



Título	Modelo integrador de coordinación de urgencias y emergencias sanitarias
Autoría	Alberto López Ballesteros; Diego Villalobos Buitrago; María Carmen Duque del Río; Ricardo Delgado Sánchez; Alberto Medina Reimundez; Sergio Esteban Esteban.
Contacto	mariacarmen.duque@salud.madrid.org

Palabras clave	Urgencias – emergencias - centro coordinador – SEM - CCU – Gestión sanitaria – demanda sanitaria – recursos sanitarios - clima laboral
-----------------------	--

Resumen

Los CCU gestionan la demanda poblacional en situaciones perceptivas de riesgo vital y deben distribuir los recursos sanitarios disponibles para lograr optimizarlos, para que la atención sea la precisa, pertinente y lo más rápida posible, ya que el tiempo es vida. En los últimos 20 años, se ha producido un aumento importante de la demanda en los CCU, que viene siendo asistida con un modelo biomédico, centrado en el triage telefónico por patologías médicas; sin embargo, la evolución paralela que ha habido en las profesiones sanitarias, y concretamente la enfermería, permite una atención integral e integradora dentro del SNS, que permite por una parte un modelo de clasificación por incidentes de riesgo vital, con la distribución de recursos de acuerdo a requerimientos sanitarios, e integrar una atención directa basada en el autocuidado o cuidado dependiente.

Por ello apostamos por un cambio de modelo en los CCU, integrador, basado en la responsabilidad y competencias compartidas, por un equipo multidisciplinar de acuerdo con flujos de demanda con algoritmos asistenciales basados en la evidencia científica.

Una vez tenemos diseñado el modelo integrador, consideramos la implementación y la comparativa entre el modelo antiguo y el modelo actual, para verificar las posibilidades de mejora de los CCU

Introducción



La existencia de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCU, en adelante), han supuesto una importante mejora en la asistencia de la demanda urgente extrahospitalaria debido a su rápida respuesta y pronta atención, que se ha evidenciado como uno de los servicios más útiles y valorados por la población.

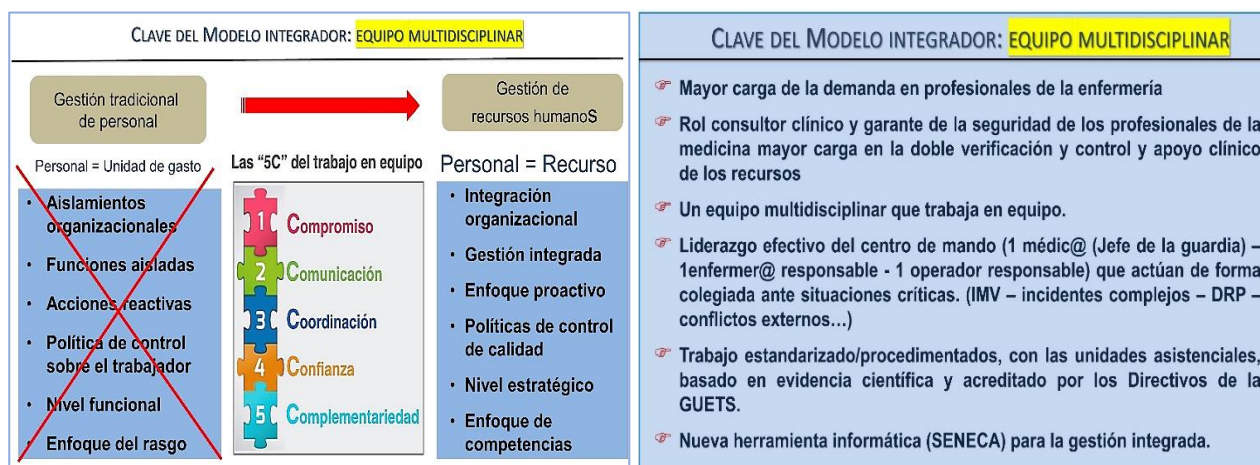


La coordinación sanitaria de urgencias y emergencias extrahospitalaria es el eje principal de un Servicio de Emergencias Médicas (SEM, en adelante) y sin duda uno de los importantes pilares es el equipo multidisciplinar que lo conforma, en el que la distribución de tareas garantiza una gestión eficaz de la demanda de acuerdo con una clasificación por prioridad asistencial y tiempo de actividad que es la clave para una coordinación dinámica, integral e integrada dentro del sistema.

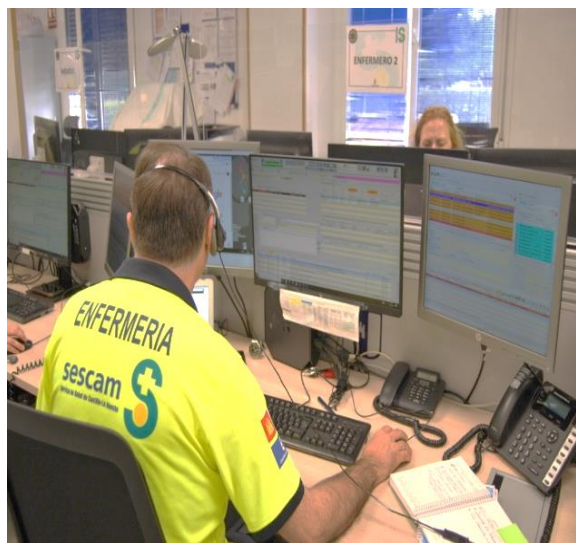
El crecimiento continuo de la demanda sanitaria, especialmente relacionada con la cronicidad, la dependencia, el envejecimiento, las actuaciones sanitarias ambulatorias (hospital de día, CMA, etc.), así como los estilos de vida hace necesario establecer sistemas de evaluación de la actividad para adaptarse a las necesidades poblacionales, y rediseñar las estrategias más eficaces para dar respuesta de forma útil, con amplia cobertura y con acciones pertinentes siempre atendiendo a criterios de uso racional de recursos y evidencia científica para lograr un sistema de salud sostenible; toda vez que los CCU son la puerta de entrada al SNS y es material sensible de percepción sobre el mismo.

El CCU de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS, en adelante) del Servicio de Salud de Castilla – La Mancha (SESCAM, en adelante), ha trabajado desde su inauguración en la coordinación de emergencias sanitarias y el transporte sanitarios (*urgente y programado*), adaptándose a las circunstancias poblacionales, al volumen de llamadas y teniendo como principal actor a médicos coordinadores para la atención de la demanda telefónica e incorporando progresivamente a profesionales de enfermería para la complementación y la gestión de procedimientos que requerían un mayor tiempo ocupacional de gestiones intermedias (*gestión de camas extra comunidad – contacto con otras comunidades – comunicación con las unidades asistenciales y seguimientos, soporte en la cobertura de recursos humanos*

de forma urgente – cobertura para el material de las unidades de forma urgente, etc...); aunque progresivamente también se asignaron las funciones de demanda de la teleasistencia, consulta sanitaria, y gestión del transporte interhospitalaria, así como la intermediación en la gestión para activación de los códigos asistenciales del SESCAM (CORECAM – ICTUS – DONANTE EN ASISTOLIA – TRAUMA – SEPSIS -... etc.).



En el año 2019, se plantea la redistribución de las actividades del CCU incorporando de forma directa a Enfermera en la gestión de la demanda, manteniendo sus funciones anteriores implantándose como una innovación en la estrategia organizacional.



Tras los resultados obtenidos, se propone al equipo de profesionales del CCU (médicos – enfermeras), un paso más en el modelo de coordinación con una dinámica y una perspectiva evolutiva desde **un modelo biomédico a un modelo sistémico, integrador**, más participativo, trabajando en la evidencia clínica, con objetivos dirigidos a la población y con unos objetivos de I+D+D.

Desde esta perspectiva se propone un modelo diferente al “regulador sanitario”, estableciendo un modelo multidisciplinar de trabajo en equipo, intentando una acción asistencial de **“coordinación”**, cercana y acompañando a los alertantes, afectados y víctimas desde el primer momento de la solicitud de la demanda; entendemos que desde el CCU podemos dar solución a muchos de los problemas cotidianos desde el conocimiento y la praxis de los profesionales en el medio telefónico/telemático, además de **ser una referencia y soporte** a los profesionales asistenciales (*UVIS – SVAEs/profesionales de AP – profesionales de Centros sanitarios y*

socio-sanitarios), para la consulta de historias clínicas, consenso clínico, valoración clínica y prescripción facultativa, facilitar acceso, dar cobertura en la transmisión de la información, cobertura en la seguridad clínica en la protección personal, medidas preventivas, apoyo a autoridades, agentes de seguridad, etc.....

El presente estudio pretende establecer una hipótesis sobre la eficacia y efectividad de este modelo de trabajo en el CCU que actúa como una unidad de gestión integral e integrada junto a todas las unidades de la GUETS como eje del SEM en Castilla la Mancha, con la finalidad de dar respuesta a las demandas poblacionales en situaciones de urgencias y emergencias y en aquellas en las que se requiere un servicio de apoyo para el control de la salud poblacional.

Objetivos

➔ OBJETIVOS GENERALES:

1. Verificar nuestra hipótesis de trabajo, ratificando los resultados cuantitativos, significativamente favorables del nuevo modelo de CCU en tres parámetros principales: *Tiempo de activación – Eficacia de la diagnosis inicial – Adecuación de recursos/caso.*
2. Identificar las puntos fuertes y oportunidades del CCU-112 para contribuir a la optimización de los recursos de la GUETS – SESCAM y nos permita diseñar estrategias específicas en problemas específicos.

→ OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Obtener una mejora de al menos un 20% en la asignación de recursos de la emergencia y urgencias en tiempo y forma.
2. Mejorar al menos en un 20% la diagnosis eficaz (entendida como adecuación de recurso – caso), en el 75% de los incidentes estudiados.
3. Aumentar al menos un 15% la disponibilidad global de recursos avanzados, como efecto de la diagnosis eficaz (entendida como adecuación de recurso – caso).
4. Obtener al menos un 8/10, en la satisfacción percibida de los usuarios, con el servicio de CCU en las urgencias y emergencias en los últimos 6 meses.
5. Obtener al menos un 8/10 en la satisfacción percibida en el clima laboral del CCU en los últimos 6 meses.
6. Identificar los parámetros claves para establecer la trazabilidad de los incidentes (puntos de control) y los estándares mínimos para establecer como objetivo de la GUETS.

Material y Métodos

Estudio descriptivo analítico transversal, retrospectivo, para dos modelos de coordinación dentro de la GUETS, en dos periodos diferentes y sucesivos que abarca de marzo de 2019 a Marzo de 2022 (*Datos analizados en Julio 2023*)

Se trata de comparar variables directas e indirectas de actividad, con dos modelos de coordinación, un modelo tradicional biomédico frente a un modelo evolucionista, holístico e integrador.

El parámetro comparativo será la **trazabilidad de los incidentes analizados**, entendiendo por inicio la entrada de la llamada demanda al 112 y el final del incidente, con el cierre del incidente en Sistema SENECA, adaptado para GUETS - SESCAM.

La población (N) de estudio comprende todo el conjunto de incidentes que han sido calificados como **demanda sanitaria de urgencias y emergencias**, y han sido **derivados al CCU de la GUETS, perteneciente al SESCAM para su gestión por el coordinador sanitario correspondiente de acuerdo con el flujo estimado en cada periodo**.

La muestra (n) se calcula proporcionalmente a la tasa de incidencias atendidas en los dos periodos en los que se atendió con diferente modelo de coordinación, estableciendo al menos la revisión de un 60% de incidentes en cada periodo, seleccionados de forma aleatoria sistemática, diferenciando urgencia de emergencia.

Hay que especificar, que el cambio de modelo coincide con la integración de plantilla de nueva incorporación por traslados en la Comunidad para personal de enfermería, por lo que hemos considerado que el periodo de estudio debe retrasarse al menos 4 meses desde el comienzo de la nueva actividad para evitar sesgos de formación, por lo que el periodo que hemos estudiado es de 1 de marzo de 2018 a 30 de octubre de 2019 (modelo tradicional), y de 1 de noviembre 2019 a 31 de marzo de 2022 (nuevo modelo).

Ciertamente, también hay que tener en cuenta, los sesgos producidos por las convergencias de iniciar un nuevo sistema informático por una parte, que el 35% de la plantilla fija es de nueva incorporación, y que la pandemia Covid-19, supuso un aumento en más del 400% de la demanda en tan solo 3 meses y un aumento de plantilla totalmente nueva de más del 75% del total; pero consideramos que la incertidumbre y las situaciones extraordinarias son las que dan sentido a un sistema de emergencias sanitarias y por ello consideramos ir adelante con el estudio, siendo conscientes de este hecho; porque en el mismo periodo hubo incidentes extraordinarios como la gran nevada denominada “Filomena”, descarrilamiento de un tren, accidente múltiple, etc.... por lo que corrobora que independientemente del momento el CCU debe estar preparado para dar una respuesta adecuada y eficaz como mínimo.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

1. **Tipificación de demanda** por 112 como Urgencia (prioridad 1) /Emergencia (prioridad 0) independientemente de la calificación o código del incidente.
2. **Tipificación Sanitaria** por el gestor
3. **Gestor/s**: Siglas correspondiente a prefijo M (para evitar sesgo no se diferencia en estamentos). Puede haber más de un gestor implicado
4. **Recurso asignado**: UVI/Heli – SVAE – SVB – amb – Atención primaria
5. **Recurso activado**: UVI/Heli – SVAE – SVB – amb – Atención primaria
6. **Tiempo de asignación**: Tiempo en el que se selecciona el recurso primario que va al incidente
7. **Tiempo de activación** Tiempo en el que el operador de respuesta sanitaria (ORS), llama al recurso para iniciar la asistencia.
8. **Tiempo de cierre del recurso**: Tiempo total sumado desde la hora de activación del recurso hasta la llamada de final de servicios a CCU.

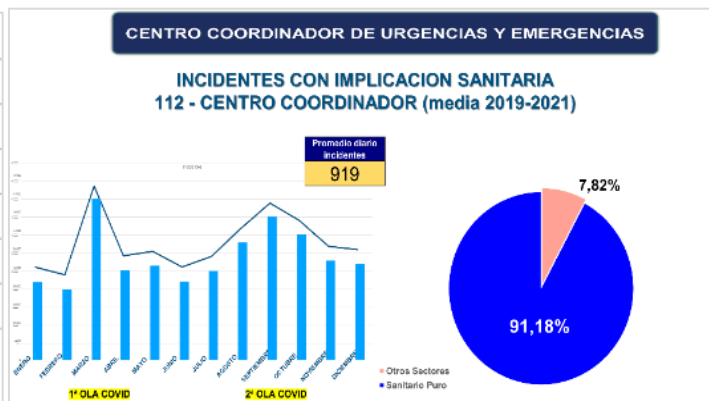
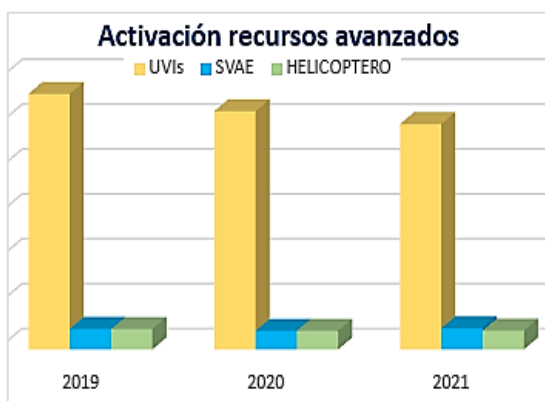
9. **Tiempo de cierre del incidente.** Tiempo total sumado desde la hora de llamada de entrada al 112 y cierre en el Sistema SENECA.
10. **Resolución del incidente:** Exitus sin asistencia – Exitus con asistencia - Alta in situ – Traslado.
11. **Seguimiento:** Número de llamadas desde el centro coordinador al/los recursos
12. **Preavisos:** Se tendrá en cuenta la pestaña de preaviso en el incidente del registro en Seneca.
13. **Nivel de satisfacción usuarios (media aritmética):** Encuesta telefónica con 10 preguntas claves cada una de las cuales puntuará 1-10, siendo la máxima puntuación 10 y 1 la mínima.
14. **Clima laboral (media aritmética):** Encuesta anónima entre los profesionales del CCU, con 10 preguntas claves cada una de las cuales puntuará 1-10, siendo la máxima puntuación 10 y 1 la mínima. (Cuestionario de calidad de vida profesional QVP-35)

El procesamiento de datos se realizará con herramienta informática SITREM y Sistema SENECA, con la autorización de GUETS/SESCAM en el manejo de datos garantizando la protección y el buen uso, para la investigación y el desarrollo de procesos (I+D+D), con el paquete estadístico **Big Data Visual Analytics**.

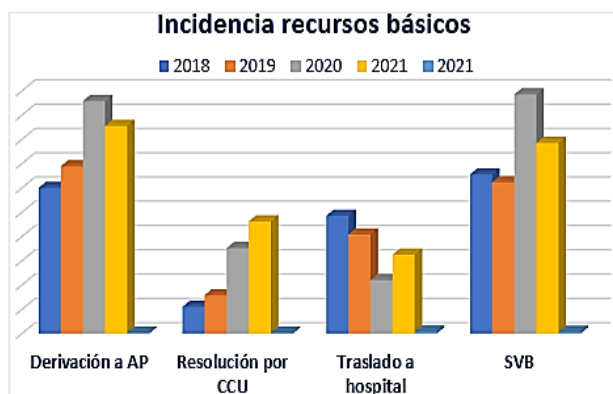
Resultados y Conclusiones



- Se identifica un 32% más de actividad en el CCU desde 2019 a 2021, repunte 2020 por la Covid-19; en el periodo 2022, sigue una tendencia al alza, lo que supone un aumento global del 43,5% de la demanda a 112-CCU. (Gráfico 1)
- Un (91,18% - 9,2/10 incidentes) tienen participación directa e indirecta del área sanitaria, con un 32,2% menos de recursos avanzados, porque han sido derivados a recursos básicos, atención primaria, o atendidos directamente sin recursos por el centro. (Gráfico 2,3,4)
- Los tiempos de asignación < 60 segundos (estándar), para la prioridad 0 (emergencias), se ha logrado en un 92,3% y < 90 segundos para la prioridad (1) en el 87,3%.

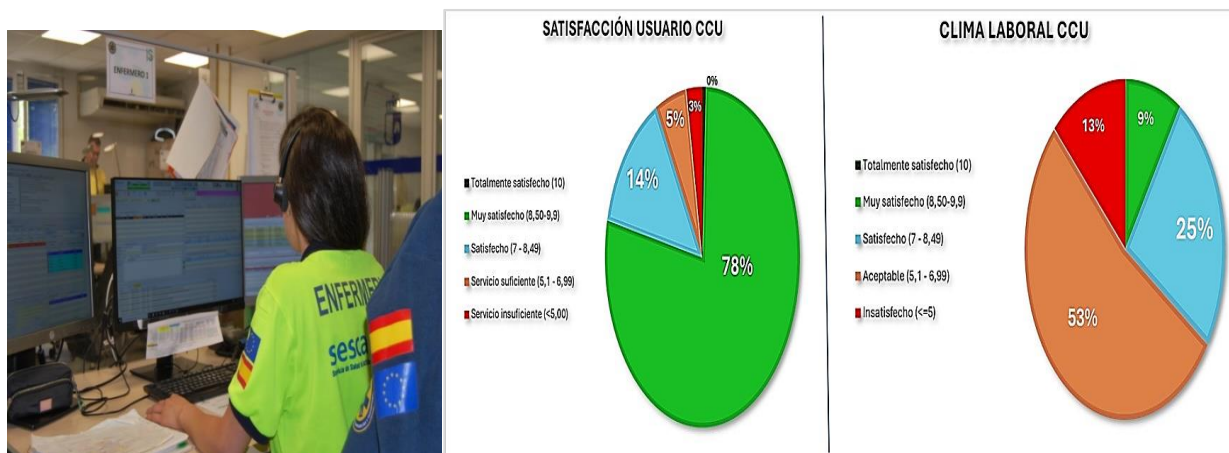


- Con relación al código de reperusión cardiaca primaria e ICTUS, se cumple en un 93,4%, tiempos globales de activación y traslado, teniendo en cuenta el tiempo llamada – llegada al Hospital referente



- El 96,7% de eficacia en la tipificación de entrada, tipificación sanitaria y codificación de cierre, que disminuye tiempos de asistencia, recursos asignados y resolución del incidente en un 27,2% en 2020/2021 con relación 2018/2019. (Gráfico 2)
- Entre marzo 2020 – 2022, fueron derivados a AP el 87,3% de incidentes en las prioridades 2-3 y atendidos directamente por el CCU, sin derivación en prioridades 3-4, consulta sanitaria, en un 96,4% (32,9% más que en el periodo anterior), con un descenso del 37,3% de uso de recursos urg/emerg GUETS.

- La puntuación media de satisfacción de usuarios con el servicio del CCU (lo identifican como 112), fue de 8,75/10
- En la encuesta de clima laboral (satisfacción de profesionales con el modelo nuevo), a puntuación media fue de 6,2/10



De los resultados podemos concluir que se ha evidenciado con un buen nivel de significancia, que el modelo integrador en el CCU, con distribución de competencias complementarias entre diferentes profesionales sanitarios (Medicina, enfermería y técnicos (ORS en GUETS), es útil, eficaz, y efectivo; aunque no tenemos datos para afirmar que fuera eficiente; no obstante., por los datos preliminares nos atrevemos a elucubrar que el rendimiento es mejor que en el periodo anterior.

Con relación a la calidad percibida, identificamos un buen grado de satisfacción por parte de usuarios; pero consideramos muy mejorable en la totalidad de la nota obtenida; sin embargo, en el clima laboral, claramente no alcanzamos los objetivos de calidad, ya que queda por debajo del objetivo propuesta, [en la encuesta se *establecen conflictos entre competencias profesionales especialmente de medicina con respecto a enfermería y viceversa; igualmente destaca un desequilibrado nivel de actividad entre los diferentes puestos de enfermería, medicina y técnicos, además prácticamente en el 100% de los casos, reconocen dificultades técnicas en el manejo de la aplicación SENECA (Sistema de nueva incorporación)*], aun así tanto enfermeros como técnicos mejoran su satisfacción con relación al modelo anterior, mientras que medicina considera que no está claro la autonomía de enfermería y les ocasiona desconfianza; sin duda, este objetivo no logrado es un punto débil que se tiene que considerar.

Discusión

Aunque este estudio es preliminar de este modelo, y teniendo en cuenta, la idiosincrasia particular de esta comunidad autónoma, caracterizada por la extensión y dispersión geográfica a nivel de demografía; la mejora de los tiempos de actividad en la gestión de la demanda y los tiempos de activación de recursos de la GUETS, ha permitido un desahogo demostrado en la disponibilidad de recursos avanzados especialmente y teniendo en cuenta, **el importante sesgo de la Covid-19** en la primera ola, entre marzo 2020 y septiembre 2020, con una exigencia extrema, nos atrevemos asegurar que este sistema de trabajo, genera una relación de asistencia inicial con el alertante, más eficaz, ya que mejora la identificación de problemas y la asignación de recursos; además de establecer un sistema de seguridad en la verificación y permite un control la trazabilidad de los de los incidentes desde la llamada inicial hasta el cierre del servicio del CCU, por lo que esperamos emigrarlo a otros CCU para verificar los datos e implementarlo como modelo base de trabajo.

Si que hemos considerado que cualquier cambio de modelo, debe ir precedido de una aceptación de la interrelación competencial y debe existir una distribución de actividades específicas equilibrada; sin duda, la formación específica en sistemas o tecnología debe ser fundamentada, y asegurada.

Lo que si ha quedado demostrado es que un CCU, debe componerse de un equipo interdisciplinar en el que cada uno de los miembros es un elemento clave de la calidad y la seguridad asistencial.



Bibliografía

1. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Editado por EPES.es. Visitado el 18 Noviembre 2020. Disponible en: [http:// www.epes.es/wp- content/uploads/ Los SEM en Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)
2. Zamora-Soler, Jose Angel | Maturana-Ibáñez, Vanesa | Castejón-de la Encina, María Elena | García Aracil, Noelia | Lillo-Crespo, Manuel. Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias. Editor: Urgencias extrahospitalarias: revisión sistemática. Emergencias. 2019, 31(5): 346-352. Visitado varias veces 2020/2021. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/336210371 Utilizacion e implementacion d e Indicadores de Calidad para evaluar la atencion en las emergencias extrahospita larias Revisión sistemática](https://www.researchgate.net/publication/336210371_Utilizacion_e_implementacion_d_e_Indicadores_de_Calidad_para_evaluar_la_atencion_en_las_emergencias_extrahospitalarias_Revisión_sistemática)
3. FE Hermoso Gadeo, JR Aguilar Reguero. Centro coordinador de urgencias médicas: Estructuras y funciones. Dossier. Visto el 23 enero 2021. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/documento%20de%20concenso%20en%20Centros%20coordinadores3.pdf>
4. Segredo Pérez Alina María, García Milian Ana Julia, López Puig Pedro, León Cabrera Pablo, Perdomo Victoria Irene. Comunicación organizacional como dimensión necesaria para medir el clima en las organizaciones en salud pública. Horiz. Sanitario. 2017 Abr 16(1): 28-37. Visitado 21 enero 2021. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000100028&lng=es.
5. Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo. Gaceta Sanitaria. Volumen 23, Issue 5, September–October 2009, Pages 465-472. Visitado 8 febrero 2021. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109001721>
6. Manual de Competencias profesionales. Enfermero/a de emergencias y urgencias extrahospitalarias, Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía. 2015. Visitado varias veces en 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-52-03-Manual-de-Competencias-Enfermero-Emergencias-Urgencias-Extrahospitalarias.pdf>
7. Manual de Competencias profesionales. Médico/a de emergencias y urgencias extrahospitalarias, Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía. 2015. Visitado varias veces en 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-09-03-Manual-Competencias-M%C3%A9dico-Urgencias-Emergencias.pdf>
8. Miralles González L, Rovira Gil E. Enfermería 21. Los sistemas de emergencias extrahospitalaria. Visitado varias fechas 2020. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/005689686851fded6086b>
9. Joseba Barroeta Urquiza Nuria Boada Bravo. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en [http://www.epes.es/wp- content/uploads/Los SEM en Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)
10. Hernández RAR. Enfoque para el cambio necesario en las organizaciones de salud. INFODIR. 2017;13(25):79-96. Visitado 21 enero 2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74059>
11. J. J. García del Águila, F. J. Mellado Vergel, G. García Escudero. Sistema integral de urgencias: funcionamiento de los equipos de emergencias en España. (Visitado 6 noviembre 2020) disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/sistema%20integral%20de%20urgencias.pdf>
12. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
13. Laura Ripoll Sanchis, Desirée Camús Jorques, Malena Ballesta Benavent, Atención integral en urgencias y emergencias extrahospitalarias en València. Visitado 17 Febrero 2021. Disponible en <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/4013>
14. Guillem López i Casanovas. La descentralización sanitaria, la cohesión social y el buen funcionamiento del sistema de salud. Universitat Pompeu Fabra. Visitado 2 de Diciembre 2020. Disponible en: <https://www.publicacionescajamar.es/publicacionescajamar/public/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/30/30-759.pdf>

15. Ginés González García. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 9(6), 2001.
 16. Ponencia de expertos. Documento dinámico V5. Plan de acción para la transformación del sistema nacional de salud en la era post-covid19 - 14 de julio de 2020. Visitado 23 Noviembre 2020. Disponible en: <https://2opfle1yeg2f3zqyqbpfbx76-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/07/Plan-de-acci%C3%B3n-para-la-transformaci%C3%B3n-del-Sistema-Nacional-de-Salud-en-la-era-post-covid-19%E2%80%99-v5.pdf>
 17. Zamora-Soler JÁ, Maturana-Ibáñez V, Castejón-de la Encina ME, García-Aracil N, Lillo- Crespo M. Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias: revisión sistemática. Emergencias. 2019; 31:346-352
 18. Fernández García, Enrique Brea Rivero, Pilar Padilla Marín, Concepción. Documento marco sobre estándares de calidad de la atención urgente a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias edita Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Visitado 13 Febrero de 202. Disponible en: <http://www.epes.es/wp-content/uploads/EstandaresdeSalud-1.pdf>
 19. Pazmay Ramos, Segundo Gonzalo, & Rojas, Dayamy Lima. (2020). Clima Laboral en Empresas Ecuatorianas Fabricantes de Carrocerías: Caso CANFAC. *Podium*, (37), 15-26. <https://doi.org/10.31095/podium.2020.37.2> http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2588-09692020000200015 (Revisado Enero 2022)
 20. Alicia Galián Robles. Cómo afecta el clima laboral en la satisfacción de las enfermeras. TFM. Máster Universitario de RRHH, Trabajo y Organizaciones. Curso 2020/2021 Código OIR: 210505200609. Universitas Miguel Hernández. Elche 18 de junio 2021. <https://dspace.umh.es/bitstream/11000/26112/1/TFM%20Galian%20Robles%20Alicia.pdf> (Revisado Febrero 2022)
 21. E. Muñoz-Seco, JM. Coll-Benejam, M. Torrent-Quetglas, L. Linares-Pou. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Gac Sanit* vol.27 no.6 Barcelona nov./dic. 2013. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.012> (Revisado 02/2022).
 22. Cuestionario de calidad de vida profesional CVP-35. <https://es.scribd.com/document/530695373/CVP-35-Cuestionario-de-Calidad-de-Vida-Profesional>
-