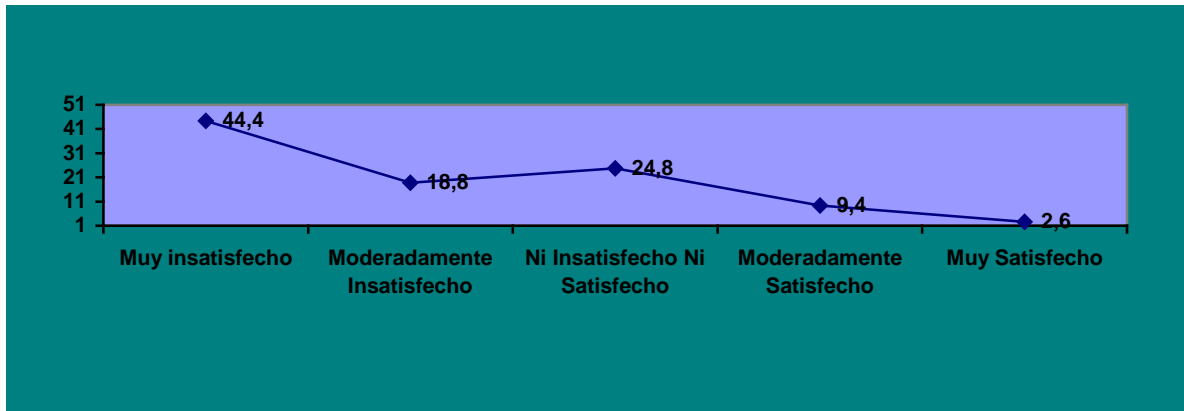
**La experiencia de los compañeros de trabajo** en la unidad de trabajo queda reflejada en un grado de satisfacción respecto al resto del personal encuestado



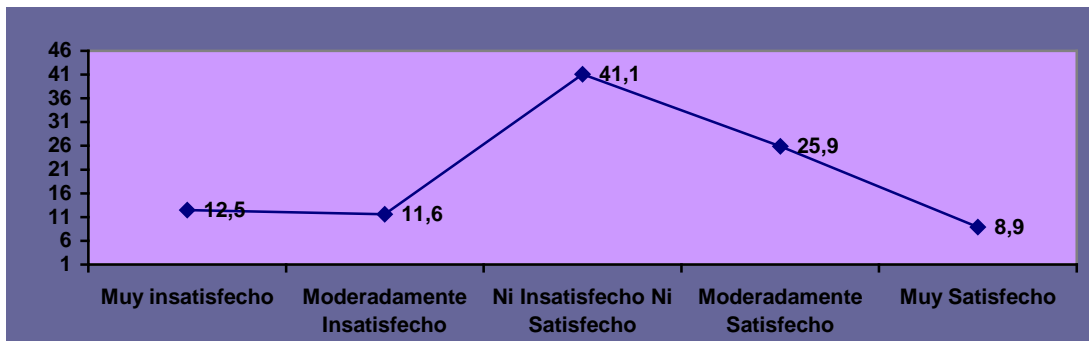
**La experiencia del personal suplente en la unidad de triaje es:**



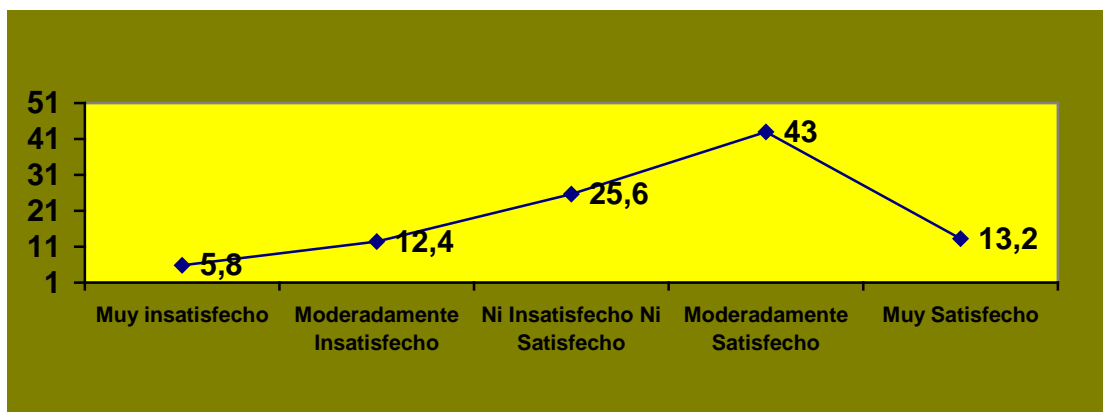
La satisfacción respecto la formación que proporciona la empresa se representa:



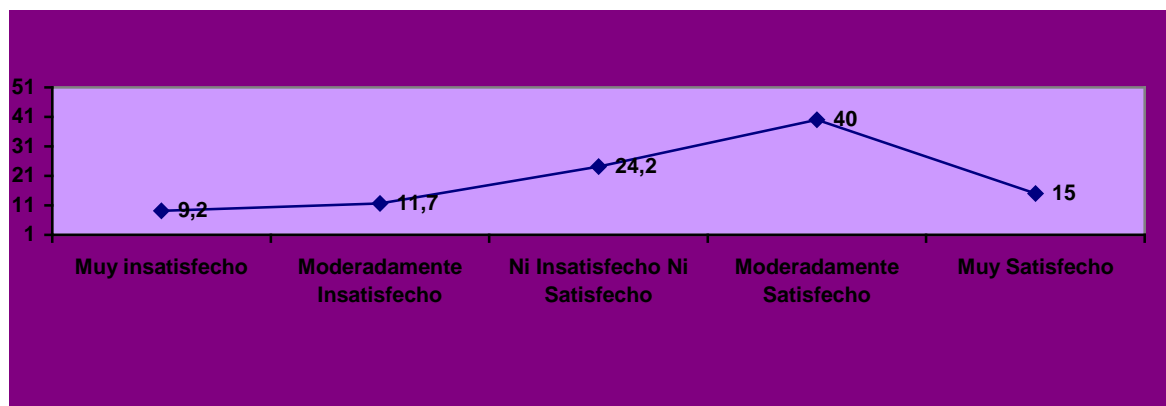
Pienso que el trabajo que hago no merece la pena:



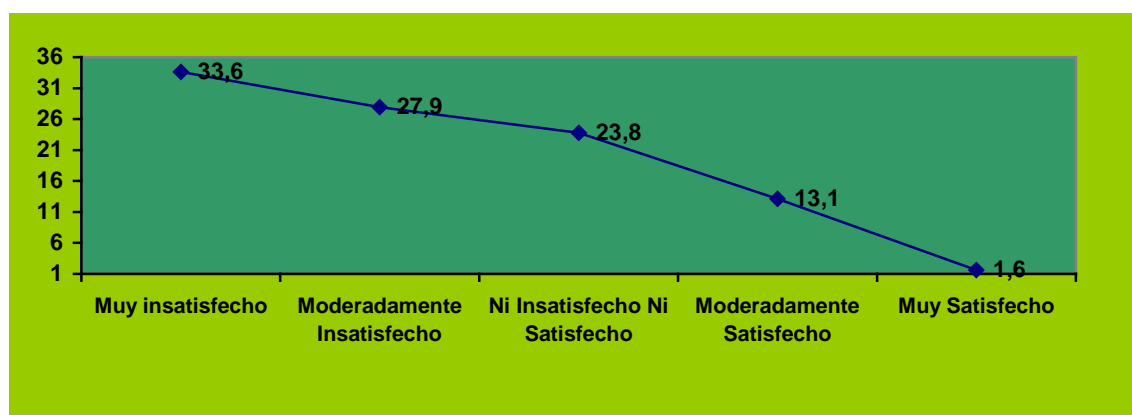
Me siento realizado en mi puesto de trabajo:



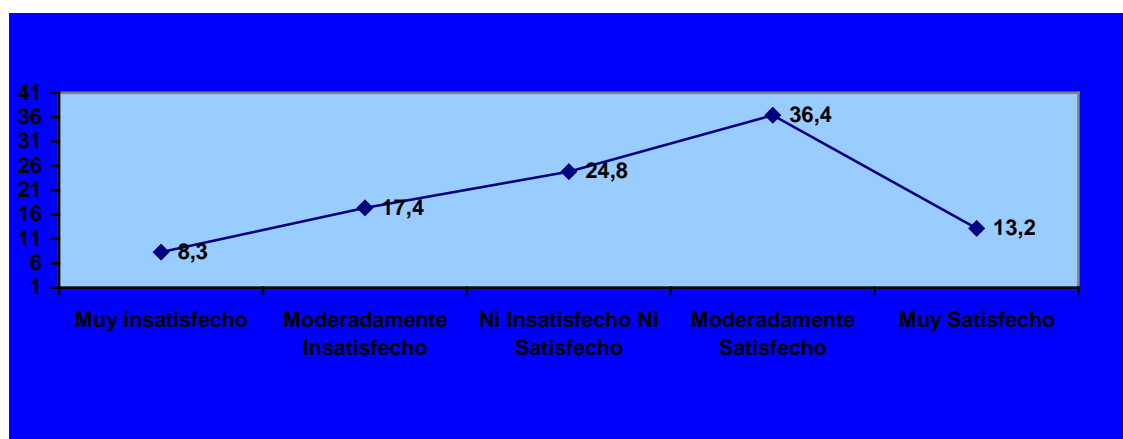
**En el puesto de trabajo que ocupo me corresponden por capacidad y formación y me ofrece un grado de satisfacción:**



**El salario** que perciben los profesionales de urgencias ofrece un grado de satisfacción que corresponde a su actividad profesional:

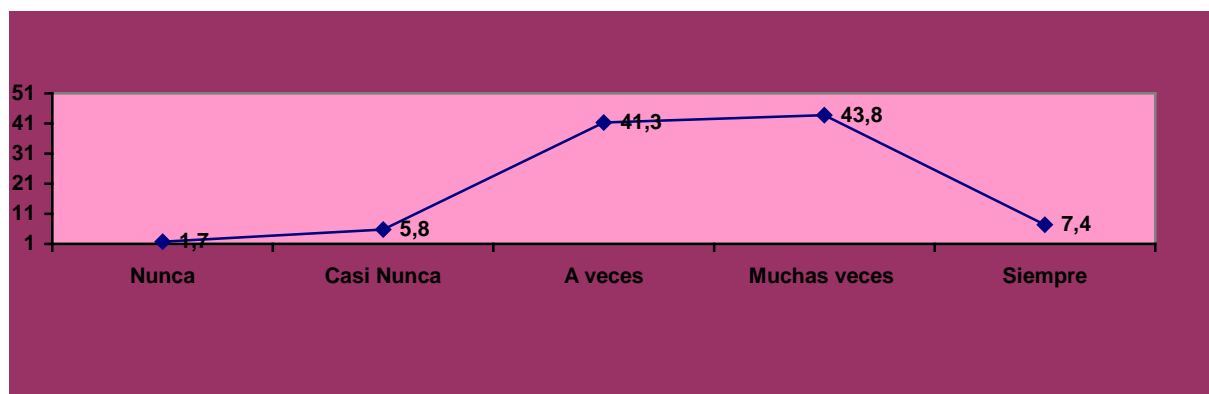


**En mi trabajo me encuentro satisfecho:**

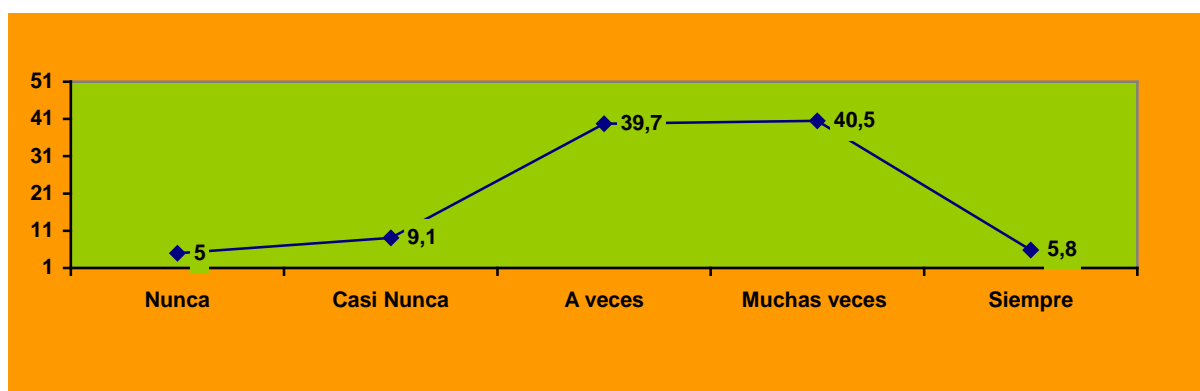


## ESCALA CLIMA LABORAL

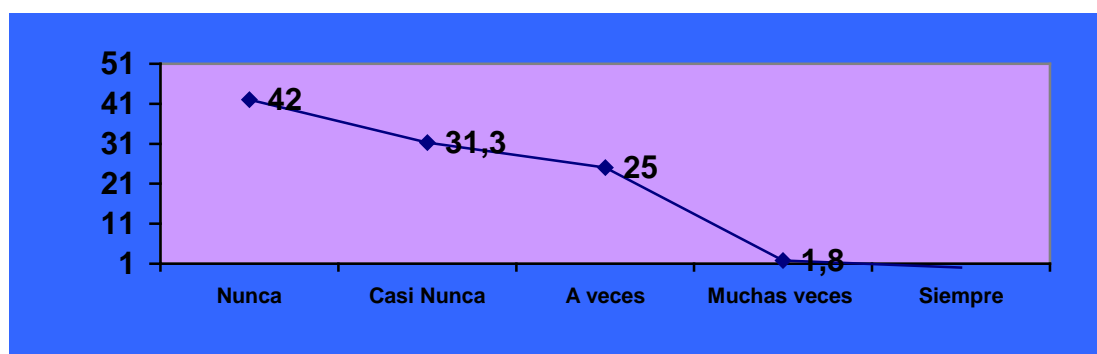
### El trabajo es excesivo y no dan abasto con las tareas a realizar:



### Tengo la sensación que me falta tiempo para realizar mi trabajo:

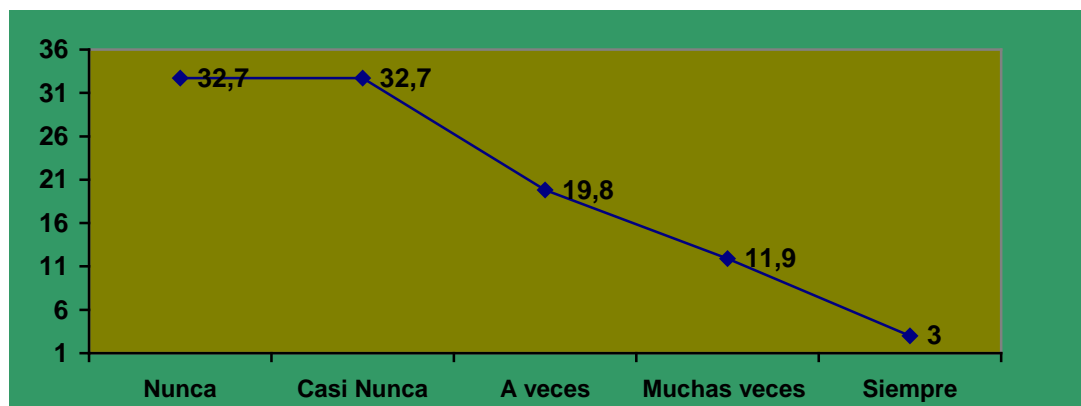


### En situación de sobrecarga de trabajo, el supervisor coloca una persona de refuerzo en triaje:

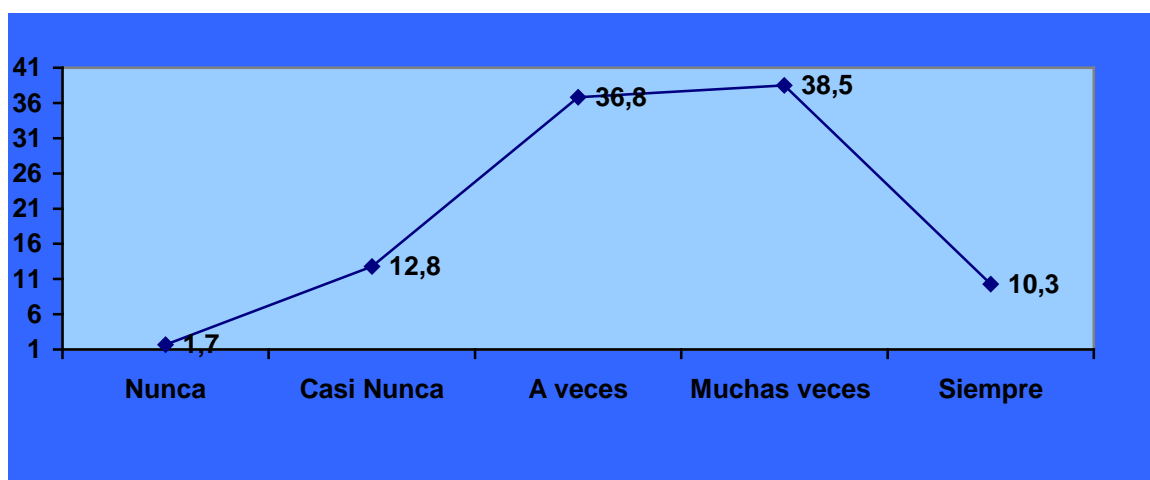




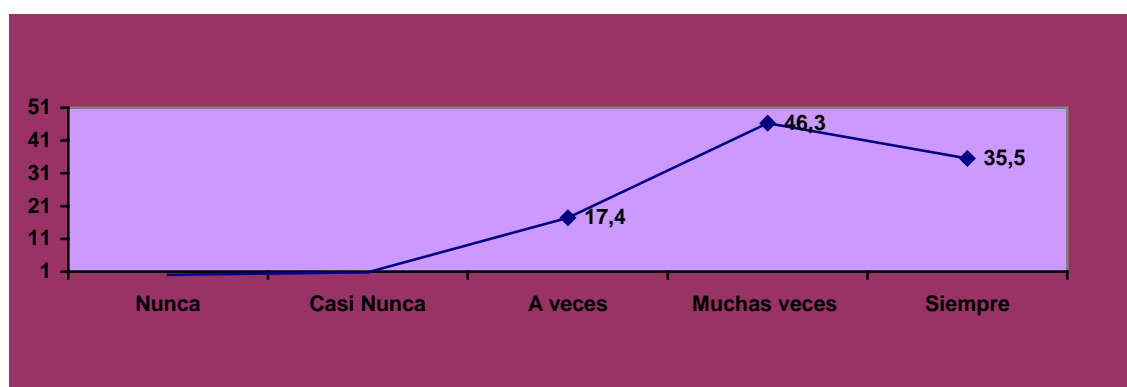
Las sustituciones de enfermería en triaje se realizan por personal con experiencia en el puesto.



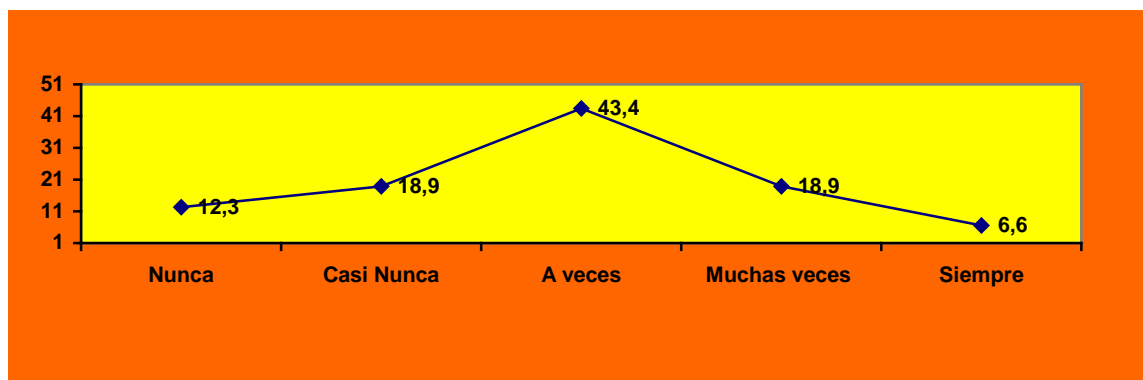
Tengo recursos materiales suficientes para hacer mi trabajo de forma adecuada:



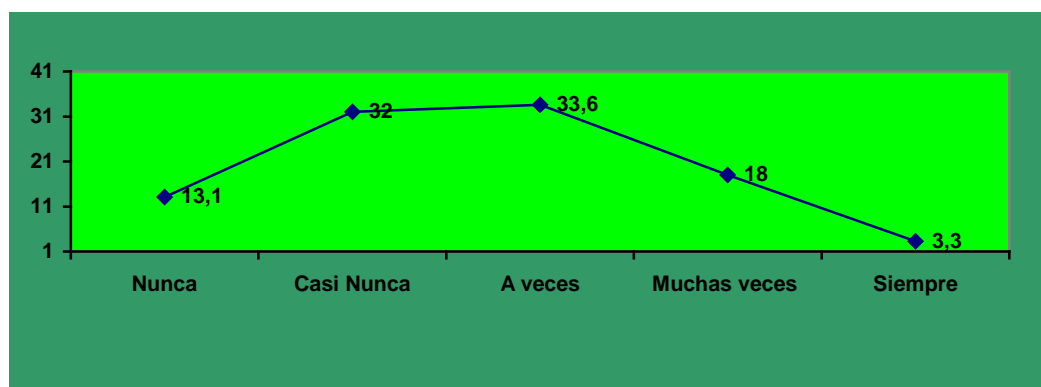
Al final del día de trabajo me suelo encontrar cansado:



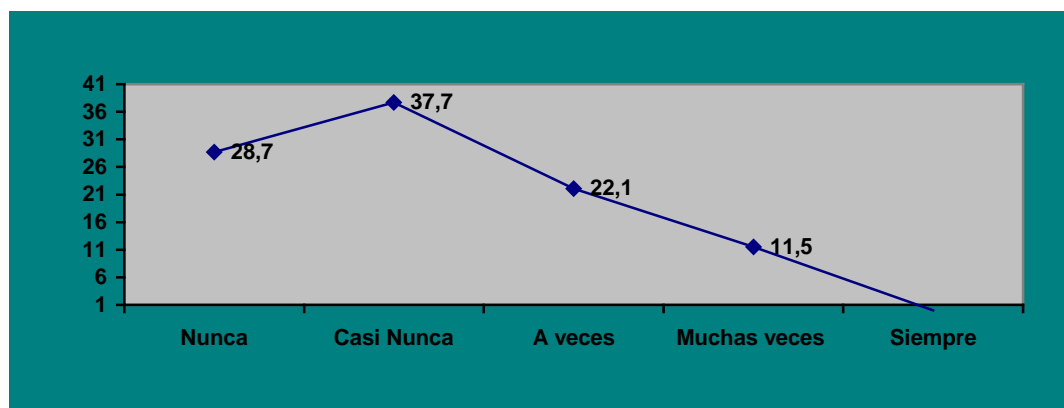
**Fuera del hospital pienso en cuestiones relacionadas con mi trabajo:**



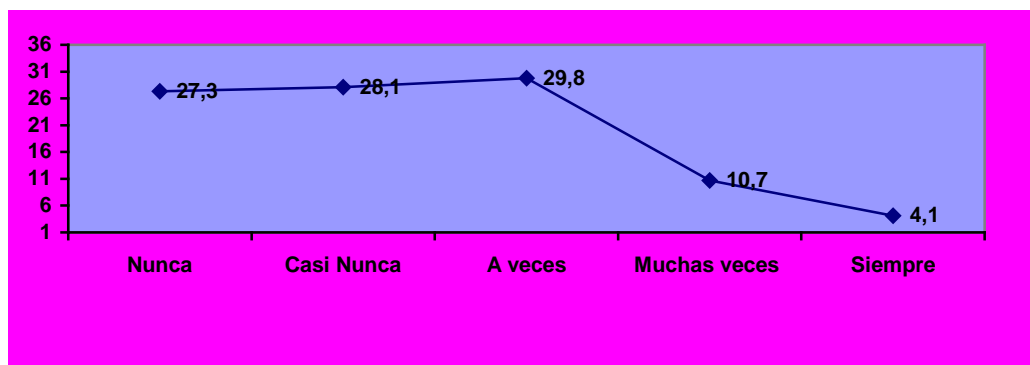
**El trabajo en el hospital perturba mi estado de animo, mi salud, mi sueño:**



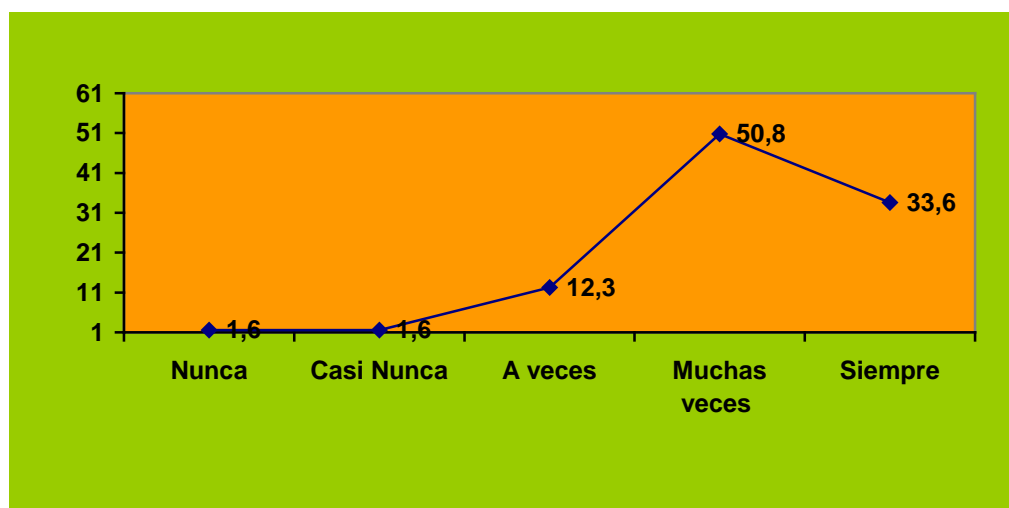
**La competitividad en el lugar de trabajo me causa estrés o tensión:**



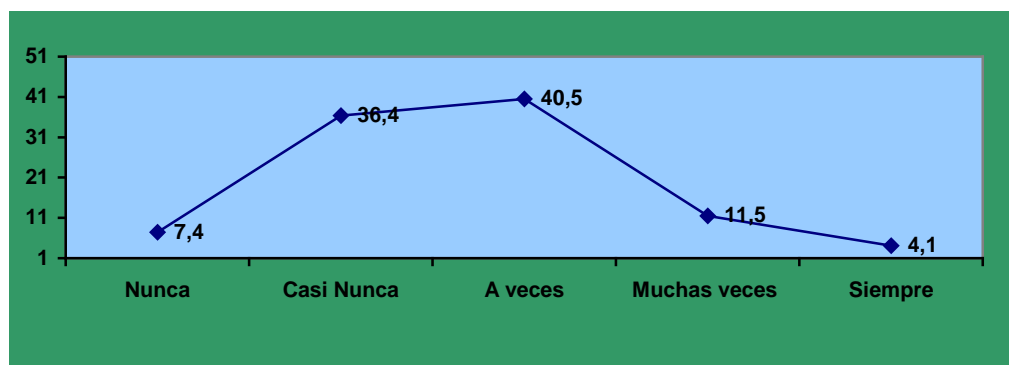
**Pienso en cambiar de servicio:**



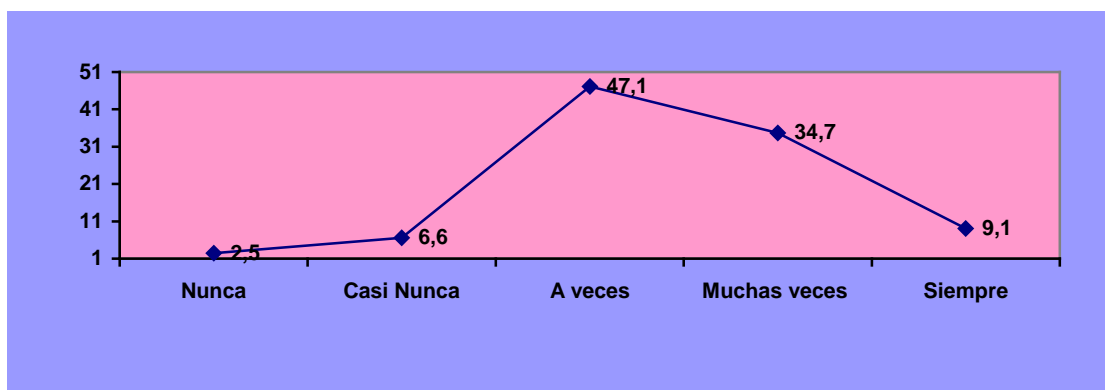
**La relación con compañeros de mi mismo estamento es satisfactoria:**



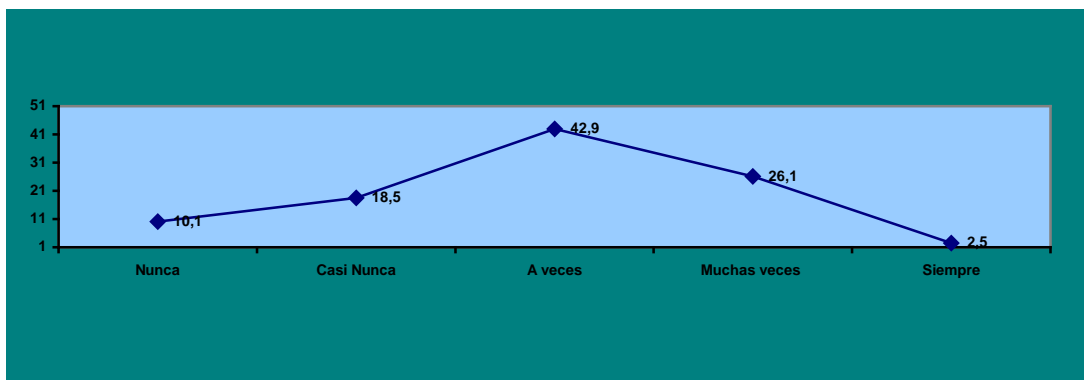
**La relación entre médicos y enfermeras en mi servicio es tensa:**



**Mi trabajo es reconocido por mis compañeros:**



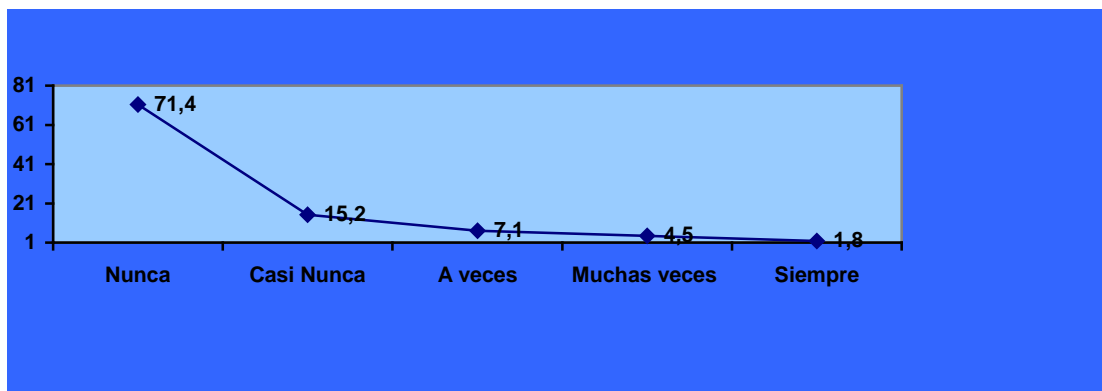
**Mi trabajo es reconocido por otros profesionales de mi centro:**



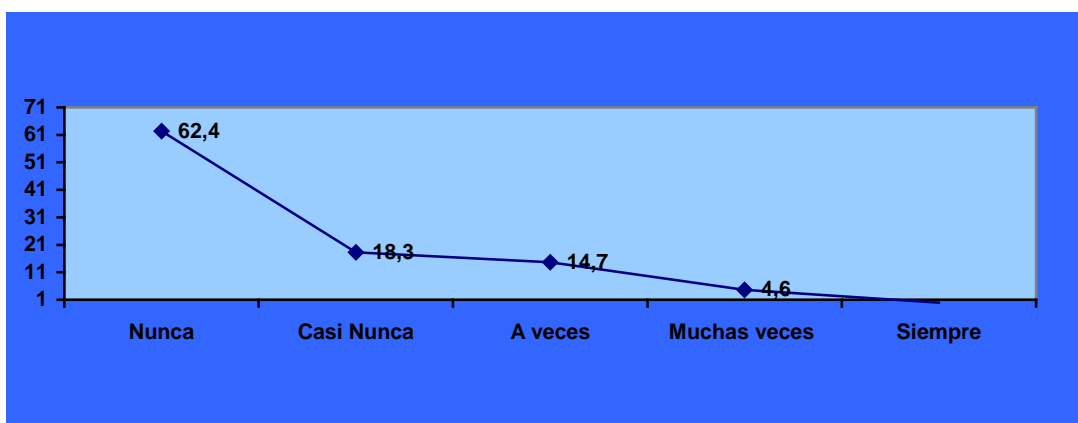
**Mi hospital facilita la formación en triaje:**



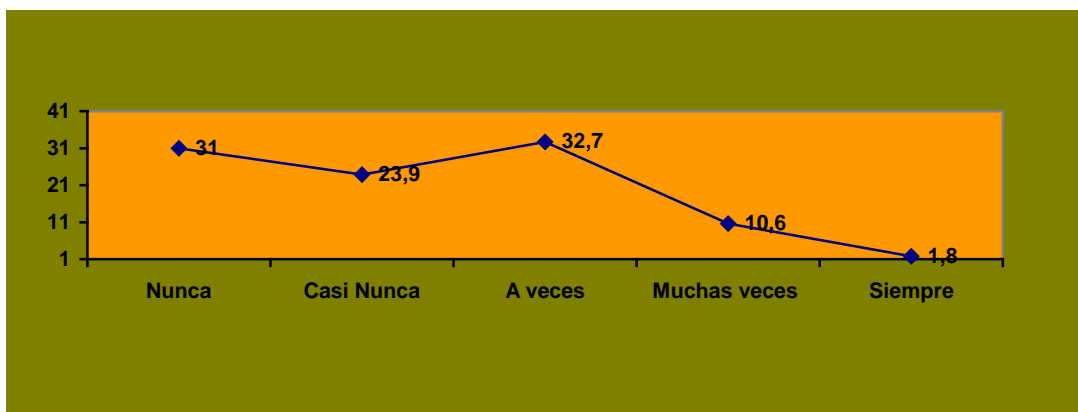
**Asisto a cursos, seminarios de triaje:**



**Mi servicio organiza cursos o sesiones de formación dirigidos al personal de triaje:**

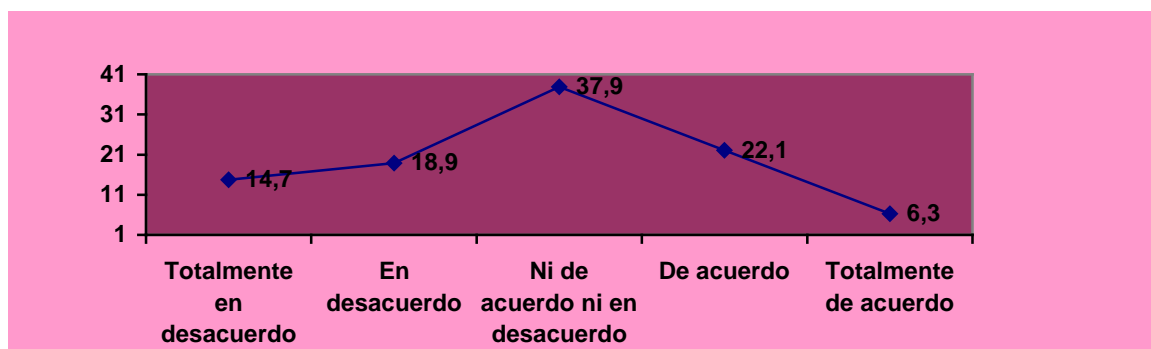


**En mi hospital el triaje que se realiza es el adecuado:**

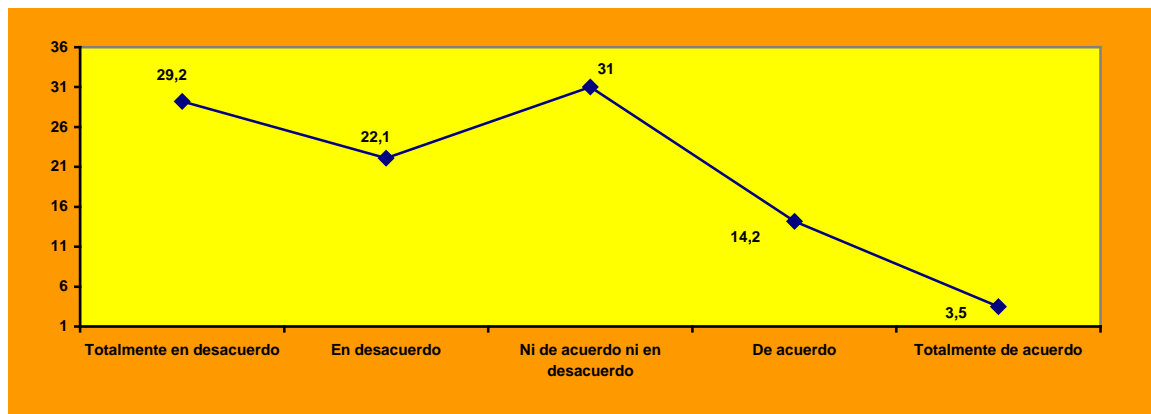


## ESCALAS DE LIDERAZGO

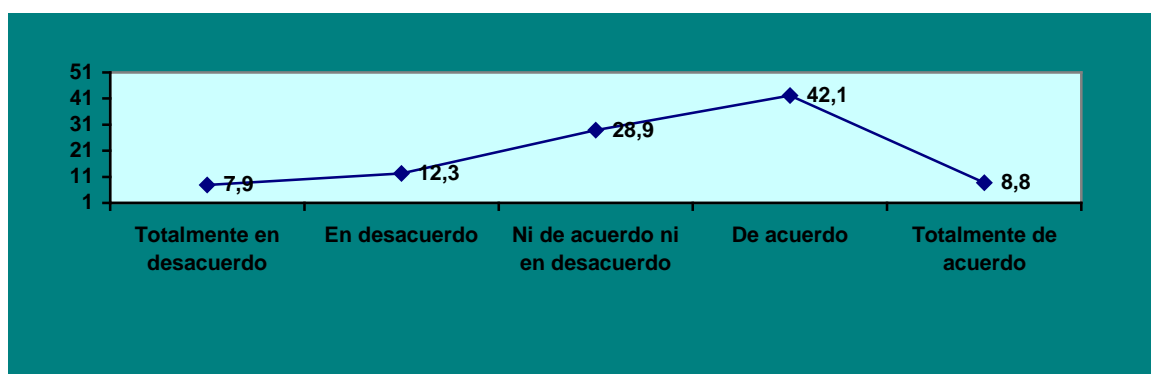
Tengo oportunidades de aprender cosas nuevas cuando ejerzo el triaje en los servicios de urgencias, las personas encuestadas contestaron a la pregunta anteriormente formulada según las estadísticas del siguiente gráfico:



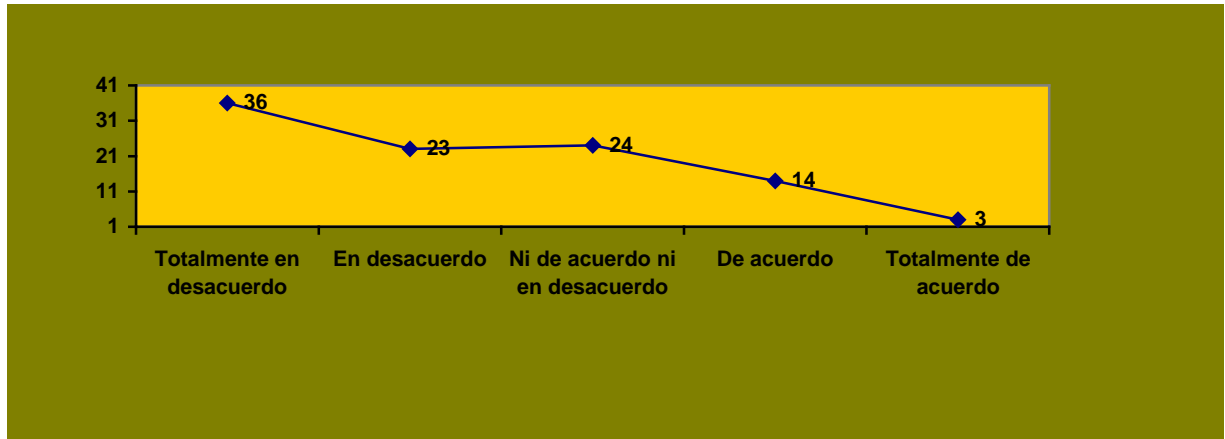
En mi hospital tengo posibilidades de promocionarme profesionalmente:



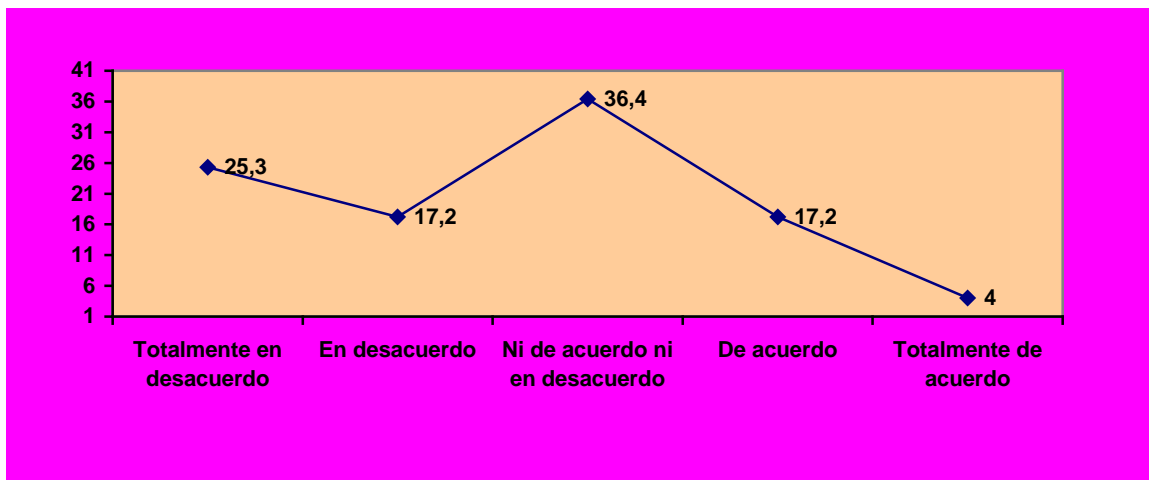
Tengo autonomía e independencia para realizar mi trabajo:



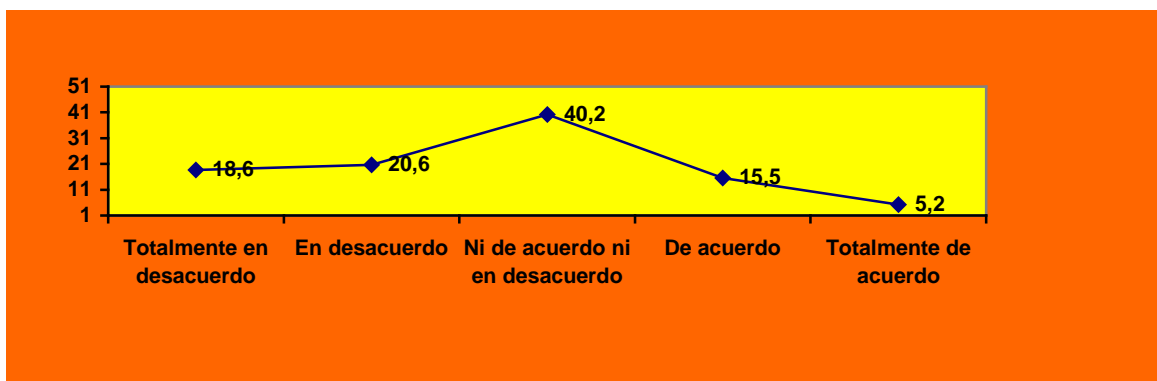
**La dirección del hospital reconoce el trabajo de la persona que ejerce el triaje:**



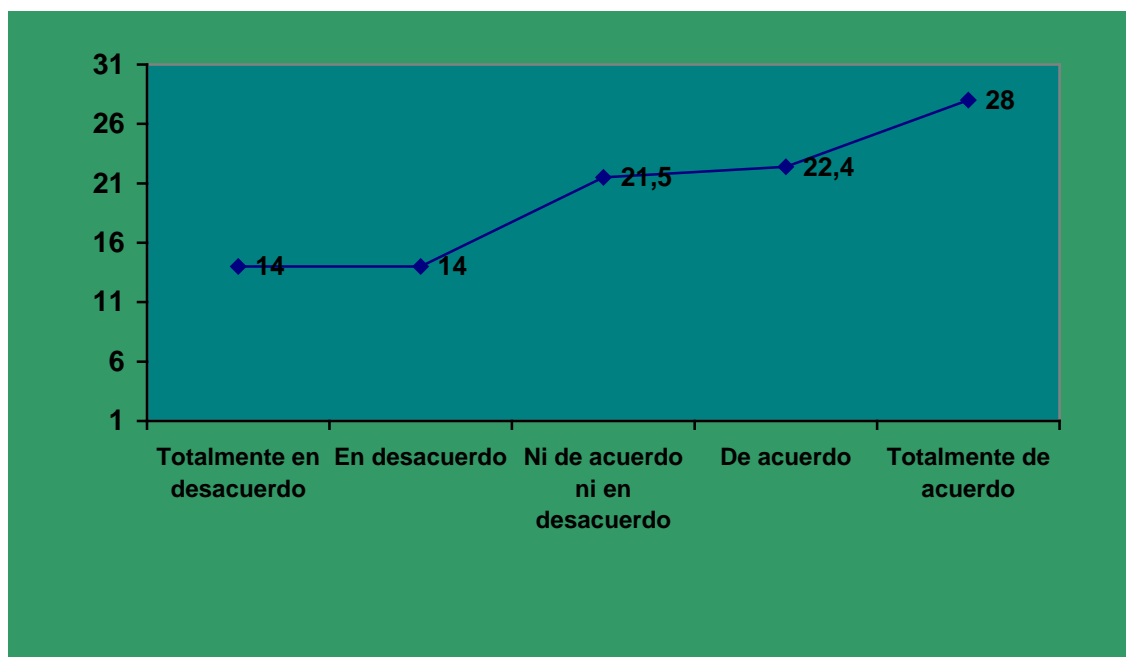
**El/la supervisora tiene en cuenta las sugerencias de la persona que ejerce el triaje:**



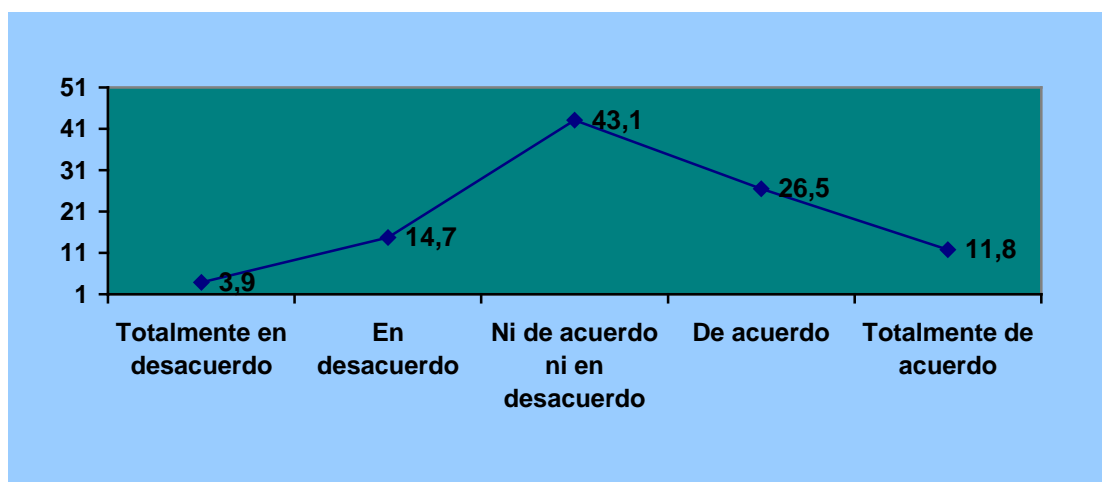
**El equipo médico tiene en cuenta las sugerencias de la persona de triaje**



**Es necesaria una especialidad en enfermería para trabajar como enfermera de triaje:**

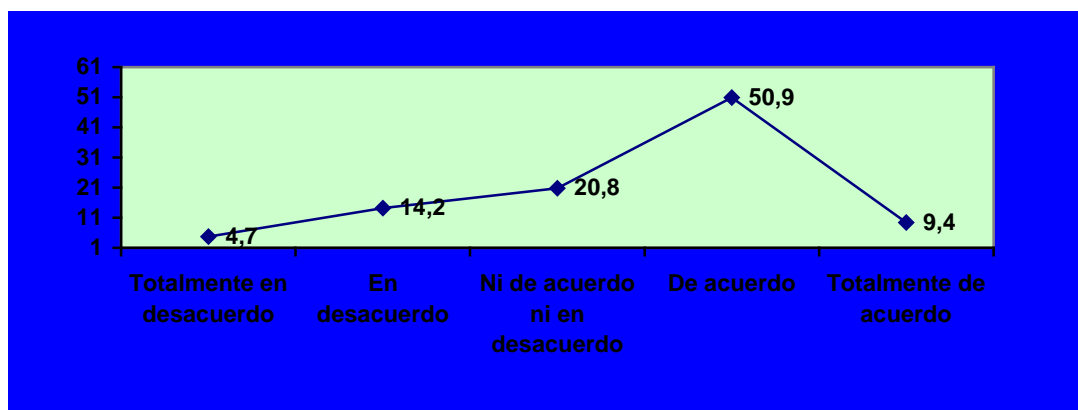


**Tiene confianza en si mismo:**

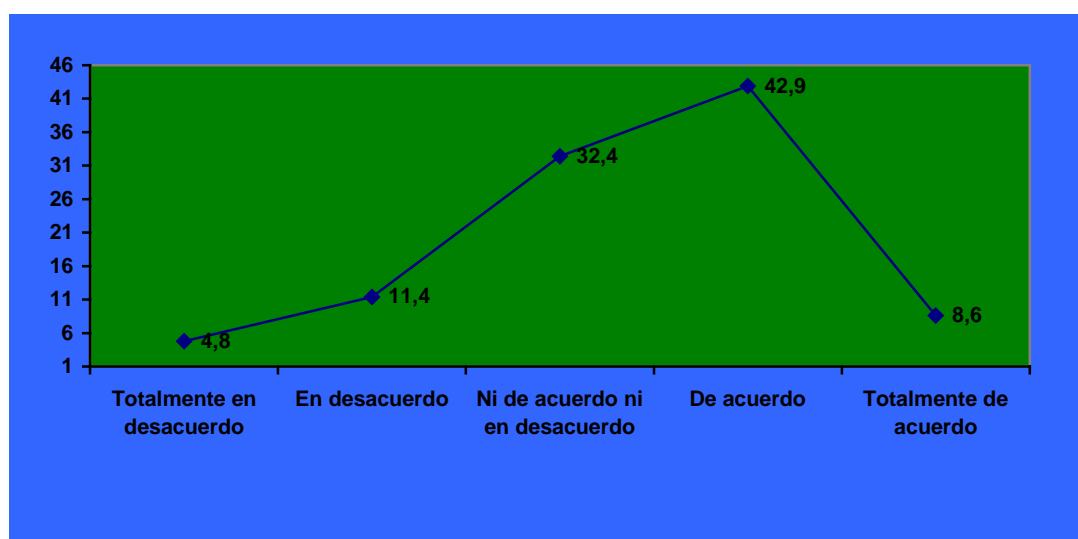




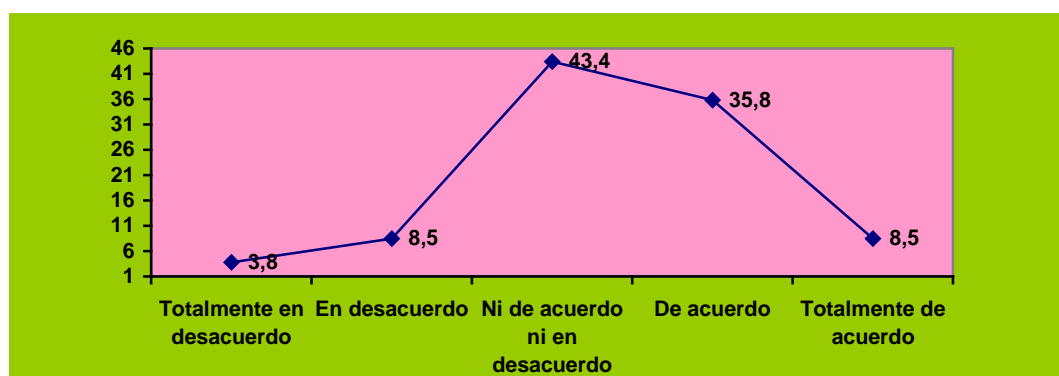
**Tienen capacidad de trabajo en equipo:**



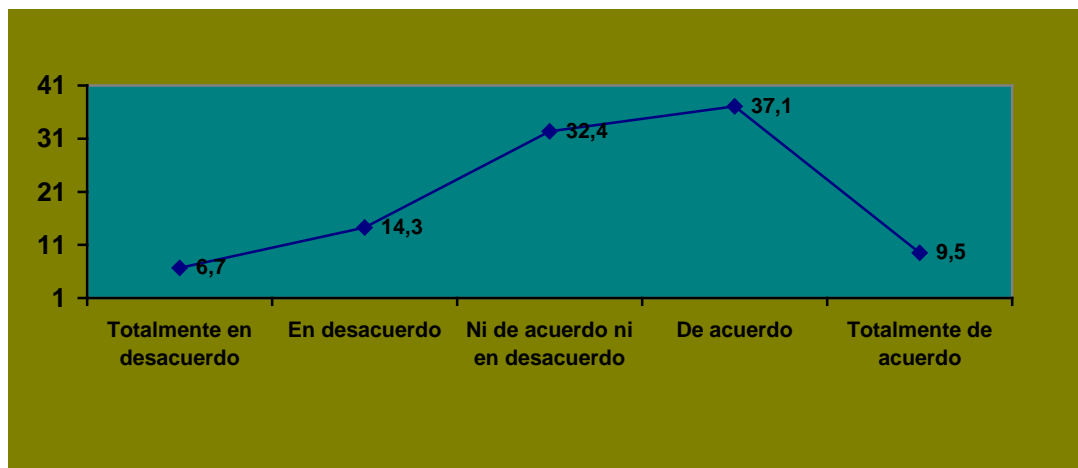
**Son hábiles para afrontar situaciones estresantes:**



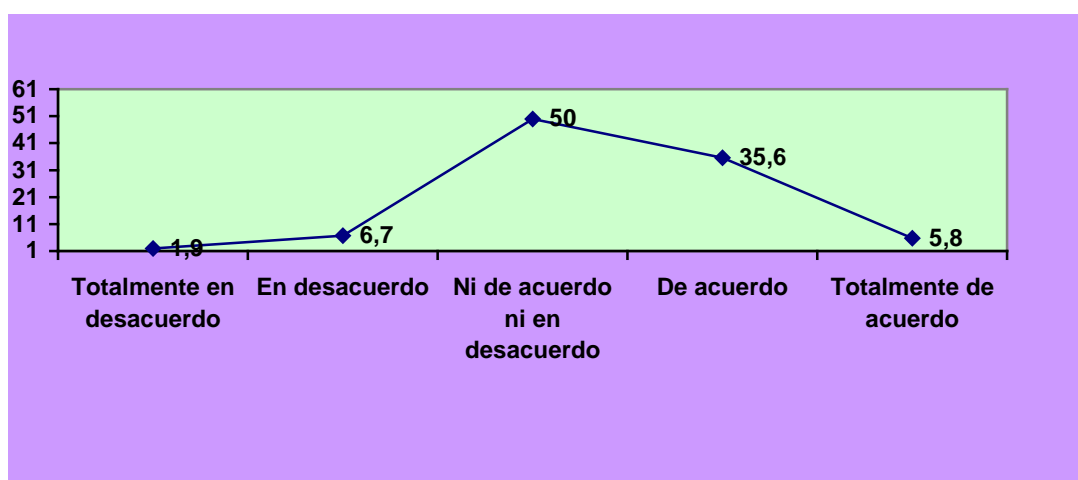
**Son sensibles a las necesidades de sus compañeros:**



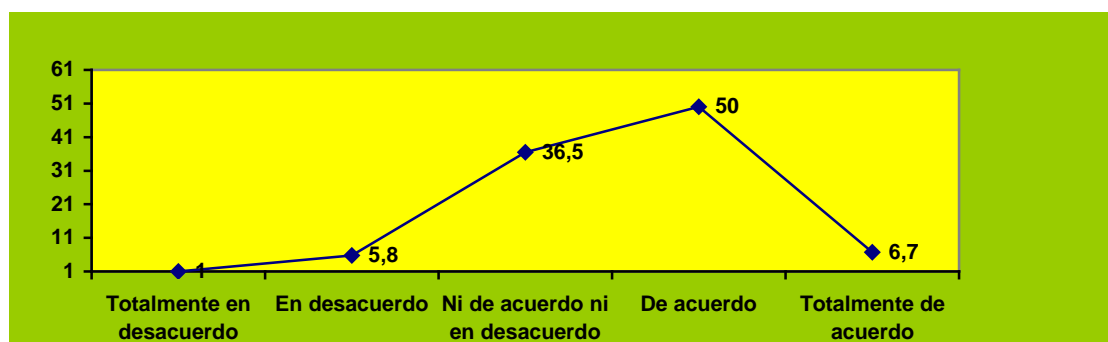
**Tienen capacidad de tomar decisiones:**



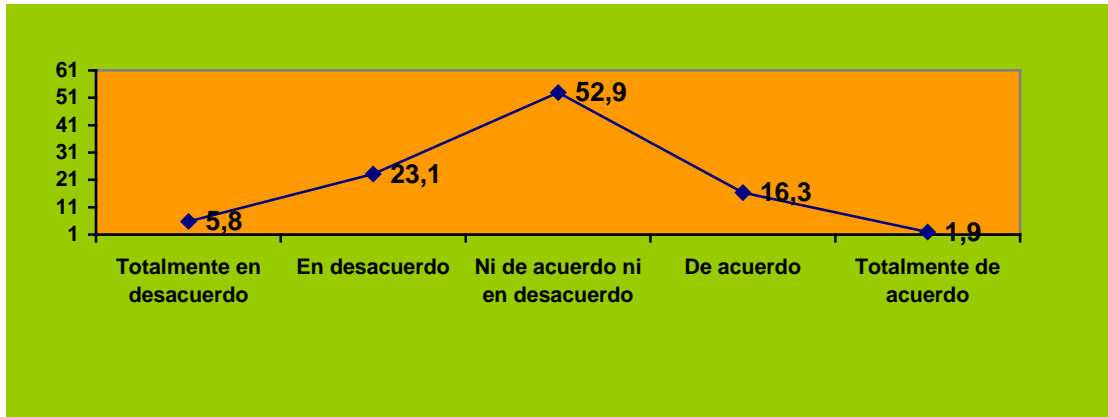
**Son empáticos.**



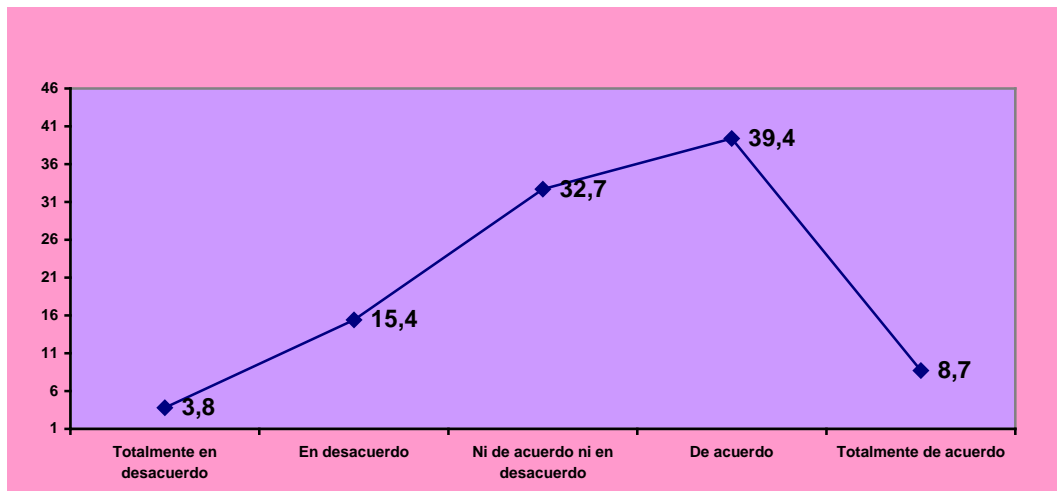
**Son agradables en el trato con los demás:**



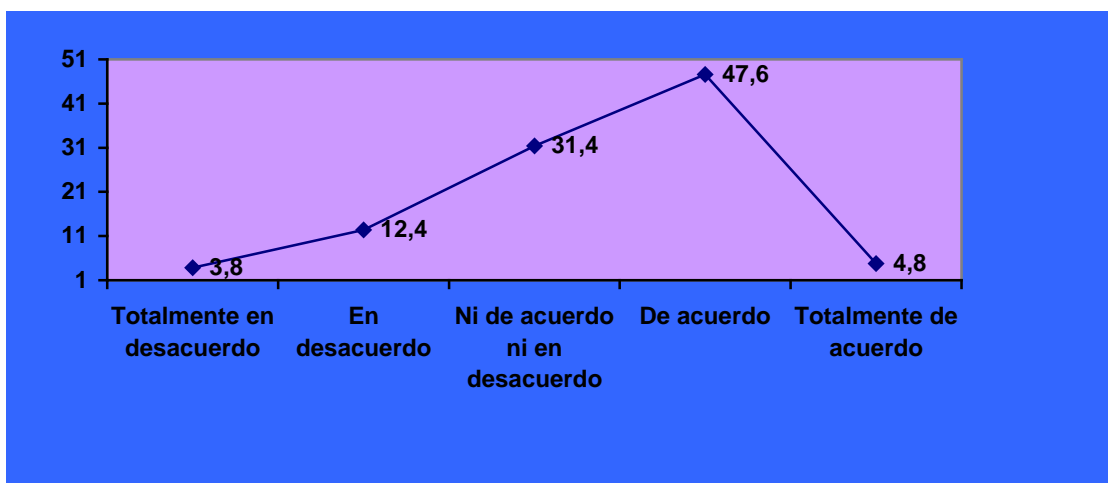
**Tratan de imponer sus ideas:**



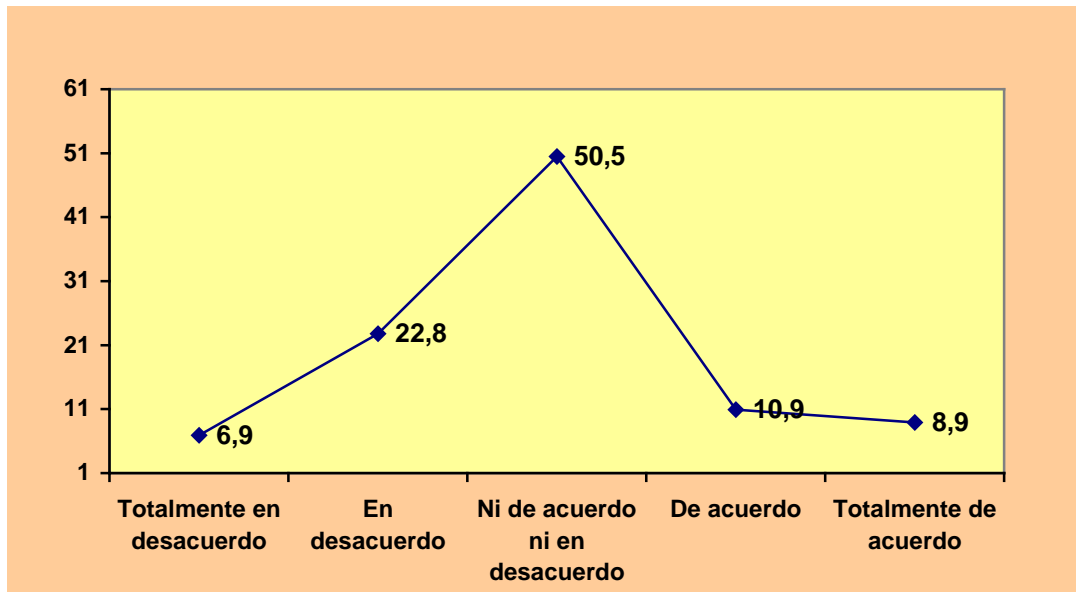
**Son eficaces:**



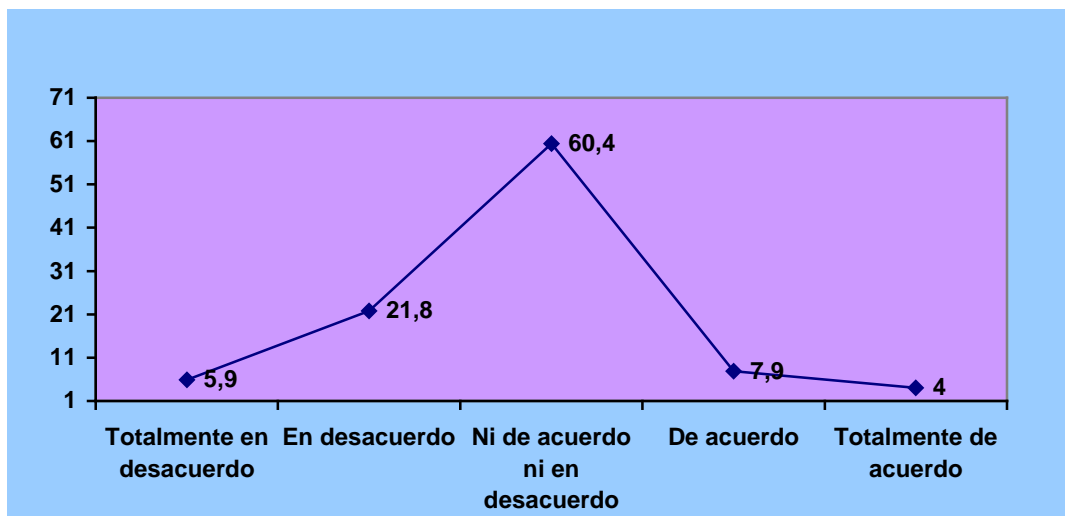
**Saben adaptarse a las circunstancias**



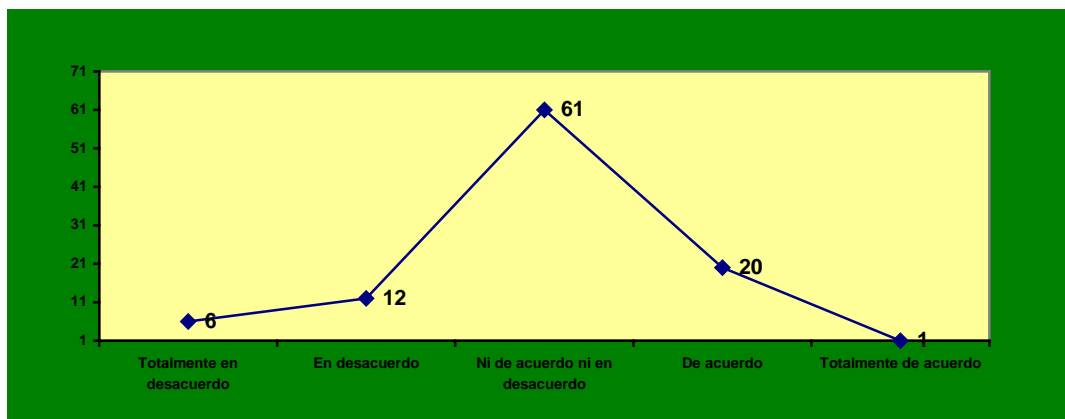
**Son individualistas:**



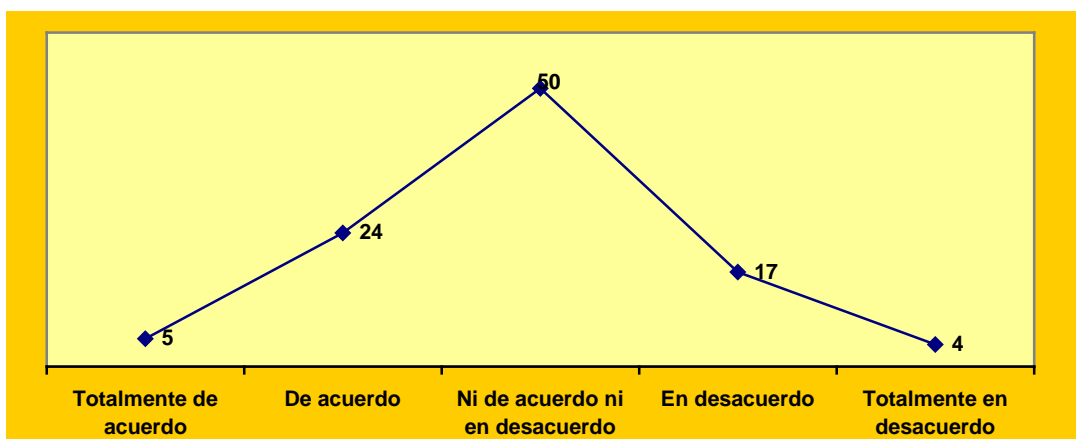
**Son ambiciosos:**



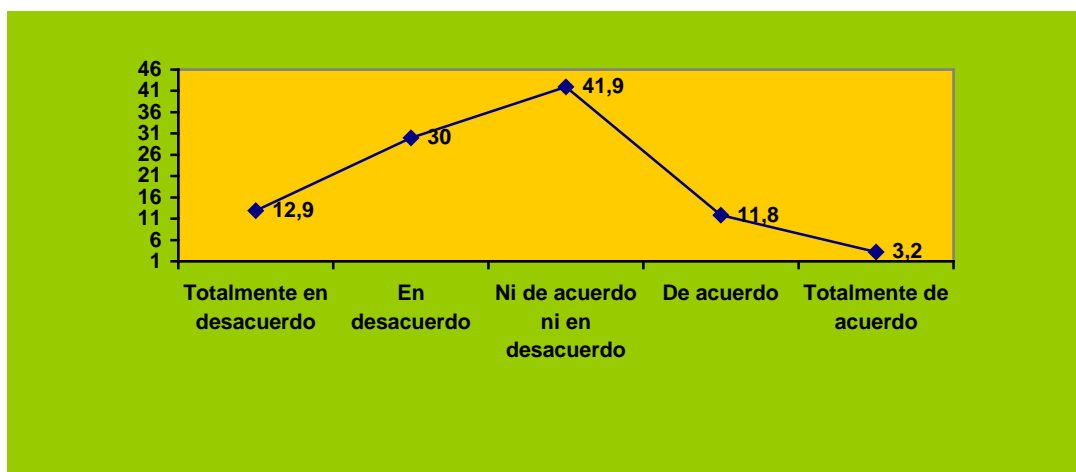
**Saben negociar:**



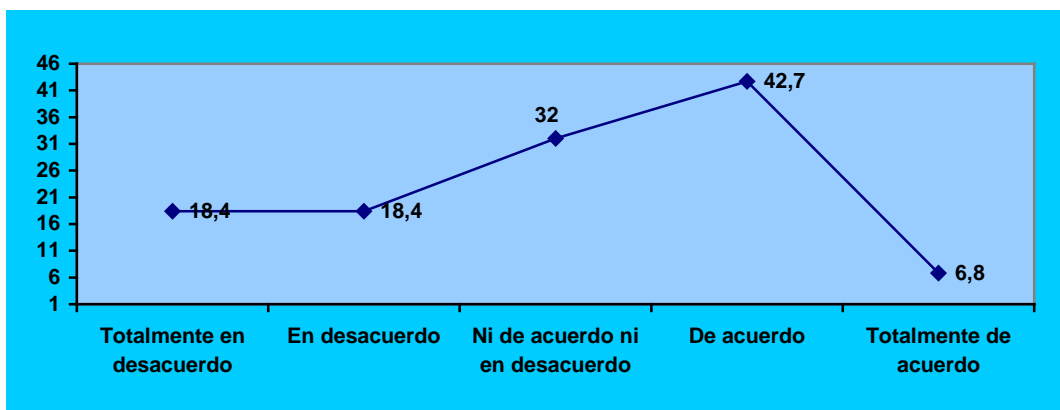
**Tienen una alta capacidad intelectual:**



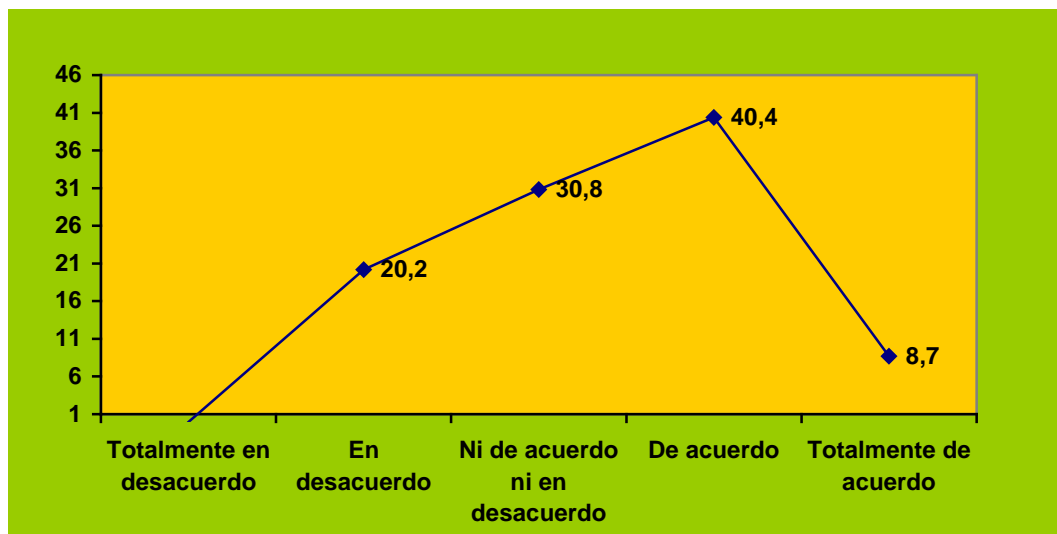
**Dedican muchas horas al trabajo después de la jornada laboral**



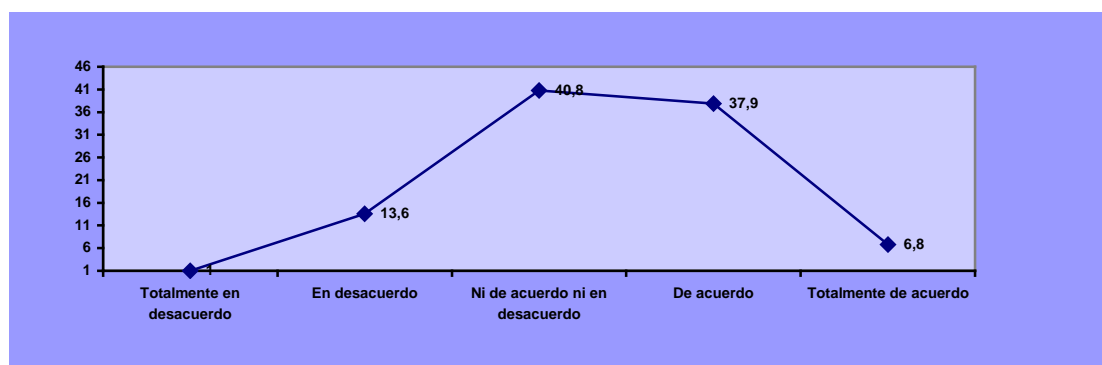
**Son competencias en su trabajo**



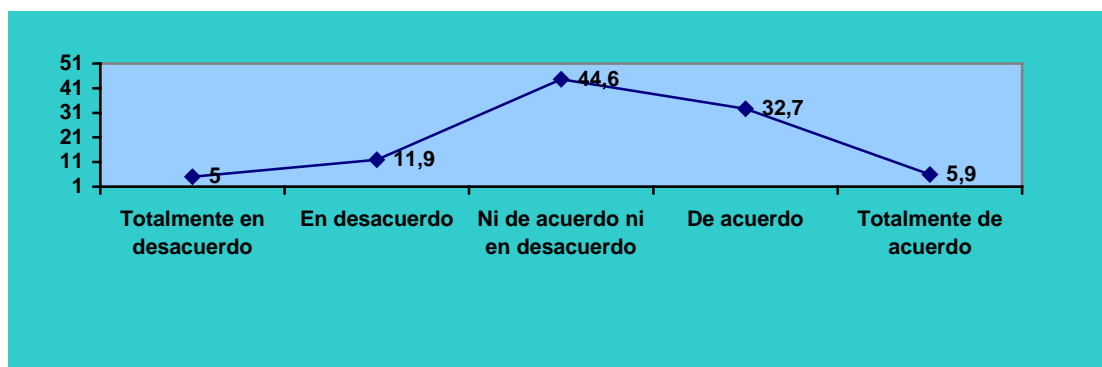
**Conocen bien su trabajo:**



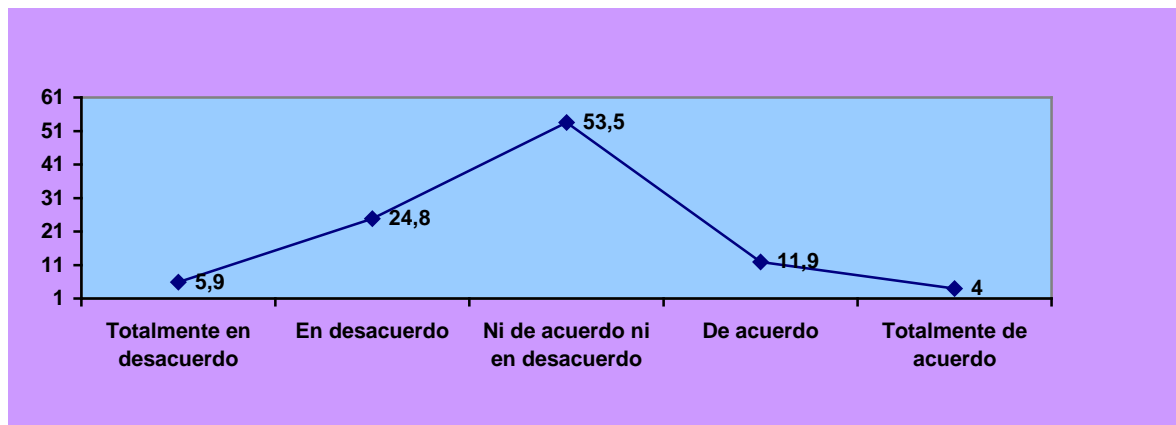
**Comparten sus conocimientos con otros compañeros:**



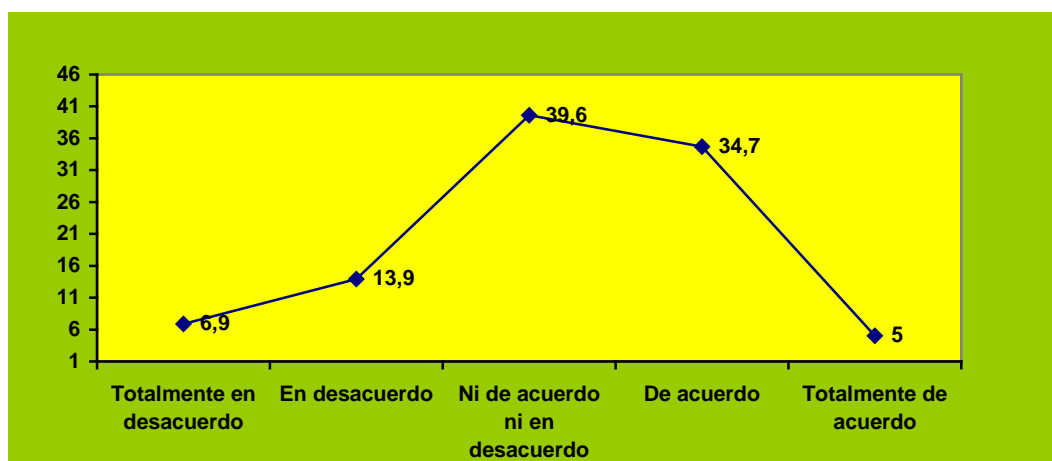
**Llevan mucho tiempo en la empresa:**



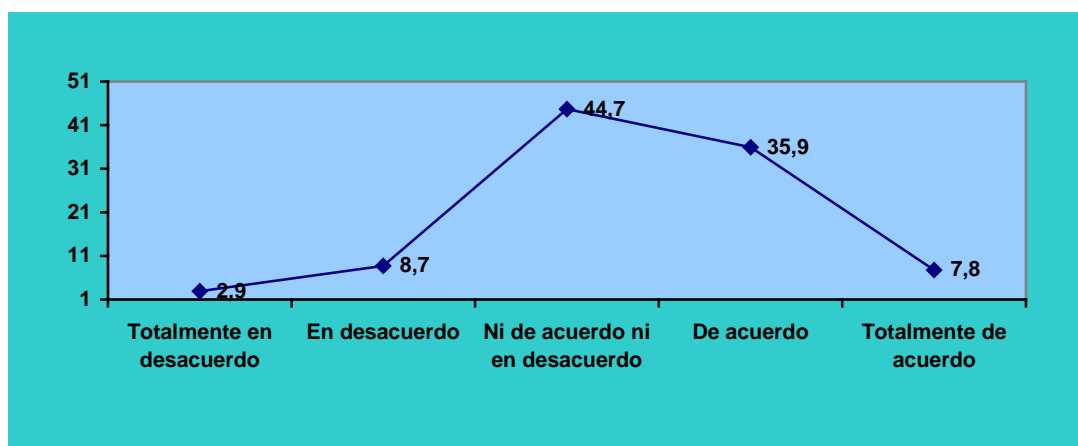
**Se dejan llevar por los sentimientos:**



**Son capaces de asumir riesgos:**

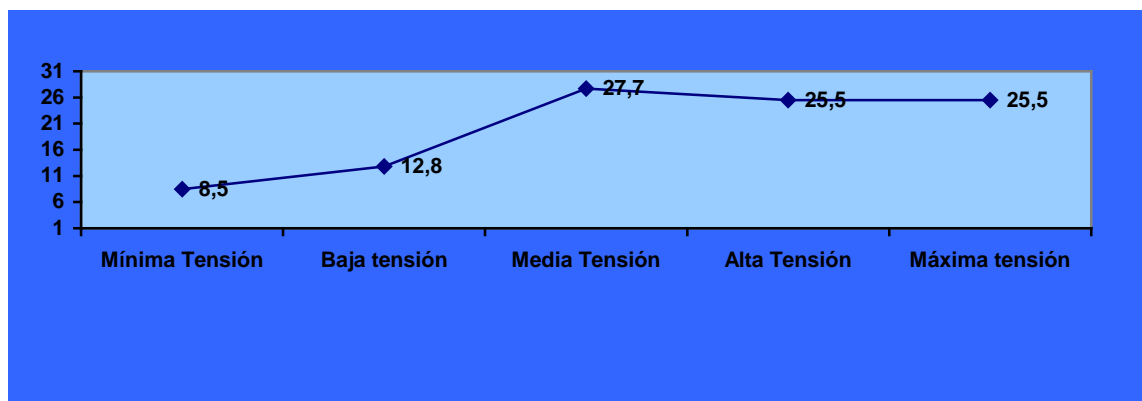


**Saben delegar responsabilidades:**

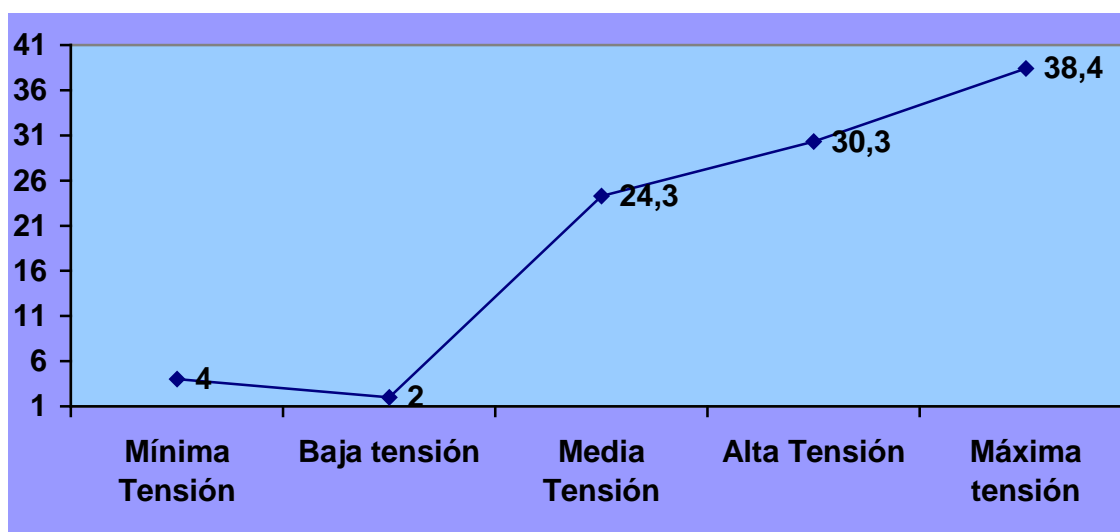


## NIVEL DE TENSION

### Personal médico nuevo en triaje:

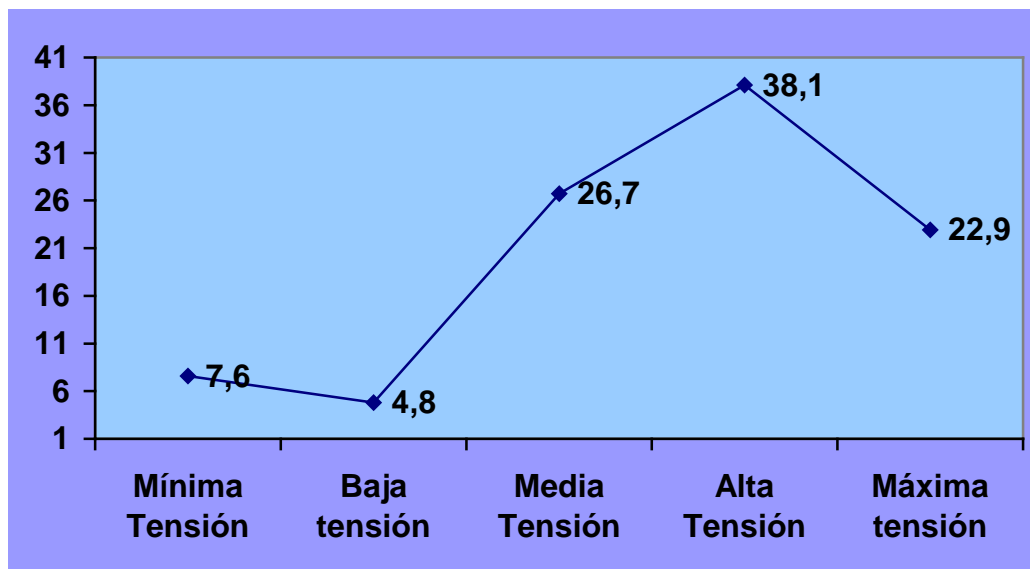


### Personal enfermero inexperto en triaje:

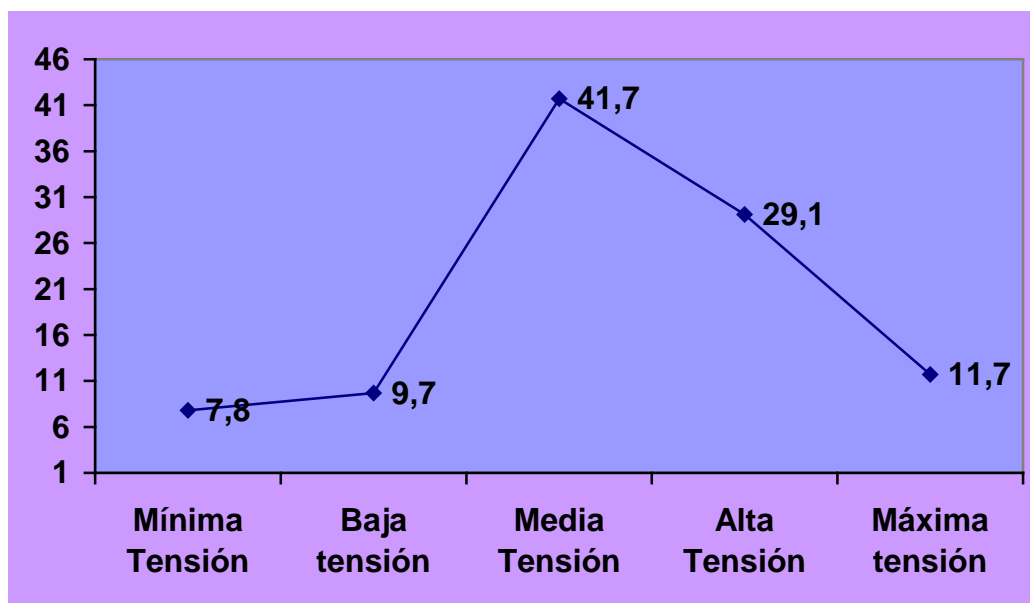




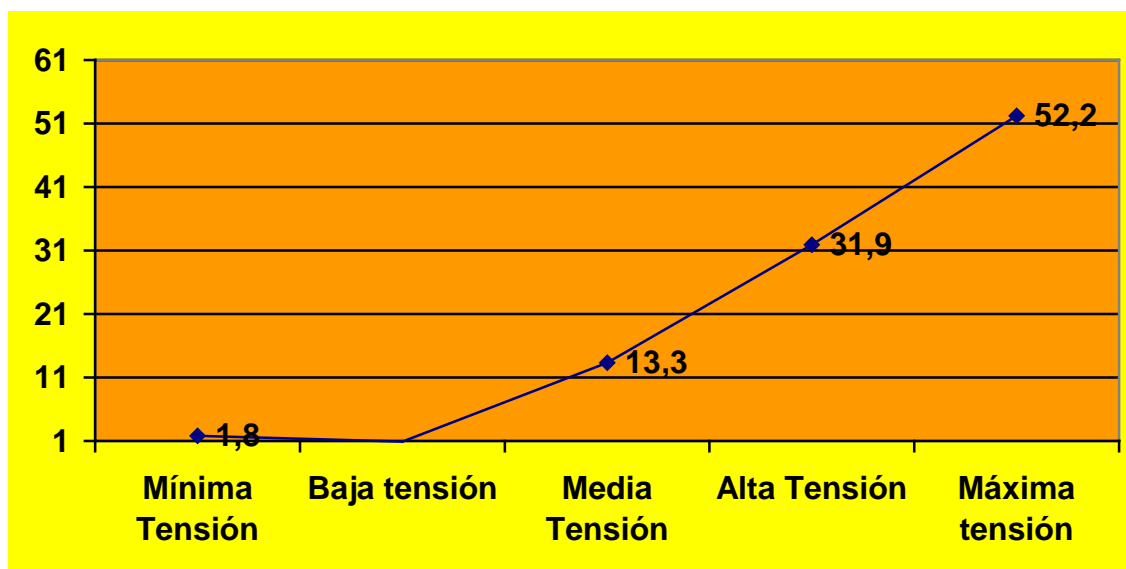
**Quejas por parte de familiares en triaje:**



**Quejas por parte de enfermeros en triaje:**

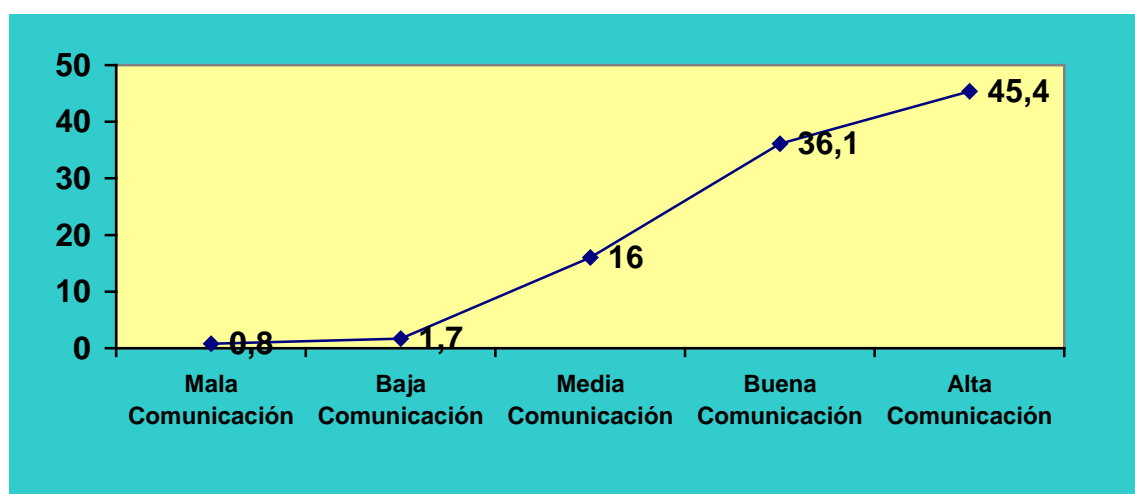


### Colapso en urgencias:



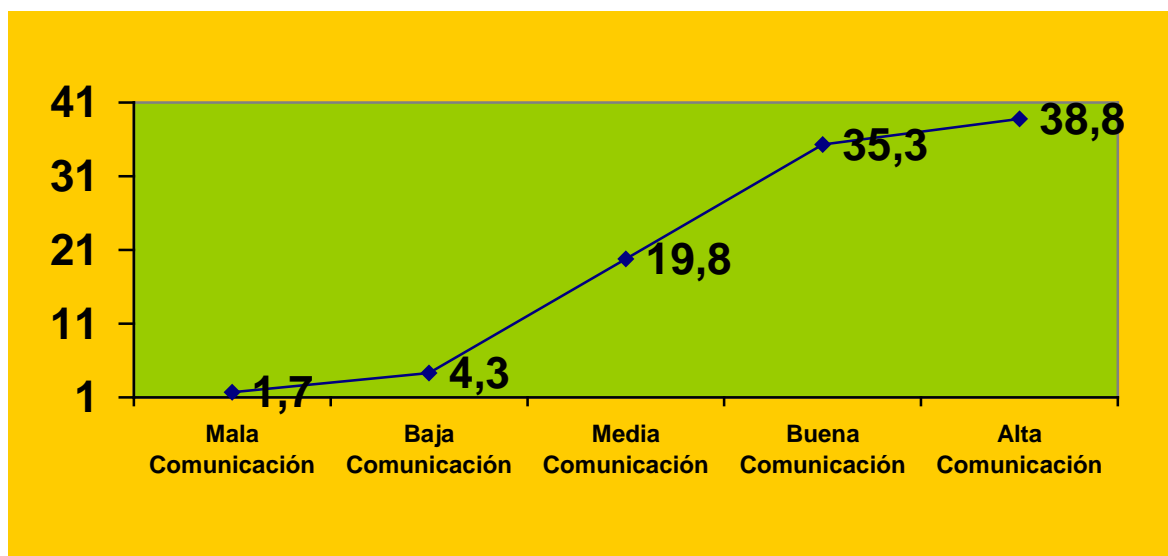
### NIVEL COMUNICACIÓN

#### Enfermería:

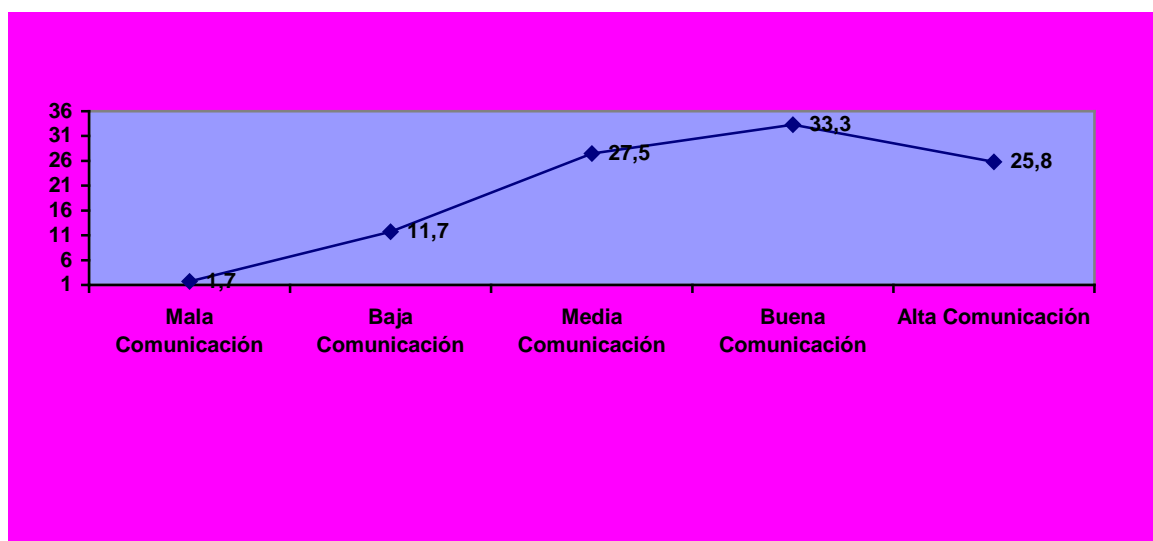


:

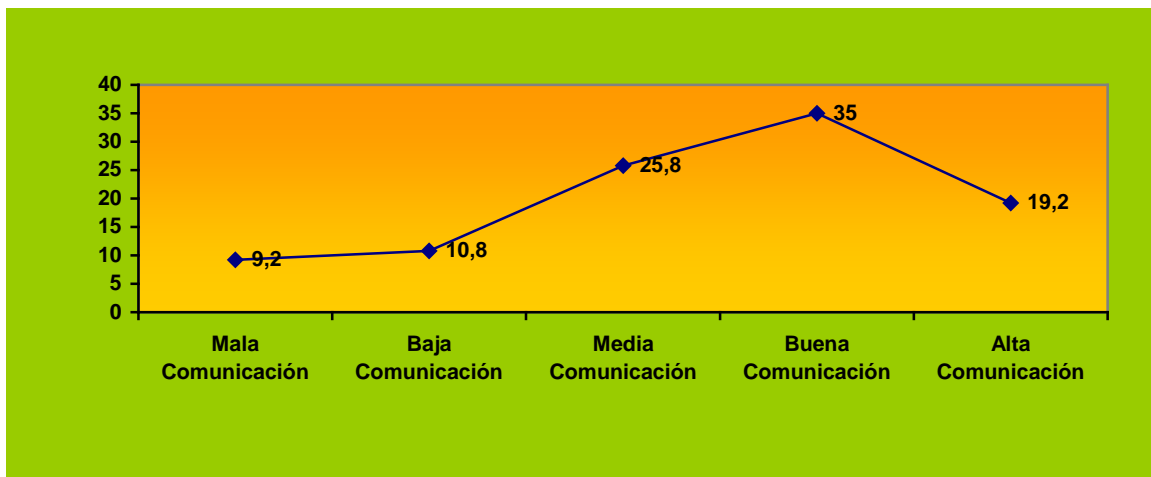
**Auxiliares:**



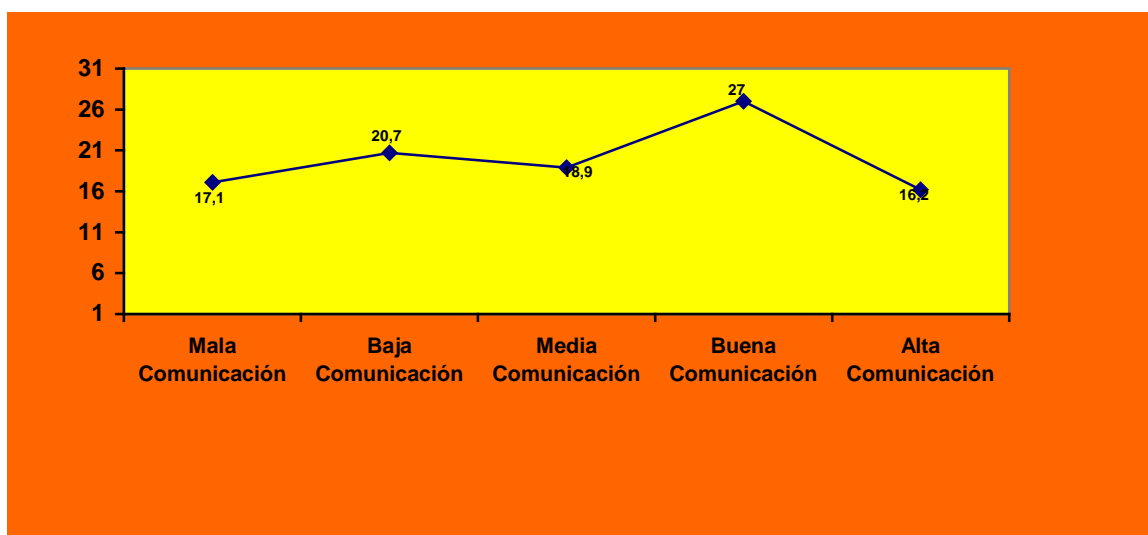
**Médicos:**



**Coordinadoras de enfermería:**



**Coordinador médico de la guardia de urgencias:**



## VIII. CRONOGRAMA

	30 Marzo del 2007	25 de abril del 2007	17 de Septiembre del 2007	16 de Octubre del 2007	27 de Noviembre del 2007	28 enero del 2008	30 de Abril del 2008	20 de Octubre del 2008
<u>Presentación del Proyecto</u>	→							
<u>Aprobación del Proyecto</u>		→						
<b>MARCO TEORICO</b>								
<u>Primer Borrador</u>			→					
<u>Segundo Borrador</u>				→				
<b>MARCO PRÁCTICO</b>								
<u>Indicadores</u>					→			
<u>Instrumentos</u>					→			
<u>Muestra</u>					→			
<u>Recogida Información</u>						→		
<u>Análisis Información</u>							→	
<b><u>Entrega del trabajo</u></b>								→

