



TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Curso 2021 /2022

Proyecto de Investigación

**Estudio de caso sobre la situación de la
Enfermería Rural: Zona Básica de Salud de
Villadiego, Burgos. España.**

Autora: Laura Olalla Gil

Tutor/a:

Diego Serrano Gómez.

Jesús Puente Alcaraz.



1. Nombre de la revista seleccionada:

Journal of Rural Health. Wiley Online Library

ISO ABBREVIATION---- J. Rural Health

JCR ABBREVIATION---- J RURAL HEALTH

2. Ficha técnica de la revista:

- **ISSN:** 0890-765X
- **EISSN:** 1748-0361
- **Inicio:** 1998
- **Periodicidad:** Trimestral
- **País:** USA. Estados Unidos.
- **Idioma:** Inglés.
- **Arbitraje:** Política de revisión por pares.
- **Clasificación:** Health policy & services - SSCI public, environmental & occupational health - SSCI public, environmental & occupational health - SCIE health care sciences & services – SCIE.
- **CIRC** (clasificación integrada de revistas científicas): A⁺
- **Factor de impacto:** 4.333 (2020) Clarivate Analytics Journal Citation Reports.
- **Rango de categoría JCR:** 22/107 (Q1) Category Health Care Sciences & Services SCIE. 9/88 (Q1) Category Health Policy & Services SSCI. 23/176 (Q1) Category Public, Environmental & Occupational Health SSCI. 44/203 (Q1) Category Public, Environmental & Occupational Health SCIE.

3. Justificación de la revista seleccionada

The Journal of Rural Health es una revista dedicada al avance de la investigación sobre políticas sanitarias, atención médica y salud de la población. Está patrocinada por la Asociación Nacional de Salud Rural (NRHA) de EE.UU.

La naturaleza de la revista, así como como los indicadores de impacto y la rigurosidad de las publicaciones mediante la revisión por pares, han propiciado su reconocimiento a nivel internacional.

Algunos de los temas abordados tales como: salud pública, sanidad rural y las políticas sanitarias coinciden con los objetivos y resultados finales del presente Trabajo Fin de Máster.

Cabe destacar el acceso abierto de la revista, un hecho de valor al llegar a un mayor número de profesionales. La publicación en acceso abierto no supondrá un coste a la autora debido al acuerdo entre la editorial y la Conferencia de Rectores de Universidades (CRUE) entre las que se encuentra la Universidad de Burgos.

4. Link de las normas de publicación de la revista seleccionada

<https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/17480361/homepage/forauthors.html>



Carta de presentación al Editor

Laura Olalla Gil, Nurse of Primary Attention in Burgos, Spain.

Master in Research and New Challenges from the University of Burgos.

Adress: C/ José María de la Puente, 09006 Burgos.

Telephone number: +34 636225601

email: lolallag@saludcastillayleon.es

Tyrone F. Borders, PhD, editor The Journal of Rural Health.

June 1, 2022

Dear Tyrone F. Borders:

First of all, congratulations on your journal. For me, it is an international benchmark on various aspects of Primary Care, with excellent impact indicators and great rigor in its publications.

I am pleased to submit an original research article entitled " Case study on the situation of Rural Nursing: Basic Health Zone of Villadiego, Burgos. Spain" for consideration for publication in The Journal of Rural Health. The study starts from the great demographic changes that have been exacerbated in recent years, the geographical dispersion of rural health patients in Spain and the increase in chronic pathologies in the population.

In this manuscript, we show the increase in home visits compared to urban areas, the difficulties that nurses in rural areas encounter during their care and assistance and the need to promote and develop new individualized health policies around rural health in Spain.

We believe that this manuscript is appropriate for publication by The Journal of Rural Health because some of the topics addressed in the journal such as: public health, rural health and health policies match with the objectives and final results of the Master's Thesis.

The manuscript has not been previously published in whole or in part. Likewise, the document is not currently being considered for publication in another journal and the authors that appear in it have personally and actively participated in the work, considering themselves jointly and individually responsible for its content.

Finally, mention that throughout the study all relevant ethical guarantees have been met in relation to the protection of patient or subject data.

If you feel that the manuscript is appropriate for your journal, we suggest the following reviewers:

Laura Olalla Gil - lolallag@saludcastillayleon.es

Diego Serrano Gómez - dserrano@ubu.es

Jesús Puente Alcaraz - jpalcaraz@ubu.es

Thank you for your consideration!

Sincerely,

Laura Olalla Gil, Nurse of Primary Attention, Burgos, Spain.



Estudio de caso sobre la situación de la Enfermería Rural: Zona Básica de Salud de Villadiego, Burgos. España.

Laura Olalla Gil ¹, Jesús Puente Alcaraz ², Diego Serrano Gómez ²

¹ Enfermera Atención Primaria Área de Salud de Burgos. Centro de Salud Villadiego (Burgos) Avenida Reyes Católicos, 09120 Villadiego, Burgos.

Teléfono de contacto: +34 636225601 --- email: lolallag@saludcastillayleon.es

² Universidad de Burgos, Paseo de los Comendadores, s/n, 09001 Burgos, España; dserrano@ubu.es; jpalcaraz@ubu.es

* Correspondencia: lolallag@saludcastillayleon.es

Resumen

Introducción: La población rural envejece, y consigo aumentan las enfermedades crónicas, muy demandantes de cuidados y asistencia. La despoblación y la gran dispersión suponen inconvenientes en el acceso y la asistencia sanitaria. Todo ello favorece que un porcentaje de la población tenga serias dificultades en el acceso a los servicios de Atención Primaria pese a que su estado de salud así lo requiera.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio mixto mediante el análisis cuantitativo de las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral entre Enfermeras urbanas y rurales de la provincia de Burgos, y el análisis cualitativo de las experiencias y necesidades percibidas mediante un grupo focal de 6 enfermeras rurales de la provincia de Burgos.

Resultados: El análisis cuantitativo determinó el mayor uso de los servicios sanitarios y de las visitas domiciliarias por la población rural. El grupo focal señaló que, para garantizar el acceso de los pacientes de zonas rurales a los servicios sanitarios, sean los propios profesionales los que acudan al lugar de residencia de estos. En este sentido, el papel de la enfermera visitadora y su prestación de cuidados a domicilio es fundamental y no siempre se tiene en cuenta por parte de los planificadores de políticas sanitarias para el medio rural.

Conclusiones: El acceso a los servicios de salud esenciales y de calidad es uno de los objetivos marcados por Naciones Unidas. La gestión sanitaria debe de adaptarse a las necesidades de las zonas rurales dedicando esfuerzos específicos a mejorar su financiación y adaptando los servicios sanitarios a las necesidades particulares de cada uno de los territorios y sus habitantes.

Palabras clave: Salud Rural; Enfermería en Salud Comunitaria; Política de salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.



Introducción

Los cambios sociales y demográficos acontecidos en las últimas décadas, han obligado a la puesta en marcha de nuevas políticas sanitarias a nivel mundial. ¹⁻³ El modelo sanitario de cada país determina el acceso, así como la asistencia sanitaria que recibe la población. ⁴⁻⁷

El correcto acceso y funcionamiento de Atención Primaria permite mejorar la efectividad y la eficiencia del sistema, al disminuir los costes sanitarios, así como posibilitar una mayor prevención y control de enfermedades, por medio de la atención comunitaria y la salud pública. ⁸⁻¹⁰ Del mismo modo, se produce una reducción en las desigualdades sociales en materia de salud, dando como resultado una mejora en los determinantes de salud de la población y una distribución más equitativa de los recursos. ^{8,11-14}

Existen múltiples países que, por sus características orográficas y la gran dispersión de la población se han visto obligados a investigar nuevos modelos de asistencia sanitaria, impulsando el acceso a la salud rural. Ejemplos claros de esta trayectoria son Australia y Canadá ¹⁵⁻¹⁸, quienes han demostrado la importancia de una buena asistencia sanitaria rural, dando como resultado a una población satisfecha con la calidad en la atención recibida y profesionales sanitarios más polivalentes. ^{19,20}

La mayor capacitación de los profesionales de enfermería rural conlleva que asuman nuevos roles, habilidades y destrezas con el fin de suplir las distancias, la falta de medios y las características de la población y así mejorar la atención y la calidad asistencial, comprobándose una mejoría en el consumo de recursos socio-sanitarios y en la calidad de vida de la población. ²¹⁻²⁴ Para ello, se debe de apostar por una formación adecuada y competente que permita el desarrollo, promoción y autonomía del profesional, adquiriendo competencias avanzadas. ^{25,26}

La provincia de Burgos es la provincia que más municipios comprende de todo el territorio nacional, con 371 municipios. Su Área de Salud se reparte en 22 Zonas Básicas Rurales, con el 25,41%¹ de las Tarjetas Sanitarias Individuales y 15 Zonas Básicas de Salud Urbanas, con el 74,58%. ²⁷

En las últimas décadas, se ha observado un aumento progresivo de personas mayores de 65 años, que constituyen actualmente el 25% del total de la población² de la provincia de Burgos. Esta cifra se ve aumentada hasta valores del 40% en zonas rurales. La población rural, consecuentemente padece un mayor número de enfermedades crónicas, y son por tanto muy demandantes de asistencia

¹ Cifras aportadas por la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Burgos.

² Cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadística <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31304>



y cuidados sanitarios, en su mayor parte asumidos por Enfermería de Atención Primaria, cuya plantilla rural se ha visto mermada en los últimos años³.

Estos cambios en la salud y la longevidad de la población, junto con el mayor aislamiento de las zonas rurales derivan en una mayor frecuencia de las visitas programadas y a domicilio.²⁸ Esto repercute en el trabajo diario de los profesionales, quienes, a pesar de tener un menor número de pacientes, deben asumir mayores tiempos y distancias para la atención sanitaria.^{29,30}

J. Tudor Hart manifestó hace ya 50 años en la Ley Inversa de Cuidados³¹ que son aquellas poblaciones envejecidas y pluripatológicas, con una elevada dispersión geográfica, quienes recibían menos cuidados a pesar de demostrar grandes necesidades de salud.

Pese al aumento de las necesidades de salud en la población rural, las nuevas medidas y modelos de políticas en la gestión asistencial de Atención Primaria no han demostrado ser efectivas, al regirse por el número de habitantes y no por sus necesidades y características socioculturales.^{3,13,32-34}

El objetivo principal del presente estudio es explorar la situación de la Enfermería Rural a través del estudio de caso de la Zona Básica de Salud de Villadiego, provincia de Burgos.

Como objetivos específicos se plantean:

- Conocer cómo se estructuran y desarrollan las condiciones de trabajo de Enfermería rural y de Enfermería urbana.
- Conocer la satisfacción que el profesional de Enfermería tiene de su experiencia laboral.
- Recopilar las percepciones y necesidades de los profesionales de enfermería en el medio rural.

³ Datos aportados por la Gerencia de Atención Primaria de Burgos.



Material y método

Se realizó un estudio de caso con abordaje mixto con el objetivo de dar respuesta a los retos planteados. El estudio se dividió en el análisis cuantitativo y comparativo de las condiciones laborales y la satisfacción laboral de los profesionales de un Centro de Salud rural y uno urbano, y el análisis cualitativo de las percepciones y necesidades de los profesionales de Enfermería de un Centro de Salud rural. Este triple enfoque permitió la triangulación de los datos.

El estudio contó con el informe positivo del comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Salud de Burgos y Soria, la aprobación de la Gerente de Atención Primaria y la Comisión de Bioética de la Universidad de Burgos.

Para el estudio cuantitativo, de análisis de condiciones y satisfacción laboral, se analizaron los datos de las agendas de trabajo ofrecidos por la Gerencia de Atención Primaria de Burgos y los recogidos por medio de un cuestionario ⁴ autoadministrado, basado en el cuestionario validado de Font Roja AP ³⁵, que además incluía preguntas sobre datos socio-demográficos y condiciones laborales. El cuestionario, enviado a través del email corporativo, comenzaba con una pregunta inicial de Consentimiento Informado, la cual explicaba los objetivos de la investigación y requería la aceptación de su participación para poder continuar el mismo.

Como población de estudio se tomó a los profesionales de Enfermería de las Zonas Básicas de Salud /Centros de Salud urbano de San Agustín y rural de Villadiego, ambos en la provincia de Burgos, al ser centros prototipos de centros con población envejecida, pluripatológica y accesibles para la investigadora. El reclutamiento de los participantes se desarrolló mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia a la totalidad de las Enfermeras de Equipo y de Área implicadas en la asistencia urbana y rural de ambos Centros. El responsable de enfermería sirvió de enlace entre la investigadora y los participantes.

La plantilla de la Zona Básica de Salud urbana de San Agustín cuenta con un total de 13 enfermeras de equipo y 1 matrona, para un total de 21.333 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI), donde el 22% de su población es mayor de 65 años. Su área comprende 1,71 km², recogiendo un total de 81 calles, plazas y avenidas. Por su parte, la Zona Básica de Salud rural de Villadiego cuenta con 5 enfermeras de equipo, 1 matrona que acude al centro dos veces por semana y 2 enfermeras de Área, para un total de 2.444 TSI, donde el 40% de su población es mayor de 65 años. Su área comprende 864,44 km², limitada por un total de 78 localidades, donde el Centro de Salud se localiza en el municipio

⁴ <https://forms.office.com/r/daSt2WLFSD>



de Villadiego. Adicionalmente se cuenta con 49 Consultorios Locales donde los profesionales sanitarios se trasladan periódicamente.

Las enfermeras de la muestra debían de pertenecer al equipo asistencial de la Zona Básica de Salud de San Agustín y Villadiego, incluyendo al personal de Área en caso de que el centro realizase atención continuada. Se excluyó a las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, al no estar sus funciones en el foco de estudio.

Análisis comparativo de las condiciones laborales rurales y urbanas

Para la comparación de las condiciones laborales se analizaron las siguientes variables: sociodemográficas y laborales, número y tipo de citas realizadas, tiempo y distancias recorridas en las mismas y acceso e infraestructura del Centro.

Las variables sociodemográficas y laborales se recogieron mediante las cuatro primeras partes del cuestionario autoadministrado. Se analizó la distribución porcentual de frecuencias de las respuestas a preguntas sobre el centro de trabajo, la edad, el sexo, la existencia de personas a su cargo, el tiempo trabajado, la situación laboral, la distancia entre su domicilio y el centro, el uso de vehículo particular, el tiempo de espera, la edad de los pacientes, el número de consultas realizadas al día y a domicilio, el tiempo empleado en los domicilios y el número de consultorios locales.

Para el análisis de las variables de acceso e infraestructura del centro, se calculó la media y desviación estándar de las respuestas en escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

Los datos aportados por la Gerencia de Atención Primaria de Burgos para el análisis de las agendas de trabajo, permitieron contabilizar el número de citas realizadas cada año por las enfermeras en el centro de salud (10 minutos por cita) y a domicilio (30 minutos por cita) durante el periodo 2016-2021. El número de enfermeras del Centro urbano se fijó en 14 para las citas desarrolladas en el centro (13 enfermeras y 1 matrona) y de 13 enfermeras para las citas a domicilio, debido a que la matrona ejerce sus funciones dentro del centro. Por su parte, para el Centro rural se fijó en 6 enfermeras para las citas en el centro (5 enfermeras y 1 matrona) y de 5 enfermeras para las citas a domicilio.

Para el cálculo de la variable tiempo y distancias recorridas durante 2021 se utilizó Google maps, seleccionando la opción desplazamiento en coche. En el caso de las enfermeras rurales, esta variable tiene 2 componentes: por un lado, la distancia recorrida hasta los diferentes Consultorios Locales y por otro lado la distancia recorrida durante las visitas domiciliarias. En el caso de las enfermeras urbanas, al no contar con consultorios locales, únicamente se calculó el tiempo y la distancia recorrida durante las visitas domiciliarias. Para cada enfermera rural, en primer lugar, se establecieron las rutas semanales y/o mensuales por los consultorios, y se multiplicó la frecuencia



de visitas por el número de kilómetros y tiempo empleado (Anexo 1). Para el cálculo del tiempo y las distancias recorridas en las visitas domiciliarias en ambos Centros de Salud, se estimó el número de visitas domiciliarias realizadas en 2021 y la distancia y tiempo medio entre el Centro de Salud de referencia y las localidades o calles englobadas dentro de la Zona Básica de Salud (Anexo 2).

Análisis de la satisfacción laboral

Para el análisis de la satisfacción laboral se utilizó el cuestionario validado, de Font Roja AP^{35,36}. Consta de 24 ítems (escala Likert de 1-muy en desacuerdo a 5-muy de acuerdo) englobados en 9 dimensiones que determinan la satisfacción de los profesionales.

La tasa de respuesta del cuestionario fue del 84,21%. La encuesta fue completada por un total de 19 participantes, 6 enfermeras del Centro de Salud rural de Villadiego (el 85,7% de la plantilla, 5 de equipo y 1 de área) y 10 enfermeras (el 77% de la plantilla) del Centro de Salud urbano de San Agustín.

La Satisfacción Media Global (SMG), resulta de la diferencia entre los ítems que forman parte de las dimensiones que aumentan la satisfacción 7-17 y 19, menos los que pertenecen a las que la disminuyen 1-6 y 18, 20-24, dividiendo después el resultado entre los 24 ítems totales. La SMG permite clasificar las personas en satisfechas >0 , indiferentes o neutras $=0$ o no satisfechas <0 .³⁶

El análisis de cada dimensión recogida en el cuestionario determinó si los profesionales se mostraban satisfechos (valores de 4-5), indiferentes (3) o no satisfechos (1-2). Para ello, se recopilaron los datos de cada escala Likert del cuestionario en Excel y se calculó la media y desviación estándar.

Análisis cualitativo de las percepciones y necesidades de los profesionales de Enfermería

Con el objetivo de aportar una mayor rigurosidad al estudio, se tuvieron en cuenta los criterios consolidados COREQ³⁷ y los estándares SRQR^{38,39} para guiar e informar investigaciones cualitativas.

Se constituyó un grupo focal con 5 profesionales de Enfermería de Familia y Comunitaria (de Equipo) y 1 enfermera de Área del Centro de Salud de Villadiego que consintieron participar en el estudio (Anexo 3). Se llevó a cabo el 9 de marzo de 2022, en la sala de juntas del Centro, durante 75 minutos. Para evitar la pérdida de información, las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas de forma manual con el permiso de los participantes, atendándose en todo momento a la confidencialidad de la información obtenida. Para preservar el carácter anónimo y confidencial de los datos recogidos, se nombró a los entrevistados como E1, E2, E3, E4, E5 y E6.



La entrevista se estructuró en 4 partes o categorías elaboradas a partir de los resultados del análisis de las condiciones y satisfacción laboral (Anexo 4). Una vez completadas las entrevistas, se ofreció la posibilidad de revisar una copia de la transcripción si así lo deseaba el participante.

El análisis de la información se desarrolló conforme al modelo de análisis sociológico del discurso ⁴⁰ tomando en consideración el contexto de producción. Posteriormente, se utilizó el programa Atlas.ti ⁴¹ para el análisis de la transcripción y del contenido. Dentro de cada categoría (Atención asistencial ofrecida por el Centro de Salud; Condiciones laborales; Atención Primaria y Soluciones y propuestas de mejoras) se determinaron códigos o subcategorías, y se contabilizó la frecuencia con que aparecía cada uno.



Resultados

Descripción de la población

Las participantes en la encuesta fueron en su mayoría mujeres (81,25 %), con una media de edad entre los 35 a 54 años y con personas a su cargo (87,5%). El 62,5 % de los participantes trabajaban en Centro de Salud urbano y el 37,5 % restante en el medio rural. La mayor parte era personal fijo (62,27%), con una media de 13,01 ($\pm 14,07$) años trabajados en el medio rural y de 3,9 años ($\pm 2,29$) en el medio urbano (Anexo 5, Tabla 6).

Análisis de las condiciones laborales (Anexo 5, Tabla 7)

Todos los profesionales rurales indicaron que deben de disponer de su vehículo particular para su desarrollo laboral, a diferencia del 10% de los profesionales urbanos. En cuanto a la distancia entre el domicilio y el centro de trabajo, todos los profesionales rurales afirmaron recorrer más de 20 km. En cambio, el 90% de los profesionales urbanos afirmaron recorrer de 0 a 10 km. Respecto al número de Consultorios Locales en su cupo, el 83,33% de los profesionales rurales indicaron tener más de 10, mientras que el profesional urbano refirió trabajar en la zona urbana.

Respecto al tiempo que el paciente debe de esperar para obtener cita con el profesional de enfermería, todos los profesionales rurales afirmaron que la cita se consigue en el mismo día. En cambio, todos los profesionales urbanos indicaron que se demora de 1 a 3 días. Sobre el número de consultas al día, el 83,33% de los profesionales rurales manifestaron realizar de 11 a 20. Por su parte, el 80% de los profesionales urbanos indicaron realizar más de 20. El 100% de los profesionales rurales y el 90% de los profesionales urbanos afirmaron que la media de edad de los pacientes que acuden a consulta es de más de 61 años.

En cuanto a las consultas a domicilio a la semana, el 66,66% de los profesionales rurales indicó que realiza de 2 a 4, mientras que el 80% de los profesionales urbanos señalaron menos de 2. El tiempo empleado en el desplazamiento y asistencia en el domicilio es mayor a 45 minutos en el 83,33% de los profesionales rurales y de 30 a 45 minutos en el 60% de los profesionales urbanos.

El análisis de las variables acceso e infraestructura del centro determinó que, de media y en una escala donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo, los profesionales rurales puntuaron con $2 \pm 0,89$ la infraestructura del centro, con $2,16 \pm 0,75$ la dotación de medios de los consultorios locales y con $4,16 \pm 0,40$ que la falta de medios dificulta su actividad asistencial. Por su parte, los profesionales urbanos puntuaron con $3,4 \pm 0,69$ la infraestructura del centro, con $2,7 \pm 0,82$ los medios de las consultas, y con $3,1 \pm 0,99$ que la falta de medios dificulta su actividad asistencial.

Los profesionales rurales puntuaron con $4,16 \pm 0,40$ la afirmación de que los desplazamientos al Centro de Salud suponen inconvenientes para los pacientes y con $2,5 \pm 0,83$, la afirmación de que

los pacientes disponen de coche o red de apoyo para su desplazamiento. Por el contrario, los profesionales urbanos puntuaron con $2,8 \pm 1,03$ los inconvenientes de los desplazamientos y con $3,2 \pm 1,22$, la disposición de coche o red de apoyo.

El análisis de las agendas determinó que el número de citas por enfermera en 2021 fue de 3.470,5 en el centro y de 98,61 citas a domicilio para el Centro San Agustín, y de 1.718 citas en el centro y 138,8 citas a domicilio por enfermera en el Centro de Salud de Villadiego. Al analizar el número de citas de 2021 en relación al número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) se comprobó que cada TSI realiza 2,33 citas al año en el centro urbano mientras que en el centro rural realiza 4,5 (Tabla 1).

Tabla 1: Características del Centro de Salud Rural y Urbano. *Elaboración propia.*

	Centro Urbano	Centro Rural
Enfermeras Equipo	13	5
TSI	21.333	2.444
% Población > 65 años	22%	40%
Citas en el centro/año	48.587	10.308
Citas a domicilio/año	1.282	694
Citas por cada TSI	2,33	4,5

Al extender este análisis de citas a domicilio al periodo 2016-2021 (figura 2) se comprobó como todos los años el porcentaje de citas a domicilio es mayor en el centro de Salud rural.



Figura 1: Porcentaje de citas a domicilio a lo largo de los años 2016-2021. *Elaboración propia.*

El análisis del tiempo y distancias recorridas en las diferentes rutas establecidas, reveló que, durante el año 2021, las 5 Enfermeras de Equipo del Centro de Salud de Villadiego realizaron un total de 15.639,6 km, lo que implica que cada profesional invirtió de media $52,8 \pm 36,9$ horas de su jornada laboral anual en los desplazamientos a los diferentes Consultorios Locales (Tabla 2). Hay que recalcar que no se han tenido en cuenta los desplazamientos extra que suponen las consultas a demanda propuestas por los pacientes en las localidades menores de 50 habitantes, con lo que el tiempo empleado sea seguramente mayor.



Tabla 2: Número de Consultorios locales, tiempo y kilómetros empleados al año por las Enfermeras rurales. Para el cálculo, no se ha tenido en cuenta los desplazamientos al domicilio. Elaboración propia.

	Consultorios Locales	Tiempo/año	Kilómetros/año
E1	4	2.684 min	2.704,8 km
E2	14	1.608 min	1.653,6 km
E3	6	756 min	651,6 km
E4	13	4.624 min	5.047,2 km
E5	12	6.168 min	5.582,4 km
Total, al año		15.840 min	15.639,6 km
Media y desviación		3.168 ±2.213,90 min	3.127,92 ±2132,65 km

El análisis del tiempo y distancias recorridas por las Enfermeras durante las visitas a domicilio a lo largo del año 2021, determinó que cada enfermera del Centro urbano empleó $6,16 \pm 2,62$ horas y recorrió $137,06 \pm 70$ km. Por su parte, cada enfermera del Centro rural empleó $68,77 \pm 31,20$ horas y recorrió 4.041 ± 2.007 km. (Tabla 3)

Tabla 3: Análisis total del tiempo y distancias recorridas por las Enfermeras en 2021. Elaboración propia.

	Enfermería rural		Enfermería urbana	
	Tiempo	Distancia	Tiempo	Distancia
Citas en Consultorios Locales	52,8 ±36,9 h	3.127,92 ±2132,65 km	-----	-----
Citas a domicilio	68,77 ± 31,20 h	4.041 ± 2.007 km	6,16 ± 2,62 h-	137,06 ±70 km
TOTAL	126,97 h	7168,92 km	6,16 h	137,06 km

Análisis de la satisfacción laboral

La Satisfacción media global del total de la muestra alcanzó un valor de $0,09 \pm 0,24$ para el cuerpo de Enfermería de Atención Primaria urbana y de $0,15 \pm 0,26$ para rural, lo que revela que tanto los profesionales rurales como los urbanos están satisfechos con su trabajo (Tabla 4).

Tabla 4: Dimensiones cuestionario Font Roja AP. Satisfacción Global Media en la zona urbana y la zona rural.

Dimensiones	Media	
	Urbana	Rural
Satisfacción	2,53 ±0,17	2,62 ±0,24
Tensión	2,73 ±0,24	2,62 ±0,13
Competencia Profesional	2,13 ±0,53	2,13 ±0,42
Presión	3,49 ±0,41	2,75 ±0,24
Promoción Profesional	3,16 ±0,37	1,5 ±0,04
Relación con sus jefes.	3,99 ±0,41	3,8 ±0,14
Relación con los compañeros	4,0 ±0,00	4,4 ±0,51
Estatus	2,41 ±0,01	2,00 ±0,41
Monotonía laboral	2,75 ±0,03	2,0 ±0,21
Media Global	0,09 ±0,24	0,15 ±0,26

El análisis de las 9 dimensiones revela pequeñas diferencias en función al lugar de trabajo. Las dimensiones con mayor grado de satisfacción en ambos ámbitos son la dimensión 6 "Relación con interpersonal con sus jefes" y la dimensión 7 "Relación interpersonal con los compañeros".

Las dimensiones con mayor porcentaje de profesionales insatisfechos son la dimensión 4 "Presión del trabajo" para la muestra urbana y la dimensión 5 "Promoción profesional" para la muestra rural.



Análisis de las percepciones y necesidades

El grupo focal quedó constituido por un total de 6 profesionales, un 66,66% de ellas mujeres, con una edad media de 35 a 54 años y con personas a su cargo en el 83,33% de los casos. El 66,66% poseían un puesto fijo, con una media de tiempo trabajado en el Centro de 13.01 ±14,07 años

El análisis del grupo focal reveló 14 códigos distribuidos dentro de las 4 categorías predefinidas. Los códigos más mencionados fueron: accesibilidad, enfermería rural, consultorios locales, preocupación laboral, agendas, preocupación laboral, diferencias medio rural y urbano y dispersión geográfica (Tabla 5).

Tabla 5. Categorización y codificación del grupo focal mediante el programa Atlas ti. Elaboración propia.

Categorías	Códigos	Frecuencia
Atención Asistencial	Accesibilidad	12
	Medios o tecnologías	7
	Infraestructura	5
Condiciones laborales	Enfermería rural	32
	Consultorios Locales	19
	Agendas	14
	Preocupación laboral	12
	Domicilio	6
	Formación	6
	Satisfacción laboral	5
Atención Primaria	Rural vs Urbano	11
	Necesidades de los pacientes	6
Soluciones y propuestas de mejora	Dispersión geográfica	13
	Viabilidad de Atención Primaria	7

A continuación, se describe el contenido de las conversaciones en torno a las distintas categorías, incluyendo ejemplos representativos de los códigos más frecuentes

Atención asistencial

El grupo focal remarcó que el centro actual no dispone de una infraestructura adecuada, al no contar con suficientes salas o despachos por cada profesional, viéndose abocados a esperar a que otro compañero desocupe la sala, con el consiguiente aumento de espera del paciente. Se puso de manifiesto que cada vez es mayor la tendencia de que se acuda más al Centro de Salud en detrimento de los Consultorios Locales, por lo que el Centro de Salud debería de ser un espacio que permita a cada profesional desarrollar su actividad sin perjuicio de otros profesionales o de los propios pacientes, apostando por una mejora de la dotación material y diagnóstica de las consultas.

En palabras de los entrevistados, la accesibilidad de los pacientes a los servicios sanitarios ha empeorado en los últimos tiempos. No únicamente por la disminución de la frecuentación a los consultorios locales si no por las propias características de los propios pacientes, más envejecidos y con una menor capacidad de traslado al centro de referencia.



Accesibilidad. E2: *“Por nuestra parte la accesibilidad es al 100%, el problema está en que la población es mayor, y no cuenta con coche o con línea de autobús. Tienen que buscarse la vida para venir pidiendo favores o gastando dinero en taxi o bien esperar a que acudamos al pueblo”.*

Condiciones laborales

La disparidad médica – enfermera, fue un punto de discusión, ya que el centro cuenta con un total de 8 médicos frente a 5 enfermeras para el mismo número de pacientes, pese a que Enfermería asume un mayor seguimiento de las patologías crónicas dependientes de cuidados.

Enfermería rural. E1: *“Mínimo debería existir una paridad. Enfermería juega un papel importante en el medio rural, ahora mismo lo estamos jugando, pero lo podríamos hacer mucho mejor”.*

En cuanto a las agendas, no existió un consenso común sobre su estructura y áreas de mejora. Varios entrevistados manifestaron que se les ha dado la oportunidad de configurar la agenda a su “voluntad” pudiendo cambiar horarios, rutas...

Agendas. E5: *“Yo recientemente he reorganizado mi agenda, pero sigo pensando que las citas de 10 en 10 minutos son muy cortas. Y más cuando llevas poco tiempo y no conoces al paciente”.*

Se habló de la posibilidad de hacer constar los desplazamientos a los pueblos en la agenda, ya que de otra forma no se tienen en cuenta por la administración. El grupo remarcó que los desplazamientos configuran un gran porcentaje de sus horas de trabajo.

Consultorios Locales. E3: *“Lo que no puede ser es que a las 12:00 tenga consulta en el Centro de Salud y a las 12:10 en un consultorio local al que tardo en llegar 20 minutos... los desplazamientos son tiempo de trabajo”.*

Se manifestó que las agendas no se adaptan a los pacientes, ya que tal y como se configura el tiempo por consulta en la actualidad, no se tiene en cuenta una perspectiva holística del paciente, permitiendo actuar únicamente sobre la patología.

Agendas. E6: *“Son personas mayores que tardan más tiempo, mismamente en desvestirse y que realmente necesitan y quieren hablar, muchos de ellos están muy solos. Yo creo que también es importante dejar hablar al paciente, demostrarle que te importa porque creo que nuestro trabajo va más allá de un simple chequeo y eso con 10 minutos no se hace”.*

En cuanto a las citas a domicilio todos los participantes se mostraron de acuerdo que tal y como aparece en las agendas no se corresponde con la realidad, ya que únicamente consta como una cita de 30 minutos, tiempo que se puede multiplicar entre los desplazamientos y la asistencia. Esto genera que en su listado de trabajo no aparezca realmente el tiempo destinado por cada paciente, imposibilitando atender a más pacientes.



Domicilio. E3: *“Tardemos lo que tardemos solo se registra como una única salida, puede parecer que en dos horas no has hecho nada, pero realmente las has pasado con un solo paciente”.*

En cuanto a la opinión sobre la Enfermería rural, todas las entrevistadas coincidieron en que el mundo rural les resulta satisfactorio. Les permite desarrollar su trabajo de forma óptima, con un trato de “amistad” con los pacientes. El menor número de pacientes les permite conocerlos más, pudiendo entrar en su mundo más íntimo, familiar, lo que se traduce en que el profesional puede tener una visión general del paciente, teniendo en cuenta aspectos físicos, sociales y familiares que pueden guardar relación con su salud y enfermedad. Apuestan por una mayor autonomía e independencia ya que consideran su trabajo como fundamental, propiciado por el envejecimiento de la población y sus necesidades de cuidados. Afirman estar capacitados y con la seguridad de que una asistencia rural sustentada por los profesionales de Enfermería funcionaría mucho mejor.

Como principal preocupación laboral, los profesionales aseguraron que la falta de plantilla supone una gran desventaja al no poder llegar a todas las necesidades de los pacientes, al no poder realizar educación para la salud por la dispersión. Se pierden los pilares que conforman la Atención Primaria: Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

Preocupación laboral. E6: *“Encontramos muchos pacientes mayores, con muchas enfermedades, sin posibilidad para desplazarse, sin una red social. Se juntan muchos factores que hacen que no puedan acceder al sistema sanitario cuando realmente sean los que lo necesitan. Por cantidad de población podríamos hacer más prevención, pero por los desplazamientos se te va toma la mañana, esto en el urbano no pasa”.*

El hecho de no poseer plaza fija se traduce en numerosos cambios de localización laboral, lo que dificulta una relación de confianza con el paciente, así como conocerle en profundidad, su enfermedad, necesidades, cambios en su estado...

Preocupación laboral. E5: *“Cuando conoces a los pacientes te cambian de centro o zona y esto es un problema tanto para nosotras como para los pacientes, que pierden su referencia y cuando quieren adaptarse y abrirse a su enfermera se tiene que ir. Debería haber más estabilidad”.*

En cuanto a los desplazamientos a los Consultorios Locales o domicilios, los profesionales lo ven como parte intrínseca de su trabajo. Conciben que el acudir periódicamente a los consultorios posibilita que los pacientes puedan acceder a los servicios sanitarios y que se pueda realizar y fomentar la promoción de hábitos saludables, así como la prevención primaria.

Enfermería rural. E4: *“Se debería de tener en cuenta el grado de control de los pacientes. En pacientes bien controlados, podremos ir con menor frecuencia, siempre y cuando no necesiten de nosotros antes, pero si son pacientes descompensados no puedes ir cada tres meses”.*



Los desplazamientos a los domicilios suponen una dificultad añadida al profesional, al disponer de un mayor tiempo por la visita, así como trasladar todo el material que les sea necesario. Afirman que el mayor número de visitas domiciliarias rurales están motivadas por el envejecimiento, así como la falta de medios de transporte o de soporte social que padecen los pacientes.

Los entrevistados reafirmaron su postura en torno a las diferencias que existen entre la sanidad rural y la sanidad urbana. Pusieron en valor el trabajo en los consultorios locales y su dotación, los desplazamientos y la dispersión geográfica, las circunstancias propias de los pacientes... hechos que no se producen en tal medida en el medio urbano.

Consultorios Locales. E1: *“En el medio urbano el trabajo se realiza casi por completo en el Centro de Salud y aquí mucha parte se realiza en los Consultorios Locales o los domicilios, con la falta de medios que eso conlleva y el tiempo que inviertes en desplazarte”.*

Atención Primaria

Para la viabilidad de Atención Primaria, los profesionales defienden que se deben tomar medidas urgentes y revitalizantes para poder continuar y potenciar la puerta de entrada al sistema sanitario.

Apuestan por una mayor dotación económica que permita la contratación de personal, de medios e infraestructuras, que les permitan actuar y evitar el peregrinaje del paciente al hospital (siempre y cuando no sea necesario).

Rural vs Urbano. E4: *“A nivel económico es mucho menor el gasto sanitario que se invierte respecto a Atención Especializada, sin tener en cuenta que Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y la encargada de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades”.*

Consideran a Enfermería como una figura relevante en el seguimiento de pacientes crónicos. Apuestan por la figura de Enfermera Especialista en Familia y Comunitaria y gestora de casos.

En cuanto a las necesidades de sus pacientes, creen que no únicamente se deben a resolver sus enfermedades o asistirlos, si no que deben de tener en cuenta todas las esferas que conforman a la persona. Entienden que el paciente ve en ellos alguien con el que compartir sus inquietudes, no únicamente de salud o enfermedad.

Necesidades de los pacientes. E2: *“Hacemos una función muy bonita en el pueblo, nuestra presencia es un acontecimiento, no solo curamos, o lo intentamos, si no que somos un medio de sociabilización”.*

Soluciones y propuestas de mejora

En cuanto al abordaje de la elevada dispersión geográfica las opiniones no son homogéneas. Existe una visión positiva hacia el transporte a la demanda al superar las distancias, la dispersión y la falta



de medios de transporte de los pacientes. Por otra parte, encontramos a profesionales que apuestan por ser ellos mismos los que se trasladen a las localidades, aunque para ello se deba de contar con una mayor plantilla y unidades sanitarias móviles.

Viabilidad. E6: *“La plantilla orgánica del medio rural debe de estar muy bien organizada para sacarle partido, porque no se puede comparar con el medio urbano en cantidad de pacientes, pero se deben de tener en cuenta las circunstancias de los pacientes”.*

Dispersión. E5: *“Invertir en personal y optar por opciones como autobuses medicalizados que permitan llevar la consulta a los municipios, y que dispongan de los medios que se requieren en consulta”.*



Discusión

El aumento de los pacientes crónicos complejos en la zona rural, supone una mayor demanda de cuidados y de asistencia sanitaria. El presente estudio ha reflejado que la demanda de asistencia por Enfermería es mayor en el medio rural que en el urbano, concretamente por Tarjeta Sanitaria Individual la asistencia aumenta por dos. Esta mayor demanda de asistencia debe de sumarse al aumento de distancias y tiempos empleados en acudir a los Consultorios Locales, tiempos que deben de quedar fijados en la agenda de trabajo del profesional como una consulta más a realizar. Este hecho permitirá un mayor reconocimiento por parte de la administración, ya que ahora contabiliza únicamente el número de pacientes atendidos, no el tiempo destinado a los desplazamientos.

De igual modo, el porcentaje de consultas a domicilio es superior en el medio rural, propiciado en gran medida por el envejecimiento, la ausencia de redes de apoyo y de transporte de la población. Estos traslados implican que, en nuestro caso, la Enfermera rural invierta hasta once veces más de tiempo durante los trayectos a los domicilios que la urbana, aunque tienen asignado el mismo tiempo de consulta, 30 minutos. El tiempo destinado a la asistencia domiciliaria debería configurarse como una cita abierta, que contabilice el tiempo total destinado a la misma. Cabe mencionar que el estudio no ha contemplado las citas a demanda propuestas por el propio paciente en municipios menores de 50 habitantes, por lo que el tiempo y las distancias recorridas serán seguramente mayores.

En cuanto a la satisfacción laboral no se han observado grandes diferencias entre los profesionales rurales y urbanos. Las dimensiones con una mayor satisfacción en ambos grupos fueron la de relación interpersonal con sus jefes y compañeros, lo que está de acuerdo con los resultados de satisfacción de los profesionales médicos de Atención Primaria de Barcelona publicados en el estudio de J. Sobrequés y colaboradores⁴². Sin embargo, la dimensión con menor satisfacción fue la de presión relacionada con el trabajo en el medio urbano, y la de promoción profesional en el medio rural, hechos que coinciden con un estudio que se centró en los trabajadores sanitarios del Área V de Madrid⁴³.

El grupo focal determinó que el envejecimiento de la población, su dispersión y accesibilidad, así como las características y particularidades de la región, suponen notables diferencias respecto a entornos urbanos, hecho que debería tenerse en cuenta por parte de los gestores sanitarios a la hora de la planificación sanitaria. Estos factores también han sido destacados en otras áreas rurales, como se muestra un estudio cualitativo realizado sobre tres valles del Pirineo Navarro³², que contribuyó a identificar los factores que interfieren en la sanidad rural y con ello a la puesta en marcha de políticas inclusivas que atiendan a las particularidades de las poblaciones rurales y permitan su acceso a los servicios sanitarios.



Los datos y necesidades obtenidos en el estudio son limitados. La muestra resulta insuficiente para que los resultados sean estadísticamente significativos y representativos de la población diana, la Enfermería rural, por lo que estudios posteriores deberán analizar otras Zonas Básicas o Áreas de Salud, incluyendo la figura de otros profesionales involucrados en la asistencia sanitaria rural.

Se destaca también la limitación de los resultados del análisis de las distancias recorridas durante las visitas al domicilio, ya que se ha realizado una media de tiempo y kilómetros del conjunto de localidades o calles englobadas en la Zona Básica de Salud del Centro, al disponer únicamente del número de citas realizadas, pero no del lugar de asistencia.

Como propuesta de futuro, se propone incorporar las vivencias y las barreras percibidas en el acceso a la atención sanitaria por parte de los pacientes, ya que puede ofrecer una explicación a la problemática a tratar desde diferentes perspectivas, tal y como recoge el trabajo realizado por Goins RT y colaboradores⁴⁴ en Virginia Occidental. Un total de 101 participantes repartidos en 13 grupos focales determinaron las siguientes 5 categorías de barreras para el acceso a la atención sanitaria rural: dificultades de transporte, suministro limitado de atención médica, falta de atención médica de calidad, aislamiento social y restricciones financieras. Estas barreras también han sido recogidas en cierto modo en el presente estudio.

Finalmente, se debe destacar la figura de Enfermería, quien debe adquirir una mayor relevancia, al basar su trabajo en el cuidado y suplencia de necesidades, respondiendo de manera eficiente, sostenible y eficaz a la situación de cronicidad, dependencia y fragilidad de los pacientes, tal y como recoge la Estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud⁵. Varios autores apuestan por la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada^{45,46} al comprobar su eficiencia sobre pacientes crónicos y complejos a través de una atención integral e integrada siguiendo la experiencia de otros países^{47,48}. En la actualidad, España cuenta con Comunidades Autónomas que han puesto en marcha figuras de enfermería gestora de casos o la implantación de especialistas en Familia y Comunitaria, que desarrollan competencias avanzadas en respuesta a las nuevas circunstancias y demandas de la población con programas propios, que deben de regularse, unificarse e integrarse en programas formativos comunes a todas las Comunidades^{49,50}.

⁵ https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf



Conclusiones

La población rural ha cambiado, y consigo sus necesidades de salud. El estudio es un reflejo de la situación vivida por los profesionales de Enfermería rural de la Zona Básica de Salud de Villadiego, Burgos, donde se pone de manifiesto la necesidad de reconocimiento e individualidad a la hora de formular políticas sanitarias, adaptándose a las particularidades de cada entorno rural.

El aumento de los tiempos de trabajo derivados de la dispersión geográfica debe de ser tenido en cuenta a la hora de la planificación sanitaria. Los traslados deben de aparecer expresamente en las agendas de trabajo para su registro como parte integrada en el cálculo del tiempo de asistencia. En este sentido se tiene que reflejar la distancia al punto donde se realiza la prestación sanitaria.

Por su parte, las consultas a domicilio deben contemplar los desplazamientos y el tiempo de asistencia, fomentando el reconocimiento del trabajo de los profesionales de enfermería rural, ya que, a pesar de realizar un menor número de consultas al día, estas pueden prolongarse en el tiempo debido al traslado y al aumento de la demanda de cuidados.

Los profesionales de Enfermería se muestran satisfechos y desean permanecer en su puesto laboral, enfocando sus esfuerzos en suplir las necesidades y circunstancias de sus pacientes. Consideran el transporte a la demanda, el uso unidades de atención móviles y la figura de la enfermera gestora de casos y especialistas de Familia y Comunitaria como estrategias de gestión sanitarias que podrían mejorar la calidad asistencial de la Atención Primaria rural. Creen que la figura de Enfermería puede adaptarse a los cambios acontecidos y por su particular enfoque de la salud, basado en el cuidado holístico a partir del análisis de necesidades, ser el vehículo idóneo para la asistencia y control de las patologías crónicas en el medio rural.



Consideraciones Éticas

El estudio contó con el informe positivo del comité de Ética del Hospital Universitario de Burgos con N.º de referencia CEIm 2658, la aprobación de la Gerente de Atención Primaria y el Comité de Ética de la Universidad de Burgos. Previamente a la firma del Consentimiento Informado se aportó información suficiente sobre el proyecto, su participación anónima y la voluntariedad del mismo.

De acuerdo a la normativa vigente los datos recabados permanecerán bajo el régimen de protección de datos como se regula en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, complementaria al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

Los participantes autorizaron la participación en el estudio y la publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet de los resultados obtenidos en revistas de divulgación científica.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

La investigadora principal ha corrido con los gastos derivados del uso de grabadora, papelería, así como el equipo informático (propio).

Los participantes han contribuido de forma voluntaria en el estudio tras su jornada laboral.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.



Bibliografía

1. Pérez J, Abellán A. Retos sanitarios de los cambios demográficos Health challenges of demographic change. *Elvesier España*. 2016;146(12):536-538.
2. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: El reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44(2):107-113. doi:10.1016/j.aprim.2011.01.013
3. Strasser R, Kam SM, Regalado SM. Rural Health Care Access and Policy in Developing Countries. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:395-412. doi:10.1146/annurev-publhealth-032315-021507
4. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet*. 2017;389:1981-2004.
5. Carrin G, Waelkens MP, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems. *Trop Med Int Heal*. 2005;10(8):799-811. doi:10.1111/j.1365-3156.2005.01455.x
6. Baeten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S. *Inequalities in Access to Healthcare: A Study of National Policies, European Social Policy Network (ESPN)*. Brussels: European Commission.; 2018. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20339&langId=en>.
7. Levesque, J.-F., Harris, M.F., Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):1-9. doi:10.1186/1475-9276-12-18
8. Starfield, B., Shi, L., Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. In: *The Milbank Quarterly*. Vol 83. ; 2005:457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
9. Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(SUPPL.1):20-26. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009
10. Zurro AM, Solà GJ. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. *Elvesier España*. 2011. doi:10.1016/B978-84-8086-728-3/00024-7
11. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26(2):182-189. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024
12. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2008;22(5):465-473. doi:10.1157/13126929
13. Zurro, A. M., & Benedicto AS. Spain's primary care on the 50th anniversary of the reverse



- care law. *Aten Primaria*. 2021;53(4):102055.
14. Hernández-aguado I, Santaolaya M, Esteban C. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26:6-13. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.036
 15. Barclay L, Gregory G, Hons BA. Alliances and evidence: Building the capacity and effectiveness of rural health advocacy in Australia. *Aust J Rural Health*. 2018;26(5):308-311. doi:10.1111/ajr.12455
 16. Arcury TA, Preisser JS, Gesler WM, Powers JM. Access to transportation and health care utilization in a rural region. *J Rural Heal*. 2005;21(1):31-38. doi:10.1111/j.1748-0361.2005.tb00059.x
 17. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions *. *Fam Pract*. 2003;20(4):457-463. doi:10.1093/fampra/cm9422
 18. Humphreys J, Hegney D, Lipscombe J, Gregory G, Chater B. Whither rural health? Reviewing a decade of progress in rural health. *Aust J Rural Health*. 2002;10(1):2-14. doi:10.1111/j.1440-1584.2002.tb00002.x
 19. MacKinney AC, Coburn AF, Lundblad JP, McBride TD, Mueller KJ, Watson SD. Access to Rural Health Care: A Literature Review and New Synthesis. *Rural Policy Res Inst*. 2014;(August):1-25. <http://www.rupri.org/?library=access-to-rural-health-care-a-literature-review-and-new-synthesis-report-prepared-by-the-rupri-health-panel-august-2014>.
 20. Russell DJ, Humphreys JS, Ward B, et al. Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust J Rural Health*. 2013;21(2):61-71. doi:10.1111/ajr.12023
 21. Islanders TS. Improving health outcomes in rural and remote Australia: Optimising the contribution of nurses. *Collegian*. 2019;26(3):407-414. doi:10.1016/j.colegn.2019.03.002
 22. Francis K, Boyd M, Latham H, et al. Roles of rural and remote registered nurses in Australia: an integrative review. *Gac Sanit*. 2012;26(1):20-26. doi:10.1046/j.1440-1584.1999.00217.x
 23. Leff B, Reider L, Frick KD, Scharfstein DO, Boyd CM, Frey K, Karm L BC. Guided care and the cost of complex healthcare: a preliminary report. *Am J Manag Care*. 2009;15(8):555-559.
 24. Miguélez-Chamorro, Angélica and CF-A. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería clínica*. 2014;24(1):5-11.
 25. Francis K, Boyd M, Latham H, Anderson J, Bradley A, Manners J. A regional approach to the education of nurse practitioner candidates to meet the health needs of rural Australians. *Contemp Nurse*. 2014;49(December):27-34. doi:10.1080/10376178.2014.11081950
 26. Muirhead S, Birks M. Roles of rural and remote registered nurses in Australia: an integrative review. *Aust J Adv Nurs*. 2020;37(1):21-33. doi:10.37464/2020.371.5
 27. Junta de Castilla y León C de S, Grande ZBSC. Ordenación sanitaria: Área de Salud de



- Burgos. 2008:55-107.
[https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/organizacion/ordenacion-sistema-sanitario/guia-ordenacion-sanitaria-castilla-leon.ficheros/1451466-Guia interactiva de ordenacion sanitaria CyL.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/organizacion/ordenacion-sistema-sanitario/guia-ordenacion-sanitaria-castilla-leon.ficheros/1451466-Guia_interactiva_de_ordenacion_sanitaria_CyL.pdf).
28. Giraldo-Osorio A, Betancurth-Loaiza DP, Orozco-Castillo L, Mejía-Alarcón AM. Fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. *Rev Cienc y Cuid*. 2020;17(1):99-111. doi:10.22463/17949831.1624
 29. Delgado Rojas AT, Saavedra Covarrubia ME, Cervera Vallejos MF, Díaz Manchay RJ. La visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria en familias de zonas rurales. *Cult los Cuid*. 2021;61:171-185. doi:10.14198/cuid.2021.61.11
 30. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*. 2003;31(9):587-591. doi:10.1157/13048141
 31. Tudor Hart J. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-412. doi:10.1016/S0140-6736(71)92410-X
 32. Tolosana ES, Serrano JO. La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales . El caso del pirineo navarro. *An Sis San Navarra*. 2021;44(2):185-194.
 33. Smith KB, Humphreys JS, Wilson MGA. Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Aust J Rural Health*. 2008;16(2):56-66. doi:10.1111/j.1440-1584.2008.00953.x
 34. Humphreys J. Rural health status: what do statistics show that we don't already know? *Aust J Rural Health*. 1999;7(1):60-63. doi:10.1046/j.1440-1584.1999.00217.x
 35. Rodríguez-alonso A, Gómez-fernández P. Study of job satisfaction in primary healthcare in an area of Asturias Estudio de la satisfacción laboral en los equipos de atención primaria en un área sanitaria de Asturias ABSTRACT : *Enferm Glob*. 2017;16(3):384-399.
 36. Núñez González E, Estévez Guerra GJ, Hernández Marrero P, Marrero Medina CD. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gac Sanit*. 2007;21(2):136-141. doi:10.1157/13101040
 37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
 38. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. *Full List of 40 Sources Used to Develop the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*.; 2006.
 39. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251. doi:10.1097/ACM.0000000000000388



40. Ruiz Ruiz J. Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum Qual Sozialforsch / Forum Qual Soc Res.* 2009;10(2).
41. Friese, S., & Ringmayr TG. ATLAS ti. *ATLAS ti Sci Softw Dev GmbH.* 2013. <https://atlasti.com/es>.
42. Sobrequés Soriano J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2003;31(4):227-233. doi:10.1157/13044898
43. San Martín, M. I. F., Ferrer, J. R. V., Gamo, F., Gallego, J. V., Cañas, E. C., Trigo, M. V. A., & Aragonés VA. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Española Salud Pública,* 69(. 1995;69(6):487-497.
44. Borders TF, Aday LA, Xu KT. Factors Associated with Health-Related Quality of Life among an Older Population in a Largely Rural Western Region. *J Rural Heal.* 2004;20(1):67-75. doi:10.1111/j.1748-0361.2004.tb00009.x
45. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: Referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm Clin.* 2014;24(1):5-11. doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.002
46. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enfermería Clínica (English Ed.* 2019;29(2):99-106. doi:10.1016/j.enfcle.2018.10.003
47. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: Aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enferm Clin.* 2014;24(1):90-98. doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.008
48. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(3):204-211. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x
49. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enferm Clin.* 2014;24(1):79-89. doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.007
50. Del Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Intensiva.* 2014;25(2):52-57. doi:10.1016/j.enfi.2013.11.005



Anexos

Anexo 1	Distancias recorridas por los profesionales de Enfermería durante las rutas predefinidas a los Consultorios Locales.
Anexo 2	Distancias recorridas durante las visitas domiciliarias. Centro de Salud de Villadiego y de San Agustín.
Anexo 3	Consentimiento Informado
Anexo 4	Estructura entrevista grupo focal.
Anexo 5	Variables sociodemográficas y laborales.
Anexo 6	Cuestionario Font Roja. Satisfacción laboral.



Anexo 1. Distancias recorridas por los profesionales de Enfermería durante las rutas predefinidas a los Consultorios Locales.

A continuación, se presentan las rutas predefinidas a los Consultorios Locales para cada una de las profesionales de Enfermería de la Zona Básica de Salud de Villadiego. Se ha contabilizado la frecuencia, distancia recorrida y tiempo empleado en la misma, ida y vuelta.

Zona Básica de Salud de Villadiego			
Centro de Salud (CS): 1 Consultorio Local (CL): 49 Localidades sin consultorio: 22 Total, localidades:72 *En condiciones meteorológicas favorables.			
E1	Rutas Sin contar domicilios ni poblaciones A demanda --- 52 semanas/año		
Martes			
	Villadiego–Villegas (de paso) –Sasamón – Villadiego (25 min, 23,6 km)	1300 min	1227,2 km
Jueves			
	1 vez cada 3 meses Villadiego --- Villasidro--- Sasamón—Villadiego 31 min (28,6 km)	124 min	114,4 km
	1 vez al mes Villadiego–Villamayor de Treviño—Sasamón–Villadiego 32 min (33,4 km)	384 min	400,8 km
	36 semanas restantes Villadiego- Sasamón- Villadiego 25 min (23,6 km)	900 min	849,6 km
Viernes			
	Villadiego–Grijalba—Sasamón – Villadiego 35 min (33,0 km)	1820 min	1716 km
Total, al año		4.528 min	4.308 km
E2	Rutas Sin contar domicilios ni poblaciones A demanda --- 52 semanas/año		
Jueves			
	1 vez al mes: Villadiego- Fuencaliente de Puerta- San Martin de Humada – Humada - Villadiego 52 min (55,2 km)	624 min	662,4 km
	1 vez al mes: Villadiego- Fuenteodra- Rebolledo de traspeña- Amaya- Villadiego 59 min (61,7 km)	708 min	740,4 km
Total, al año		1.332 min	1.402,8 km
E3	Rutas Sin contar domicilios ni poblaciones A demanda --- 52 semanas/año		
Martes			
	1 vez al mes Villadiego- Villanueva de puerta- Los Valcárceres- Úrbel del Castillo- La Piedra- Villadiego 63 min (54,3 km)	756 min	651,6 km
Total, al año		756 min	651,6 km
E4	Rutas Sin contar domicilios ni poblaciones A demanda --- 52 semanas/año		
Lunes			
	Villadiego- Villahizán de Treviño—Villadiego 20 min (19,6 km)	1.040 min	1.019,2 km
Martes			
	1 vez al mes: Villadiego—Cañizar de Amaya- Salazar de Amaya – Sotovellanos – Villadiego 58 min (66,4 km)	696 min	796,8 km
Miércoles			
	40 semanas: Villadiego – Guadilla de Villamar – Sotresgudo – Villadiego 36 min (41,2 km)	1.440 min	1.648 km
	1 vez al mes: Villadiego – Villanueva de Odra – Guadilla de Villamar – Sotresgudo – Villadiego 38 min (41,5 km)	456 min	498 km
Viernes			
	1 vez al mes: Villadiego – Sandoval de la Reina – Villavedón – Villadiego 26 min (27,1 km)	312 min	325,2 km
	40 semanas: Villadiego – Sandoval de la Reina – Villadiego 17 min (19,0 km)	680 min	760 km
Total, al año		4.624 min	5.047,2 km



E5 Rutas Sin contar domicilios ni poblaciones A demanda --- 52 semanas/año						
Lunes						
Villadiego – Pedrosa del Páramo - Yudego- Villadiego (50 min (46,3 km)					2.600 min	2.407,6 Km
Miércoles						
1 vez al mes: Villadiego – Tobar- Susinos del Páramo – Manciles – Villadiego 34 min (27,9 km)					408 min	334,8 km
1 vez al mes: Villadiego – Las Hormazas (Borcós, Solano, La Parte) – Villadiego 29 min (25,2 km)					348 min	302,4 km
1 vez al mes: Villadiego- Villadiego- Citores del Páramo- Villadiego 48 min (42,9 km)					576 min	514,8 km
Jueves						
Villadiego – Yudego—Olmillos de Sasamón – Villadiego (43 min, 38,9 km)					2.236 min	2.022,8 km
Total, al año					6.168 min	5.582,4 km
Distancia entre el Centro de Salud y cada localidad englobada por la Zona Básica de Salud de Villadiego.						
	Localidad	Profesional	Frecuencia	Distancia CS- CL	Tiempo/año	Km/año
1	Grijalba	E1	1/semana	13 min (14,3 km)	676 min	743,6
2	Sasamón	E1	3/semana	12 min (11,8 km)	1.872 min	1.840,8
3	Villasidro	E1	1/3 meses	13 min (13,3 km)	52 min	53,2
4	Villegas	E1	1/mes	7 min (5,6 km)	84	67,2
5	Villamayor de Treviño	E4	1/mes	9 min (11,1 km)	108	133,2
6	Barrios de Villadiego	E2	A demanda	5 min (5,8 km)	-----	-----
7	Barruelo	E2	A demanda	3 min (1,6 km)	---	----
8	Fuencaliente de Puerta	E2	1/mes	26 min (27,6 km)	312	331,2
9	Fuenteodra	E2	1/mes	21 min (22,9 km)	252	274,8
10	Humada	E2	1/mes	18 min (20,6 km)	216	247,2
11	Ordejón de Abajo	E2	A demanda	16 min (16,5 km)	----	----
12	Ordejón de Arriba	E2	A demanda	14 min (14,3 km)	----	----
13	Rebolledo Traspeña	E2	1/mes	24 min (25,1 km)	288	301,2
14	San Martín de Humada	E2	1/mes	25 min (18,2 km)	300	218,4
15	Villamartín de Villadiego	E2	A demanda	21 min (23,1 km)	----	----
16	Tapia	E2	A demanda	7 min (6,7 km)	----	----
17	Villusto	E2	A demanda	9 min (8,9 km)	----	----
18	Amaya	E2	1/mes	20 min (23,4 km)	240	280,8
19	Peones de Amaya	E2	A demanda	21 min (25,0 km)	----	----
20	Los Valcarceres	E3	1/mes	18 min (16,8 km)	216	201,6
21	La Piedra	E3	1/mes	24 min (22,1 km)	288	265,2
22	Santa Cruz del Tozo	E3	A demanda	27 min (24,1 km)	----	----
23	Urbel del Castillo	E3	1/mes	25 min (22,7 km)	300	272,4
24	Fuencivil	E3	A demanda	16 min (14,1 km)	----	----
25	Villanueva de Puerta	E3	1/mes	13 min (11,8 km)	156	141,6
26	Guadilla de Villamar	E4	1/semana	16 min (18,3 km)	832	951,6
27	Villahizán de Treviño	E4	1/semana	12 min (12,8 km)	624	665,6
28	Villanueva de Odra	E4	1/mes	13 min (15,8 km)	156	189,6
29	Rioparaiso	E4	A demanda	12 min (14,1 km)	----	----



30	Sandoval	E4	1/semana	8 min (9,8 km)	416	509,6
31	Villavedón	E4	1/mes	12 min (13,6 km)	144	163,2
32	Barrio San Felices	E4	A demanda	16 min (19,5 km)	----	----
33	Cañizar de Amaya	E4	1/mes	16 min (20,2 km)	192	242,4
34	Quintanilla de Riofresno	E4	A demanda	19 min (21,5 km)	----	----
35	Salazar de Amaya	E4	1/mes	18 min (21,3 km)	216	255,6
36	Sotovellanos	E4	1/mes	19 min (24,3 km)	228	291,6
37	Sotresgudo	E4	1/semana	12 min (15,9 km)	624	826,8
38	Citores del Páramo	E5	1/mes	19 min (23,2 km)	228	278,4
39	Olmillos de Sasamón	E5	1/semana	15 min (14,2 km)	780	738,4
40	Villandiego	E5	1/mes	19 min (17,5 km)	228	210
41	Yudego	E5	2/semana	21 min (19,4 km)	2.184	2.017,6
42	Castromorca	E5	A demanda	5 min (3,1 km)	----	-----
43	Manciles	E5	1/mes	15 min (12,9 km)	180	154,8
44	Olmos de la Picaza	E5	A demanda	6 min (4,9 km)	----	----
45	Pedrosa del Páramo	E5	1/semana	10 min (9,6 km)	520	499,2
46	Susinos del Páramo	E5	1/mes	14 min (12,0 km)	168	144
47	Tobar	E5	1/mes	9 min (8,9 km)	108	106,8
48	Arenillas	E5	A demanda	4 min (3,2 km)	----	-----
49	Las Hormazas	E5	1/mes	14 min (12,7 km)	168	152,4



Anexo 2. Distancias recorridas durante las visitas domiciliarias. Centro de Salud de Villadiego y de San Agustín.

A continuación se presentan las distancias entre el Centro de Salud y las diferentes localidades / calles durante las visitas domiciliarias determinándose el tiempo empleado en la misma, ida y vuelta.

Centro de Salud rural de Villadiego. Avenida Reyes Católicos s/n. 09120, Villadiego, Burgos.

	Localidad	Distancia CS- Localidad -CS km	Tiempo min
1.	Villadiego	0	0
2.	Grijalba	28,6	27
3.	Sasamón	23,6	24
4.	Villasidro	26,7	26
5.	Villegas	11,2	14
6.	Villamayor de Treviño	22,2	20
7.	Villamorón	13	17
8.	Villanoño	6,7	11
9.	Barrios de Villadiego	18	19
10.	Tablada de Villadiego	9,9	15
11.	Barruelo	9,7	13
12.	Fuencaliente de Puerta	54,6	50
13.	Fuenteodra	45,5	40
14.	Humada	40,6	35
15.	Ordejón de Abajo	32,6	31
16.	Ordejón de Arriba	28,3	27
17.	Rebolledo Traspeña	19,9	47
18.	San Martín de Humada	51,1	47
19.	Villamartín de Villadiego	46	42
20.	Tapia	33,5	28
21.	Villusto	17,9	21
22.	Amaya	47	40
23.	Peones de Amaya	50,2	44
24.	Congosto	38,2	38
25.	Puentes de Amaya	55,5	63
26.	Villalbilla de Villadiego	15,7	19
27.	Basconillos del Tozo	69,8	67
28.	Fuenteurbel	54,2	59
29.	Los Valcarceres	34	38
30.	La Piedra	43,9	47
31.	Santa Cruz del Tozo	47,8	52
32.	Urbel del Castillo	45,2	50
33.	Fuencivil	27,2	31
34.	Villanueva de Puerta	23,2	25
35.	La Rad	56,9	60
36.	Espinosilla San Bartolomé	31,2	42
37.	Quintana del Pino	53,7	48



38.	Acedillo	31,6	33
39.	Boada de Villadiego	18,7	22
40.	Brulles	19,6	19
41.	Melgosa de Villadiego	14,5	18
42.	Quintanilla de la Presa	25	27
43.	Villahernando	14,8	17
44.	Guadilla de Villamar	36,6	32
45.	Villahizán de Treviño	19,8	20
46.	Sordillos	20,3	19
47.	Mahallos	22,9	25
48.	Villanueva de Odra	25,7	23
49.	Rioparaiso	26	28,3
50.	Sandoval de la Reina	19,4	18
51.	Villavedón	27,2	25
52.	Barrio San Felices	38,9	33
53.	Cañizar de Amaya	40,4	33
54.	Quintanilla de Riofresno	43,1	39
55.	Salazar de Amaya	42,6	37
56.	Sotovellanos	48,7	39
57.	Sotresgudo	31,8	25
58.	Palazuelos de Villadiego	26,3	25
59.	Villavedón	27,2	25
60.	Citores del Páramo	37,1	39
61.	Olmillos de Sasamón	28,3	31
62.	Villandiego	35,1	37
63.	Yudego	38,8	42
64.	Castromorca	6,3	11
65.	Manciles	22,3	28
66.	Olmos de la Picaza	9,8	11
67.	Pedrosa del Páramo	18,9	19
68.	Susinos del Páramo	24	26
69.	Bustillo del Páramo	33,7	36
70.	Tobar	17,8	18
71.	Arenillas	6,2	8
72.	Solano	20,4	23
73.	Borcos	24	28
74.	La parte	19,7	23
75.	Coculina	26,7	26
76.	Hormazuela	27,7	28
77.	Villalibado	8,6	13
78.	Villaute	11,8	13



Centro de Salud de San Agustín, Burgos. Calle Bonifacio Zamora de Usabel s/n 09001 Burgos.

	Cs- Calle/Plaza - CS	Distancia km	Tiempo min
1.	Alba de Tormes	1,1	4
2.	Albacete	0,56	2
3.	Alfar de Cadenillas	1,7	4
4.	Alfareros	1	2
5.	Alicante	1	2
6.	Andrés Gutiérrez de Cerezo	0,8	2
7.	Plaza Aragón	1,8	6
8.	Carretera de Arcos	3,4	6
9.	Arquitecto Ricardo Velázquez Bosco	1,2	4
10	Ávila	1,2	4
11	Barrio Gimeno	1,1	4
12	Blanqueras	2,6	6
13	Bonifacio Zamora de Usabel	0,136	2
14	Calderón de la Barca	1,3	4
15	Calleja y Zurita	0,54	2
16	Cardenal Aguirre	1,5	4
17	Carmen	1	4
18	Castrojeriz	0,7	2
19	Cervantes	1,5	4
20	Concepción	1,8	4
21	Avenida Conde de Guadalhorce	1,8	6
22	Diego Polo	1,5	4
23	Doctor Emilio Gimenez Heras	0,166	2
24	Jose Luis Santamaría	1,5	4
25	Plaza Doctor López Saiz	0,54	2
26	Doctor Luis Fairnier	0,6	2
27	Doctor Zumel	1,4	4
28	Paseo Empecinado	1,4	4
29	Eras de San Pedro y San Felices	2,8	6
30	Félix Antón Burgos	0,7	2
31	Fray Esteban de la Villa	0,9	2
32	Frías	1	2
33	Hermano Rafael	2,2	4
34	Hermanos Machado	0,56	2
35	Hospital Militar	2,2	6
36	Huesca	2,2	6
37	Isabel Torres	0,6	2
38	Jaca	2,2	6
39	Jaime Santamaría	0,8	2
40	Jose María Gonzalez Marrón	1,1	4
41	Laguna Negra	2	4
42	Lealtad	0,7	2
43	Legión Española	1,1	2
44	Lerma	0,7	2
45	López Gemeno	1,9	4
46	Plaza Luís Martín Santos	2,2	6
47	Luisa Rosado	0,6	2
48	Madrid	0,7	2
49	Maestro Quesada	2	4
50	María de Zayas	2,2	4
51	Merced	1,7	6
52	Camino Mirabueno	2,8	8
53	Nuestra Señora de Belén	0,9	2
54	Padre Silverio	1,1	4



55	Parque Europa	1,7	4
56	Plaza Pío Baroja	2	4
57	Paseo Pisones	2	4
58	Polvorín Viejo Santa Ana	1,5	4
59	Roa	1	4
60	Sabiñánigo	2,2	4
61	Salas	1	2
62	Plaza y Calle San Agustín	0,220	2
63	San Cosme	1,8	6
64	San Ignacio de Loyola	1,8	6
65	San Isidro	1,1	4
66	San Joaquín	0,6	2
67	San Pedro y San Felices	0,9	2
68	San Zoles	3,2	8
69	Santa Ana	0,9	4
70	Santa Dorotea	1,9	6
71	Sara Borell	0,1	2
72	Barriada la Social	1	2
73	El Tejo	1,3	4
74	Teruel	1,5	4
75	Trespaderne	1	4
76	Camino Valdechoque	3	6
77	Valdelaguna	2	4
78	Plaza Vega	2	6
79	La Ventosa	1,6	2
80	Virgen del Salterio	1,8	4
81	Zaragoza	1,4	4
	Promedio	1,40	3,75
	Desviación	0,72	1,60



Anexo 3. Consentimiento Informado.

1.- INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

El proyecto de investigación para el cual le pedimos su participación se titula:

“Estudio de la situación actual y las necesidades de los profesionales de enfermería en la sanidad rural de la provincia de Burgos, España”.

Le ruego lea detenidamente la siguiente información. Si tuviera alguna duda exprésela antes de firmar este documento, al investigador principal del proyecto, a través del apartado “*Datos de contacto del investigador principal para aclaraciones o consultas*”.

Si está de acuerdo con los fines de la investigación, considera que ha recibido información suficiente y quiere participar en el proyecto deberá firmar al final del documento. El consentimiento aquí manifestado podrá revocarse en cualquier momento. Para ello dispone de un modelo al final de este documento.

Objetivo del estudio: Conocer la percepción de los profesionales de Enfermería sobre la sanidad rural en el Área de Salud de la provincia de Burgos.

Metodología a utilizar para el estudio, tipo de colaboración que se espera de usted y duración de dicha colaboración: Estudio descriptivo transversal de la sanidad rural en la provincia de Burgos. El estudio persigue recopilar información desde la experiencia y opinión de los profesionales de Enfermería. Para ello se establecerán que factores o procesos pueden mediar en la experiencia y satisfacción laboral del profesional, así como los posibles puntos de mejora propuestos por los propios profesionales. Del mismo modo se describirán las diferencias existentes entre la asistencia rural y urbana por medio de las vivencias de los profesionales a lo largo de su desempeño laboral.

Su colaboración en el estudio cesará tras la emisión de los resultados obtenidos en el mismo.

Posibles molestias y riesgos de su participación en el estudio: La participación en el estudio no supondrá molestia o riesgo alguno para el participante.

Beneficios que se espera obtener con la investigación: Los resultados obtenidos podrán ser utilizados en la puesta en marcha de medidas o posibles soluciones, que permitan elaborar nuevos modelos de gestión y de ayuda a los diferentes servicios sanitarios.

Consecuencias de la no participación: La no participación en el estudio no supondrá ninguna desventaja o afectará a la relación con las personas que le propusieron participar.

Posibilidad de retirada en cualquier momento y consecuencias: Usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento firmando la revocación del consentimiento que se incluye al final del documento. Su retirada no tendrá ninguna consecuencia negativa para usted, y será aceptada sin problemas por el equipo investigador.

¿Quién ha financiado el estudio? El estudio no cuenta con financiación alguna.

¿Qué institución lo realiza? El estudio se realiza con el respaldo de la Universidad de Burgos. Se cuenta con el informe positivo del comité de Ética del Hospital Universitario de Burgos con N.º de referencia CEIm 2658 y la aprobación de la Gerente de Atención Primaria.

Gratuidad por la participación: Como anteriormente se ha enunciado el estudio NO cuenta con financiación, por lo que el participante no obtendrá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.



Previsión de uso posterior de los resultados: Los resultados obtenidos serán utilizados con fines de investigación.

Equipo investigador:

- Investigadora principal: Laura Olalla Gil.
- Asesores metodológicos: Diego Serrano Gómez y Jesús Puente Alcaraz.

Datos de contacto del investigador principal para aclaraciones o consultas:

Laura Olalla Gil. Enfermera del Área de Salud de Burgos.

Centro de Salud de Villadiego – Burgos. Teléfono de contacto: 947 36 03 04

Email: lolallag@saludcastillayleon.es

El proyecto se realizará siguiendo los criterios éticos internacionales recogidos en la Declaración de Helsinki. Los profesionales involucrados en el estudio participarán de manera totalmente anónima de acuerdo a la normativa vigente. Los datos recabados permanecerán bajo el régimen de protección de datos como se regula en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales, complementaria al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

Medidas para acceder a la información relevante para usted que surjan de la investigación o de los resultados totales: Tiene derecho a acceder a la información generada sobre usted en el estudio. Si así lo desea deberá indicarlo a continuación, aportando su email corporativo de contacto:

- Si deseo obtener los resultados de la investigación que sean relevantes para mi.

Email de contacto:

- No deseo recibir información.

Medidas tomadas por tratarse de un estudio anonimizado: “Se ha establecido un sistema de anonimización efectivo que no permite la identificación posterior del sujeto. En ningún caso se juntarán los consentimientos otorgados, donde sí se identifica al sujeto, con los cuestionarios o el resto de información utilizada en el estudio. En el uso que se realice de los resultados del estudio, con fines de docencia, investigación y/o publicación, se respetará siempre la debida anonimización de los datos de carácter personal, de modo que los sujetos de la investigación no resultarán identificados o identificables”.

2.- POLÍTICA DE PRIVACIDAD.

¿Quién trata sus datos?

El responsable del tratamiento de sus datos es:

Universidad de Burgos

CIF: Q-0968272-E

Domicilio: Hospital del Rey s/n. CP 09001 Burgos. España.

¿Cómo puede contactar con nuestro delegado de protección de datos?

El delegado de protección de datos es la persona encargada de supervisar que cumplimos las normas sobre protección de datos y ayudarte. Si tienes alguna duda o consulta sobre cómo tratamos los datos puedes contactar con el delegado de protección de datos en: dpd@ubu.es.



¿Para qué tratamos sus datos? ¿Por qué y con qué base legal tratamos tus datos?

Trataremos sus datos con el fin de gestionar su participación en el Proyecto de Investigación. Sus datos serán tratados en virtud de:

- Su consentimiento (artículo 6.1.a) RGPD), para participar en el Proyecto, y la publicación de los resultados, en su caso, con relación a las referencias biográficas cuya publicación pudiera ser necesaria en el Proyecto.
- Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento (art. 6.1.e) RGPD) conforme a las competencias atribuidas a la Universidad en virtud de los artículos 1 y 39 y siguientes de Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.

¿Con quién compartimos sus datos?

- Únicamente se comunicarán los datos sin necesidad de otorgar consentimiento a requerimiento de autoridades.
En estos casos, la Universidad antes de poner los datos a disposición de terceros se asegura de que estas autoridades solicitan y acceden a los datos de acuerdo con las Leyes.

¿Cuánto tiempo conservaremos los datos?

- Los datos se utilizarán durante toda la investigación hasta, en su caso, la emisión de un informe o la publicación de los resultados de la misma.
- La información se conservará debidamente bloqueada por los periodos adicionales necesarios para la prescripción de eventuales responsabilidades legales.
- La información con valor histórico se conservará de forma indefinida previa aprobación de la Comisión de Expurgo en virtud de lo regulado en la Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español y la normativa específica aplicable en su caso.

¿Cómo protegemos la información?

Como Administración pública, aplicamos las medidas técnicas y organizativas que nos dicta el Esquema Nacional de Seguridad. Este contempla una serie de recomendaciones para tratar de garantizar la seguridad de los sistemas de información y así evitar el robo, alteración o accesos no autorizados a datos.

En caso de subcontratación de servicios, exigiremos y velaremos para que el encargado del tratamiento aplique medidas análogas a las del Esquema Nacional de Seguridad.

¿Qué derechos tiene?

Para poder mantener en todo momento el control sobre tus datos tienes derecho acceder a tu información personal, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su cancelación o supresión. En determinadas circunstancias, y por motivos relacionados con tu situación particular, podrás oponerte al tratamiento de tus datos. De igual forma, puedes ejercer el derecho de limitación del tratamiento de tu información personal, solicitándonos su conservación y también la portabilidad de tus datos. Para que podamos mantener tus datos personales actualizados, es importante que nos informes siempre que haya habido alguna modificación en ellos, en caso contrario, no podremos responder de la veracidad de los mismos.

Puedes ejercer tus derechos sin coste alguno a través de la dirección electrónica dpd@ubu.es, si escribes desde una cuenta oficial de la Universidad de Burgos, a través del trámite de registro electrónico de documentación general en <https://sede.ubu.es> o mediante escrito dirigido a:

Secretaría General. Universidad de Burgos.

Hospital del Rey s/n. 09001 Burgos.



Se acompañará copia de D.N.I. o documento identificativo equivalente (pasaporte, N.I.E...) que acredite la identidad de la persona interesada, la representación que ostente o el objeto de la solicitud.

¿Quién garantiza sus derechos? ¿Ante quién puede reclamar?

En caso de que desee presentar una reclamación u obtener información adicional sobre la regulación del tratamiento de datos personales en España, la autoridad competente es la Agencia Española de Protección de Datos (Jorge Juan, 6 28001-Madrid).

3.- CONSENTIMIENTO.

Don/Doña _____,
 mayor de edad, titular del DNI _____, por el presente documento manifiesto que:

- He sido informado/a de las características del Proyecto de Investigación titulado: **“Percepción de los profesionales de enfermería sobre la sanidad rural en el Área de Salud de Burgos”**
- He leído tanto el apartado 1 del presente documento (“INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN”), y he podido formular las dudas que me han surgido al respecto. Considero que he entendido dicha información.
- Estoy informado/a de la posibilidad de retirarme en cualquier momento del estudio.
- Estoy informado del modo en que serán tratados mis datos.

En virtud de tales condiciones, **consiento participar en este estudio.**

Y en prueba de conformidad, firmo el presente documento en el lugar y fecha que se indican a continuación.

En _____, a ___ de _____ del 2022.

<i>Nombre y apellidos del/ de la participante:</i>	<i>Nombre y apellidos del investigador principal:</i>
Firma:	Firma:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ para participar en el proyecto titulado **“Percepción de los profesionales de enfermería sobre la sanidad rural en el Área de Salud de Burgos”** y, para que así conste, firmo la presente revocación.

En _____, a ___ de _____ del 2022.

<i>Nombre y apellidos del/ de la participante:</i>	<i>Nombre y apellidos del investigador principal:</i>
Firma:	Firma:



Anexo 4. Estructura entrevista grupo focal.

Dimensiones/ Categorías	Preguntas
Atención asistencial ofrecida por el Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué opináis de la infraestructura del Centro de Salud?- ¿Creéis que la accesibilidad a Atención Primaria es adecuada?- ¿Qué medios extrañáis en el Centro de Salud?- ¿Qué opináis de las agendas?
Condiciones laborales	<ul style="list-style-type: none">- ¿Cuál es vuestra opinión sobre el trabajo de enfermería en el mundo rural?- ¿Qué es lo que más os preocupa de vuestro trabajo? ¿Cuál os parece el principal problema laboral?- ¿Qué opináis de los desplazamientos a los municipios o las visitas domiciliarias? ¿Cuál creéis que es el problema principal?- ¿Qué opináis de la plantilla orgánica?- ¿Cuándo realizáis vuestra formación profesional?- ¿Creéis que vuestro puesto actual os va a permitir la promoción profesional?
Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué hace diferente a Atención Primaria rural vs urbano?- ¿Qué condiciones tienen actualmente los consultorios locales? ¿Podéis desarrollar tu trabajo?- ¿Cómo creéis que está actualmente Atención Primaria?- ¿Qué creéis que necesitan vuestros pacientes?- ¿Cuál es vuestra opinión sobre las enfermeras gestoras de casos, de práctica avanzada o especialistas en enfermería familiar y comunitaria?
Soluciones y propuestas de mejora	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué es necesario hacer para viabilizar la Atención Primaria rural? ¿Cuál creéis que es la mejor manera de abordar la elevada dispersión geográfica?- ¿Cómo creéis que se podría mejorar la atención asistencial de los pacientes?- ¿Qué otros aspectos se deben de tener en cuenta?



Anexo 5. Variables sociodemográficas y laborales.

Tabla 6: Variables sociodemográficas. N=16

Variable		N	%
Centro de Salud	Urbano	10	62,5%
	Rural	6	37,5 %
Edad	De 21 a 34 años	0	0,00 %
	De 35 a 54 años	11	68,75 %
	Más de 54 años	5	31,25 %
Sexo	Hombre	3	18,75 %
	Mujer	12	81,25 %
	Prefiero no decirlo	0	0,00 %
Personas a su cargo	Si	14	87,5 %
	No	2	12,5 %

Tabla 7: Variables laborales N=16

Variable	Categoría	
	Medio rural	Medio urbano
Tiempo trabajado en el Centro de Salud actual- media	13.01 años \pm 14,07	3.9 años \pm 2,29
Situación laboral	Fijo	66,66 %
	Interino	33,33 %
	Eventual	0,00%
Distancia entre domicilio habitual del trabajador y el centro de trabajo	De 0 a 10 km	0,00%
	De 11 a 20 km	0,00%
	Más de 20 km	100,00%
Vehículo particular	Si	100,00 %
	No	0,00%
Tiempo de espera para coger cita con el profesional	En el mismo día	100 %
	De 1 a 3 días	0,00%
	Más de 3 días	0,00%
La media de edad de los pacientes que acuden a consulta es de ...	Menores de 30	0,00%
	Entre 30 y 45	0,00%
	Entre 46 y 60	0,00%
	Mayores de 61	100 %
Presión asistencial/ n°. consultas al día	De 1 a 10	16,66 %
	De 11 a 20	83,33 %
	Más de 20	0,00%
Consultas a domicilio a la semana	Menor a 2	0,00%
	De 2 a 4	66,66 %
	Más de 5	33,33 %
Tiempo empleado en el desplazamiento y asistencia en el domicilio	Menor a 15´	0,00%
	De 15´ a 30´	0,00%
	De 30´ a 45´	16,66 %
	Mayor a 45´	83,33 %
N. °. de municipios en tu cupo	Zona urbana	0,00%
	1	0,00%
	Entre 2 y 5	0,00%
	De 5 a 10	16,66 %
	Más de 10	83,33 %



Tabla 8: Variables infraestructura y acceso. Se muestra la media de las puntuaciones otorgadas por los participantes en una escala Likert de 1. Totalmente en desacuerdo a 5 totalmente de acuerdo.

Variable	Categoría		
	Media	Desviación típica	
Infraestructura y acceso			
El Centro de Salud dispone de una infraestructura adecuada para el desarrollo asistencial	Medio rural	2	±0,89
	Medio urbano	3,4	±0,69
Los desplazamientos al Centro de Salud suponen inconvenientes para los pacientes	Medio rural	4,16	±0,40
	Medio urbano	2,8	±1,03
Los pacientes que acuden al Centro de Salud disponen de coche o red de apoyo que les ayude con el desplazamiento	Medio rural	2,5	±0,83
	Medio urbano	3,2	±1,22
La falta de medios diagnósticos o tecnologías dificulta mi actividad asistencial	Medio rural	4,16	±0,40
	Medio urbano	3,1	±0,99
Las consultas/ consultorios locales disponen de todos los medios que necesito en mi día a día	Medio rural	2,16	±0,75
	Medio urbano	2,7	±0,82



Anexo 6. Cuestionario Font Roja AP. Satisfacción laboral.

Tabla 9: Dimensiones cuestionario satisfacción laboral Font Roja AP

<p>La Satisfacción Media Global (SMG), resulta de calcular la diferencia entre los ítems que forman parte de las dimensiones que aumentan la satisfacción (7-17,19), menos los que pertenecen a las que la disminuyen (1-6, 18,20-24), dividiendo después el resultado entre los 24 ítems totales. Permitiendo diferenciar las personas en satisfechos (>0), indiferentes o neutros (=0) o no satisfechos (<0).</p> <p>1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo</p> <p>Las dimensiones que se relacionan a mayor puntuación, mayor satisfacción son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ D1: Satisfacción por el trabajo. ✓ D5: Promoción profesional. ✓ D6: Relación interpersonal con los jefes. ✓ D7: Relación interpersonal con los compañeros. ✓ D8: Características extrínsecas del estatus. <p>Las dimensiones que se relacionan a mayor puntuación, menor satisfacción son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ D2: Tensión relacionada con el trabajo. ✓ D3: Competencia profesional. ✓ D4: Presión del trabajo. ✓ D9: Monotonía laboral. 					
		Media urbana	DT	Media rural	DT
Satisfacción por el Trabajo.	7- En mi trabajo me encuentro muy satisfecho.	3,5	±0,83	4,0	±0,81
	10- Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	1,33	±0,51	1,1	±0,31
	11-Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	1,66	±0,51	1,5	±0,84
	16- Estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	3,66	±0,81	3,9	±0,56
		2,53	±0,17	2,62	±0,24
Tensión relacionada con el trabajo.	2-Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo	1,83	±0,40	2,1	±0,56
	3-Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal, me suelo encontrar muy cansado	3,33	±1,03	2,7	±0,94
	4-Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del trabajo pensando en cuestiones relacionadas en mi trabajo	4,5	±0,54	4,0	±0,81
	5- Muy pocas veces me he visto obligado a emplear “a tope” toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	1,66	±0,81	2,2	±0,78
	6- Muy pocas veces mi trabajo perturba mi estado de ánimo, a mi salud o a mis horas de sueño	2,33	±0,81	2,1	±0,77
		2,73	±0,24	2,62	±0,13
Competencia Profesional.	22- Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo	1,83	±0,75	1,6	±0,69
	23- Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	4,0	±0,00	2,9	±1,44
	24-Con frecuencia la competitividad o el estar a la altura de los demás en mi puesto de trabajo, me causa estrés o tensión	2,33	±1,03	1,9	±0,73
		2,13	±0,53	2,13	±0,42
Presión del Trabajo.	18- Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	3,83	±0,40	3,4	±1,07
	20- Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	3,16	±0,98	2,1	±0,73
		3,49	±0,41	2,75	±0,24
Promoción Profesional.	9- Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas	3,33	±1,03	1,6	±0,51
	12- Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	3,66	±0,51	3,3	±0,58
	17- Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	2,5	±1,24	1,4	±0,51



		3,16	±0,37	1,5	±0,04
Relación interpersonal con sus jefes.	13- La relación con mi jefe/a, jefes/as es muy cordial	3,83	±0,98	3,8	±0,63
	19- Estoy seguro de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as	4,16	±0,40	3,8	±0,42
		3,99	±0,41	3,8	±0,14
Relación interpersonal con los compañeros.	14- Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales	4,0	±0,00	4,4	±0,51
Características extrínsecas del estatus.	8- Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia	2,5	±0,83	1,7	±0,67
	15- El sueldo que percibo es muy adecuado	2,33	±0,81	2,3	±1,25
		2,41	±0,01	2,0	±0,41
Monotonía laboral.	1-Mi actual trabajo es el mismo todos los días, no varía nunca	2,0	±1,09	2,1	±0,56
	21- Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo habitualmente me suelen afectar	3,5	±1,04	1,9	±0,87
		2,75	±0,03	2,0	±0,21

Tabla 9: Ítems cuestionario satisfacción laboral Font Roja AP.

La Satisfacción Media Global (SMG), resulta de calcular la diferencia entre los ítems que forman parte de las dimensiones que aumentan la satisfacción (7-17,19), menos los que pertenecen a las que la disminuyen (1-6, 18,20-24), dividiendo después el resultado entre los 24 ítems totales. Permitiendo diferenciar las personas en satisfechos (>0), indiferentes o neutros (=0) o no satisfechos (<0).

1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo

	Media urbana	DT	Media rural	DT
7- En mi trabajo me encuentro muy satisfecho.	3,5	±0,83	4,0	±0,81
8- Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional, tengo poca independencia	2,5	±0,83	1,7	±0,67
9- Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas	3,33	±1,03	1,6	±0,51
10- Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	1,33	±0,51	1,1	±0,31
11-Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	1,66	±0,51	1,5	±0,84
12- Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	3,66	±0,51	3,3	±0,58
13- La relación con mi jefe/a, jefes/as es muy cordial	3,83	±0,98	3,8	±0,63
14- Las relaciones con mis compañeros/as son muy cordiales	4,0	±0,00	4,4	±0,51
15- El sueldo que percibo es muy adecuado	2,33	±0,81	2,3	±1,25
16- Estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	3,66	±0,81	3,9	±0,56
17- Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	2,5	±1,24	1,4	±0,51
19- Estoy seguro de conocer lo que se espera de mí en el trabajo por parte de mis jefes/as	4,16	±0,40	3,8	±0,42
	36,46		32,8	
1-Mi actual trabajo es el mismo todos los días, no varía nunca	2,0	±1,09	2,1	±0,56
2-Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo	1,83	±0,40	2,1	±0,56
3-Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal, me suelo encontrar muy cansado	3,33	±1,03	2,7	±0,94
4-Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del trabajo pensando en cuestiones relacionadas en mi trabajo	4,5	±0,54	4,0	±0,81
5- Muy pocas veces me he visto obligado a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	1,66	±0,81	2,2	±0,78
6- Muy pocas veces mi trabajo perturba mi estado de ánimo, a mi salud o a mis horas de sueño	2,33	±0,81	2,1	±0,77
18- Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	3,83	±0,40	3,4	±1,07



20- Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	3,16	±0,98	2,1	±0,73
21- Los problemas personales de mis compañeros/as de trabajo habitualmente me suelen afectar	3,5	±1,04	1,9	±0,87
22- Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitado para realizar mi trabajo	1,83	±0,75	1,6	±0,69
23- Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	4,0	±0,00	2,9	±1,44
24- Con frecuencia la competitividad o el estar a la altura de los demás en mi puesto de trabajo, me causa estrés o tensión	2,33	±1,03	1,9	±0,73
	34,3		29	
SMG	0,09	±0,24	0,15	±0,26