

# Crisis y enfermeras

## Resumen

A nadie se le escapa que estamos en crisis. Ya se encargan todos los días los medios de comunicación, las agencias de riesgo y los abstractos pero decisivos mercados de recordárnoslo. Y en esta crisis, profunda, prolongada y angustiada los sistemas sanitarios<sup>1</sup> se han puesto en el punto de mira de los gobiernos, nacionales y transnacionales, como elementos clave de generación y resolución de la crisis. De generación porque se interpreta que su ineficiencia es responsable en gran parte de la crisis. De resolución porque se entiende que las actuaciones que sobre los mismos se lleven a cabo favorecerán la salida.

Así pues nos encontramos con dos elementos clave: crisis y sistemas sanitarios, que se conjugan de manera muy diferente pero que inevitable y lamentablemente han sido asociados de forma permanente.

Para poder entender esta simbiosis y tratar de analizarla partiré de la sencilla fórmula de entender semánticamente lo que es crisis y lo qué es crisis sanitaria.

PALABRAS CLAVE: CRISIS, ENFERMERÍA.

## CRISIS AND NURSES

### Summary

*Nobody can escape that we are in crisis. Already are responsible every day media, risk agencies and abstract but crucial markets reminded us. In this crisis, deep, prolonged and distressing health systems have been in the spotlight of national Governments and corporations, as key elements of building and resolution of the crisis. Generation because it interprets its inefficiency is responsible for much of the crisis. Resolution because it is understood that actions that envelope the same are carried out they shall foster the output.*

*So then we have two key elements: crisis and health systems, which combine very differently but which inevitably and unfortunately, have been associated on a permanent basis.*

*To understand this symbiosis and try to analyze it I operate the simple formula of semantically understanding what is crisis and what health crisis.*

KEY WORDS: CRISIS, NURSING.

## Crisis, sistemas sanitarios y cambio de paradigma

AUNQUE LA MONA SE VISTA DE SEDA MONA SE QUEDA

Crisis (del latín *crisis*, a su vez del griego κρίσις) es una coyuntura de cambios en cualquier aspecto de una realidad organizada pero inestable, sujeta a evolución; especialmente, la crisis de una estructura. Los cambios críticos, aunque previsibles, tienen siempre algún grado de incertidumbre en cuanto a su reversibilidad o grado de profundidad, pues si no serían meras reacciones automáticas. Si los cambios son profundos, súbitos y violentos, y sobre todo traen consecuencias trascendentales, van más allá de una crisis y se pueden denominar revolución.

Una crisis sanitaria, por su parte, es una situación dificultosa o complicada del sistema sanitario que afecta a una o varias zonas geográficas, desde una localidad concreta hasta abarcar a todo el planeta. Suelen originar pérdidas en salud, vidas y dinero pero, a veces, se aprovechan maliciosamente con beneficios políticos o industriales.

Parece pues claro, de las definiciones descritas, que efectivamente nos encontramos en un momento de crisis tanto general como sanitaria, dado que se están produciendo cambios en organizaciones sujetas a evolución

1. Hablaremos de sistemas sanitarios por entender que en el estado de las autonomías de España coexisten 17 sistemas diferentes aunque tan solo se identifique un Sistema Nacional de Salud.



## En vez de directivos responsables se han buscado mandos fieles a la autoridad

e inestables como son los sistemas sanitarios. Y además la crisis sanitaria, al menos la que se está trasladando a la opinión pública, es identificable dado que está provocando pérdida de salud, dinero e incluso vidas y está siendo aprovechada con intereses de cambio no siempre claros.

De lo expuesto parece desprenderse que, una vez admitida la crisis, de lo que se trata es de intentar reflexionar si la misma supondrá un cambio radical en las relaciones, prestaciones, gestión, financiación... de los sistemas sanitarios y cómo y en qué medida influirán en los propios sistemas, en las/os ciudadanas/os y en la comunidad en general. Es decir si estamos ante una posible revolución.

Partiendo de los supuestos planteados por Kuhn [1], cuando habla de los cambios de paradigma, dice que «el descubrimiento de la crisis comienza con la percepción de la anomalía, o sea, con el reconocimiento de que en cierto modo la naturaleza ha violado las expectativas inducidas por el paradigma, que rige». De acuerdo con esto, Kuhn establece que el cambio de un paradigma por otro, a través de una revolución, no ocurre debido a que el nuevo paradigma responde mejor las preguntas que el viejo. Ocurre, más bien, debido a que la teoría antigua se muestra cada vez más incapaz de resolver las anomalías que se le presentan, y se abandona por otra. Las revoluciones ocurren porque un nuevo logro o paradigma presenta nuevas formas de ver las cosas; crean con ello nuevos métodos de análisis y nuevos problemas a qué dedicarse.

Así pues y aunque Kuhn desarrolla su teoría para comprender las revoluciones científicas, podemos plantear que en la crisis de los sistemas sanitarios estamos ante un cambio de paradigma que ejemplificamos en la tabla 1.

Por otra parte, y según Kuhn, el paradigma debe ser concebido como una serie de valores compartidos, a través de lo que vino en llamar matriz interdisciplinaria, la cual, además de incluir la noción de paradigma, se refiere al grupo como la unidad social que reconoce y comparte un logro paradigmático. Parece pues lógico, siguiendo el argumento del cambio de paradigma desarrollado por este autor, que en el hipotético cambio paradigmático de los sistemas sanitarios se tengan en cuenta a los diferentes profesionales que, como matriz interdisciplinaria, intervienen de manera activa en el mantenimiento, desarrollo y acción de los mismos, sin excluir a ninguno de ellos. Tan solo desde este planteamiento será posible evitar que en la conducta del cambio prevalezcan, como determinantes del mismo y como el propio Kuhn señaló, los factores sociológicos como autoridad, poder y los grupos de referencia, que sin duda conducirían a nuevas viejas ideas que harían fracasar el cambio.

A partir de este planteamiento del cambio de paradigma situó la necesidad de racionalizar los cambios necesarios para revertir la situación de crisis de los sistemas sanitarios y de que en los mismos se incorporen (voluntad propia/profesional) y sean incorporadas (voluntad ajena/institucional) las enfermeras como agentes activos y dinámicos.

Por eso es necesario cambiar de paradigma porque si no se cambia, como dice el refrán, aunque la mona se vista de seda mona se queda.

### **Crisis de los sistemas sanitarios versus sostenibilidad de los sistemas sanitarios**

A RÍO REVUELTO GANANCIA DE PESCADORES

Parece que nadie cuestiona que los sistemas sanitarios están en crisis. Otra cuestión es saber a qué es debida.

Todos los indicadores de los que se disponen evidencias que los sistemas sanitarios en España (SNS) tienen una gran consideración internacional y un evidente reconocimiento de la sociedad. Sin embargo, y coincidiendo con la crisis económica, se está trasladando a la opinión pública la ineficiencia y los problemas de funcionamiento, que habrá que aclarar si es tal la alarma trasladada o se trata de aprovechar maliciosamente la situación con objetivos políticos o económicos poco claros. A río revuelto ganancia de pescadores.

Con el fin de obtener un panorama general de la situación actual en el SNS trataremos de identificar los principales elementos que pueden ser causantes de su actual crisis y sostenibilidad.

- Lo primero que hay que destacar es que el gasto sanitario en España, según la OMS (*World Health Statistics, 2011*), es de los más bajos de la Unión Europea (UE) de los 15 y está por debajo de los países con altos ingresos y de los 27 de la UE (solo es superior en el promedio por la inclusión de Rumanía, Bulgaria y los tres países Bálticos). Por tanto, el gasto sanitario no tan solo no es alto sino que es notoriamente bajo, y su crecimiento, al contrario de lo que se alude por parte de los alarmistas, está muy por debajo (1,4% de promedio) del conjunto de países de la OCDE, siendo tan solo el crecimiento del gasto sanitario privado con relación al público el que ha sido mayor que en otros países (*OECD Health Data 2010*). Además nuestra recaudación fiscal (con la que se sostiene el SNS) está casi 10 puntos por debajo de los países de la UE y a casi siete de promedio de los de la OCDE. Y a pesar de todo ello la esperanza de vida al nacer en España es tres años superior de lo esperado para el gasto sanitario realizado por nuestro país, de lo que puede deducirse que dicho gasto sanitario es más eficiente que el del resto de los países de la OCDE [2]. Aunque la aportación de los servicios sanitarios a la mejora de la salud no debe asumirse con carácter general sino estudiarse para cada caso concreto [3].

- El gasto farmacéutico en nuestro país es muy elevado tanto por habitante como en el tanto por ciento sobre el gasto sanitario total (promedio del 20,4% sobre el 17,2 % de la OCDE). En dicho gasto influyen entre otros elementos: la estructura de costes de la industria farmacéutica; baja utilización de medicamentos genéricos, inadecuado perfil de prescripción; insuficiente información/formación independiente de la industria; sistema de pago a las oficinas de farmacia que incentiva la prescripción y dispensación de los medicamentos con mayor precio.

A todo lo expuesto hay que añadir como efecto colateral un elevadísimo incumplimiento terapéutico (alrededor del 40%) [4] porcentaje que aumenta en relación con la edad de la población que se estudie. Dicha cifra es todavía mayor si el plan terapéutico incluye modificaciones en los hábitos de vida de los pacientes (hasta el 75%) [5]. Se han realizado numerosos estudios sobre el

cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y su relación con la satisfacción del paciente, así como también con la organización y calidad de los servicios de salud [6].

- Existe una sobreutilización tecnológica derivada de la fascinación tecnológica y ligada a la variabilidad de la práctica médica que nos sitúa ante un SNS carente de orientación –política, gestora y clínica– hacia los pacientes [7], en el que el *Benchmarking* (comparación de prácticas con otras experiencias nacionales o internacionales) resulta no solo deseable sino necesario [8].

- Gestión politizada. La no profesionalización de los cargos directivos sanitarios conlleva problemas en las gestiones que desarrollan. Se trata de puestos de libre designación política, ya sean gerentes, directores médicos, de enfermería o administrativos, logrados en base a la «meritocracia» obtenida por la afinidad del color político dominante o en el poder. En vez de directivos responsables se ha buscado mandos fieles a la autoridad; nadie asume iniciativa; y ante jefes volubles cuya opinión depende de decisiones caprichosas de «más arriba», nadie se atreve a asumir ningún riesgo, todo se pregunta, y siempre se está a la espera. El resultado es la parálisis y la destrucción de la legitimidad y la funcionalidad de los directivos de centros y servicios sanitarios públicos. El paciente ha dejado de ser el centro del sistema para concentrarse en torno al político. El resultado se concreta en una gran desconfianza de los profesionales hacia los gestores y los responsables de las administraciones sanitarias, la desmotivación y la falta de implicación, que es esencial para el buen funcionamiento del SNS [9].

- Escasa atención a la cronicidad/dependencia y deficiente atención sociosanitaria. Actualmente en España más de la mitad de las estancias hospitalarias son de personas con más de 65 años [10], siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios [11] y con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto, lo que supone que el 70% del gasto sanitario esté asociado a patologías crónicas y que más del 20% de enfermos crónicos hospitalizados en hospitales de agudos, podrían ser atendidos en hospitales de media-larga estancia o centros sociosanitarios, centros de día, hospitalización a domicilio...). Para hacer frente a este entramado, disponemos de unos servicios de salud pensados para atender a procesos agudos y únicos (una cama hospitalaria de agudos tiene un coste hasta seis veces superior al de una cama de crónicos) [12]. Cuando se cronifican y multiplican en la misma persona, la atención sanitaria se vuelve torpe, dispersa, discontinua, variable y fragmentaria. Las transiciones entre niveles de atención de los pacientes crónicos no están planificadas en su mayoría, pese a su vulnerabilidad aumentada (funcionalidad, dolor, ansiedad, confusión) [13].

- Deterioro de la Atención Primaria de Salud (APS).

### EJEMPLO DE CAMBIO DE PARADIGMA

	CAMBIOS EN SISTEMA SANITARIO	INVENTO (MÉTODO CIENTÍFICO)	CORRECCIÓN DE MALAS COSTUMBRES
<b>Paradigma inicial</b>	El sistema sanitario es ineficiente.	Problema o pregunta.	Actuamos mal y ni tan siquiera nos damos cuenta. <i>Incompetencia inconsciente.</i>
<b>Evento</b>	Descubrimiento (existen otras formas de gestionar. A lo mejor es posible hacerlo eficiente).	Hipótesis / idea.	Se producen críticas <i>Incompetencia consciente.</i>
<b>Reacción</b>	No es posible, si otras organizaciones funcionan el sistema sanitario también lo puede hacer.	Es solo una idea/hipótesis hay que probarla.	Incredulidad, negación.
<b>Prueba</b>	Análisis de la situación. Se incorporan medidas de cambio. ¿Está listo el sistema para el cambio?	Experimentación y prueba de la hipótesis. ¿La hipótesis dio el resultado esperado?	Se analiza y pregunta a terceras personas cómo se perciben los cambios. ¿Vale la pena corregir la situación inicial?
<b>Punto de decisión</b>	No volver a la prueba o paradigma inicial.	Sí, nuevo paradigma.	No, se ignora. Se vuelve a la incompetencia consciente y se olvida el evento volviendo al paradigma inicial. ( <i>Incompetencia inconsciente.</i> )
	Sí nuevo paradigma.	No, volver al paradigma inicial.	Sí, nuevo paradigma. Punto de decisión: ¿Se sigue trabajando en los cambios? No, se ignora. Se vuelve a la incompetencia consciente y se olvida el evento volviendo al paradigma inicial. ( <i>Incompetencia inconsciente.</i> ) Sí se sigue hasta llegar a la <i>Competencia inconsciente.</i> (Se actúa bien todo el tiempo. Ni tan siquiera se piensa en eso).
<b>Nuevo Paradigma</b>	Carencia de limitación (se revirtió la situación y se están planteando nuevas medidas de cambio).	Problema o pregunta resuelta.	

TABLA 1

## El actual modelo del Sistema Nacional de Salud hace añicos los presupuestos

En España, se sigue perpetuando financiera y organizativamente un modelo de salud hospitalocéntrico [14, 15] (*Eurostat Health statistics. Key data on health 2002*) en el que se reduce «sistema sanitario igual a sistema médico» con un automatismo que roza el sofisma [16]. Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hace tiempo que han quedado relegadas (presupuesto en torno al 2% del gasto sanitario) al ser desplazadas por actividades asistencialistas (respuesta a la gran demanda y asunción de actividades técnicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médico especializado –sintrón, doppler, retinografías...–). El presupuesto destinado a la APS es muy desigual con respecto al del nivel hospitalario (menos del 14% sobre el total). La ratio de enfermera comunitaria es un 43% inferior a la media europea [17], con una infrutilización evidente de sus competencias.

- Escaso desarrollo reglamentario de la Ley General de Sanidad. No se ha logrado la cohesión y coordinación deseables entre Comunidades Autónomas (CCAA) pese

a la aprobación de la Ley de Cohesión Sanitaria. El Consejo Interterritorial no ha logrado la coordinación de políticas y estrategias de los servicios de salud autonómicos, convirtiéndose en un foro de enfrentamiento político permanente que ha conducido a la irracionalidad y los despropósitos como la existencia de múltiples calendarios vacunales, tarjetas electrónicas sanitarias incompatibles, modelos de historias diferentes que impiden o limitan la movilidad y la atención sanitaria... Además no se ha conseguido la descentralización (salvo entre Estado y CCAA), quedando las áreas sanitarias relegadas a meras demarcaciones geográficas sin órganos para la planificación de los recursos en base a las características y necesidades locales, la coordinación de los diferentes recursos comunitarios (Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública, Administraciones Locales...), lo que ha limitado o impedido el desarrollo de una auténtica promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención integral, integrada e integradora.

## Enfermeras y crisis de los sistemas sanitarios

A QUIEN BUEN ÁRBOL SE ARRIMA BUENA SOMBRA LE COBIJA Independientemente (que no indiferentemente) de algunos de los principales problemas de ineficiencia de los sistemas sanitarios referidos, a continuación trataremos de identificar en qué medida pueden intervenir las enfermeras para revertir la situación de crisis y contribuir a generar un nuevo paradigma de los sistemas sanitarios. Teniendo en cuenta que las acciones en que las enfermeras pueden tener influencia no dependen, en muchas ocasiones, de su decisión exclusiva al estar sujetas a órganos o cargos de responsabilidad en los que no están o no les dejan tener representación ni capacidad en la toma de decisiones.

Por otra parte hay que destacar que muchas de las acciones o actuaciones que las enfermeras pueden desarrollar están interrelacionadas entre sí, lo que dificulta su individualización. Se trata por tanto de un análisis integral de las intervenciones posibles de las enfermeras tendentes a mejorar el actual estado de salud del SNS. Pero como bien dice el refranero español los sistemas sanitarios deberían tener claro con relación a las enfermeras que «a quien buen árbol se arrima buena sombra le cobija».

En primer lugar cabe destacar que el actual modelo del SNS, con graves desequilibrios en la dotación de enfermeras, hace añicos los presupuestos y esclaviza a los decisores de la mesogestión en eternas contraprestaciones a grupos corporativos que someten a presiones insostenibles a todo un sistema (sin entrar en la aberrante injerencia continua de proveedores entre sistema público y privado, aceptada colectivamente con incomprensible resignación y legitimada con argumentos impensables en cualquier otro entorno de servicios) [18].

La eficiencia está comprometida continuamente, pese a que desde iniciativas como la gestión clínica, se intenta equilibrar esta difícil relación entre decisores de primera línea y gestores. Con la consolidación del Sistema Sanitario Público, se han ido corrigiendo muchas políticas erráticas en la asignación de inputs, pero, los recursos humanos terminan siendo víctimas de estos enfoques, porque constituyen una moneda de cambio que modula (al alza o a la baja) los distintos intereses y presiones de los protagonistas [16].

Pero el problema, con serlo, no es solamente el de la evidente e incomprensible escasez de enfermeras, en contraposición con el del alto porcentaje de médicos, tal como apuntan organismos tan poco sospechosos como la OCDE [19], sino que se mantengan más allá de lo razonable determinados modelos de práctica profesional y culturas organizacionales en las que la enfermera es considerada bajo el prisma del siglo XX (que aún perdura en muchos gestores y profesionales). En la medida en que las organizaciones de nuestro SNS se planteen cuáles pueden ser las competencias a desarrollar por las

enfermeras y en qué medida pueden hacerlo, así planificarán servicios en los que puedan asumir una capacidad de resolución adecuada. En este sentido cabe destacar que las evidencias obtenidas de diferentes trabajos de investigación demuestran la efectividad y eficiencia de las enfermeras cuando prestan atención a determinadas poblaciones o problemas y racionalizando la demanda [20-24].

En cuanto al rol de las enfermeras en la contención y racionalización del gasto farmacéutico parece razonable pensar que su intervención en estrategias de seguimiento y cumplimiento terapéutico (en el que entrarían tanto el control farmacológico como el de hábitos y conductas de vida saludable a los que va ligado) y la puesta en marcha de la prescripción enfermera (hay que tener en cuenta que actualmente se lleva a cabo de manera alegada mediante la prescripción encubierta o por demanda de las propias enfermeras a los médicos sobre determinados productos que manejan en exclusiva) podrían resolver una parte importante del problema y mejorar ostensiblemente la salud y calidad de vida de los pacientes e imputar de manera real el gasto generado por cada prescriptor. Ya son muchos los estudios que vienen a justificar la prescripción enfermera [25-30]. El problema viene determinado por la resistencia de determinados colectivos a la asunción de dichas competencias por parte de las enfermeras sin que den, por su parte, soluciones al gran gasto farmacéutico generado por ellos. Por otra parte el incumplimiento terapéutico (no tan solo farmacológico) viene determinado porque el paciente no identifica como la mejor respuesta a su demanda la prescripción o recomendación terapéutica (en muchas ocasiones farmacológica pero no siempre) que el profesional (mayoritariamente el médico, pero no siempre) le proporciona u «ordena» (orden médica), con el agravante de que, además, si no cumple lo ordenado, tiene el riesgo de ser «reñido» por su desobediencia.

Los servicios de salud no tienen que realizar grandes despliegues de carácter revolucionario. La verdadera innovación reside en que sean capaces de incorporar muchas de las experiencias internacionales que ya existen y que, adecuadamente coordinadas, proporcionan suficientes elementos para hacer frente a este enorme problema. Se trata de reenfocar la utilización de los recursos existentes y ubicarlo todo en un modelo global que dé sentido y guíe el despliegue de medidas para los profesionales, para la ciudadanía y para los desarrolladores de políticas de salud [31].

No es discutible, ni objeto del presente artículo, cuestionar la tecnología en los sistemas sanitarios. Sin embargo la fascinación tecnológica de la que se hablaba anteriormente no puede ni debe desplazar a los cuidados enfermeros, como bienes intrínsecos de las enfermeras, que deben ser prestados a la población. Las enfermeras comunitarias, en particular, están siendo



## El paciente ha dejado de ser el centro del sistema; ahora lo es el político

utilizadas para realizar determinadas técnicas (doppler, retinografías...) en detrimento de las acciones de promoción y prevención con el consiguiente coste de futuro (en pérdida potencial de salud) para la población. El acercamiento de determinadas tecnologías (que primero se deben demostrar eficaces y eficientes) a Atención Primaria puede resultar adecuado. Otra cosa es que las deban realizar enfermeras comunitarias u otros profesionales. Entendida dicha decisión como un acto de racionalización y no de racionamiento de recursos.

Las enfermeras ya han tenido oportunidad de demostrar su capacidad gestora en los servicios de salud. Sin embargo la politización [32, 33], a la que no escapan, con la consiguiente potenciación del gerencialismo y la falta de participación profesional, unida a razones de equilibrio de poder, han impedido, en muchas ocasiones, evaluar su verdadera capacidad y aportación [34]. A pesar de ello son muchas las experiencias que permiten identificar la eficiente racionalización de recursos [35-38], la eficaz planificación de cuidados [39-41], el afrontamiento de conflictos [42, 43]... que las sitúan como profesionales con gran capacidad de gestión según diferentes estudios de evaluación [44-46]. Y esto es identificado por algunos como una amenaza, por lo que se llegan a establecer cruzadas judiciales encaminadas a deslegitimar lo alcanzado por méritos propios en detrimento de la eficacia y eficiencia de los servicios y en beneficio de planteamientos corporativistas que generan confrontación interprofesional<sup>2</sup>.

La cronicidad se está convirtiendo en el clásico tema del que todo el mundo ya ha oído cientos de argumen-

tos, provocando una «naturalización» del problema que acaba desensibilizando a políticos, gestores, proveedores, medios y colectivos ciudadanos [31]. Pero la realidad obliga a prestar especial atención e identificar modelos que den respuesta eficaz y eficiente a tan grave problema sociosanitario. Así cabe destacar el *Chronic Care Model* (CCM) de Wagner [47], el Modelo de la Pirámide de Riesgo, procedente de la Organización Kaiser Permanente (KP) de EE.UU [48-50], el *Strenght Model en Salud Mental* [51], el modelo PACE para ancianos frágiles [52], el *Modelo Guided Care de Boulton* y cols [53]. A lo largo de estos modelos y de las distintas experiencias publicadas en la literatura se han identificado múltiples intervenciones desarrolladas en su mayoría por enfermeras que han demostrado su eficacia y eficiencia [54-63]. Parece claro que la garantía del éxito en la reorientación de los servicios de salud hacia la atención a crónicos pasa por actuar en varios frentes a la vez, con especial énfasis en el desarrollo de programas de autocuidado, la potenciación de la gestión de casos y el fortalecimiento de la Atención Primaria, junto con la armonización de políticas y estrategias [64] en las que la enfermera parte de un enfoque conceptual –orientado ya desde su formación universitaria– hacia la atención integral y la visión holística de la persona. Además, su juicio clínico y planificación están encaminados hacia el autocuidado y el fortalecimiento de capacidades de la persona, mediante la promoción y la educación, además de ejercer como agente clave en los procesos de continuidad asistencial, seguimiento domiciliario y de promoción de salud [65]. La acción de enfermeras de práctica avanzada como proveedores principales (nurse practitioners, gestoras de casos, centros ambulatorios guiados por enfermeras, etc.), ha logrado demostrar la gran calidad y eficiencia de su actuación, siendo el

2. En este sentido cabe destacar la reciente sentencia 901 del Tribunal de Justicia de Madrid ante la demanda interpuesta por los la Sociedad de Médicos de Familia y la Asociación de Pediatras de Atención Primaria en contra de la posibilidad de que las enfermeras pudiesen ser (en igualdad de condiciones que el resto de profesionales sanitarios) directoras de Centro de Salud en el Servicio Madrileño de Salud, según se recogía en el RD 52/2010 de 29 de julio por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única.

profesional más influyente en el autocuidado, apoyo a las decisiones y rediseño del sistema de provisión [66].

La enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria (actualmente en formación las primeras especialistas) es quien mejor podrá liderar la atención a los crónicos y la discapacidad ya que reunirá muchos de los requisitos necesarios para asumir una cartera de pacientes de estas características, sin detrimento del importante rol que juegan y seguirán jugando las enfermeras comunitarias de Atención Primaria y con la perspectiva de futuro de una posible integración de enfermeras de práctica avanzada que tan buenos resultados está logrando en otros países [67] y que en algunos aspectos ya han sido incorporadas en España con resultados óptimos [68].

La importancia de las enfermeras en la implantación, desarrollo y consolidación de la Atención Primaria de Salud ha quedado demostrada en múltiples estudios y experiencias [44, 69-73]. Sin embargo su aportación ha ido perdiendo visibilidad e importancia a medida que se iban diluyendo los principios básicos de la Atención Primaria y con ellos las acciones fundamentales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por otra parte la organización de los centros de salud ha ido modificándose, por una parte, hacia la demanda asistencialista y medicalizada con claro perjuicio para las actividades programadas de las enfermeras con especial incidencia en la atención domiciliaria y la intervención comunitaria [74-76] y por otra a la actividad del colectivo médico a la que se han tenido que adaptar, fundamentalmente las enfermeras, con asignación a diferentes cupos médicos o, lo que es peor, a una asignación de proporciones, tan irracional como injustificable (una enfermera por cada dos o tres médicos), en lugar de asignación poblacional concreta (que permitía la enfermera de referencia poblacional mediante la organización de sectores) [34, 73, 77] y la pérdida de la atención integral e integradora al separar la atención enfermera en adultos y pediatría siguiendo el modelo médico/pediatra. La consulta de Enfermería, recurso polémico en sus inicios pero con gran implantación y aceptación posterior, se ha ido degradando constituyendo el nicho ecológico de la actividad enfermera y resultando un recurso, por lo general, ineficaz e ineficiente sobre el que no se ha intervenido [69, 78-81] y que ha ido en detrimento de la intervención comunitaria y la atención domiciliaria programada [82-85].

Las masivas, desproporcionadas e incoherentes OPE llevadas a cabo en los últimos años han contribuido a un claro deterioro de los equipos de Atención Primaria, en general, y del trabajo enfermero, en particular. Fundamentalmente, al producirse cambios masivos de los profesionales de Atención Primaria, que llevaban años trabajando en los equipos, por enfermeras de Atención Especializada que, en su mayoría, solicitaron

el traslado a Atención Primaria por cuestiones alejadas de cualquier motivación profesional y guiadas por un desconocimiento mayúsculo del trabajo desarrollado en dicho ámbito. Todo lo cual ha provocado actitudes de frustración y desmotivación tanto por parte de las enfermeras que se trasladaron, al no ver cumplidas sus expectativas, como por parte de las que se quedaron en los centros de salud, al ver truncada la dinámica de trabajo de años de evolución. En cualquier caso el deterioro, tanto del trabajo de los equipos, como de la atención enfermera, que se haya podido producir, de ninguna manera es imputable a las enfermeras como algunos denuncian [86], sino a quienes con tan poco juicio y planificación permitieron que tales efectos se produjeran, al no establecer criterios que regulasen los traslados, más allá de los de antigüedad, que impidieran tan nefastas consecuencias para todas las partes. Hay que destacar, por último, que dichos procesos, de momento, no han sido investigados para obtener evidencias de los efectos que han generado en el trabajo de los equipos y en la atención a la comunidad.

Desde esta perspectiva la enfermera en Atención Primaria pasa por ser un profesional que está dando respuestas a necesidades de otros colectivos con lo que se acaba por realizar una suboptimización del producto final. Teniendo en cuenta, por otra parte, que en poco más de un año acabarán su formación las primeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria, aún no existe planificación alguna que permita identificar de qué manera se integrarán en Atención Primaria y cómo se vertebrará su actividad especializada con la de las enfermeras comunitarias generalistas que actualmente trabajan en los Centros de Salud. Todo ello se traduce en un espectacular derroche de recursos en momentos de crisis que, como ya se ha demostrado en otros países, las enfermeras pueden paliar con una actividad acorde a sus competencias y a las necesidades y demandas reales de la comunidad y no a la de otros intereses organizacionales y/o corporativos que se han demostrado claramente ineficientes, desmotivadores para los profesionales e insatisfactorios para la población [87].

En este análisis hay que destacar, por último, la falta de coordinación que ha existido y sigue existiendo entre los diferentes niveles de atención y que es una de las razones de la ineficiencia del sistema sanitario por cuanto de repeticiones, solapamientos y sobrecostes genera en la atención sociosanitaria. Y de ineficacia por la insatisfacción que provoca tanto de las enfermeras de los diferentes niveles como de los ciudadanos que reciben atención en cualquiera de ellos [88-90]. Sin embargo, en este sentido, las enfermeras han desarrollado diferentes instrumentos que han favorecido la continuidad de los cuidados [91-92] que aunque no hayan logrado la aludida coordinación por tratarse de un tema que trasciende la actividad enfermera, al menos han



## Es evidente la escasez de enfermeras en contraposición con el alto porcentaje de médicos

permitido demostrar los beneficios tanto de racionalización de recursos [93] como de satisfacción (en profesionales y usuarios) generados con los mismos en la continuidad de los cuidados [94-96].

Otra cuestión es la coordinación con Salud Pública que aunque, en principio, pueda parecer que existe, es totalmente ficticia al actuar como estructura independiente del resto de recursos sociosanitarios, a no ser por las conexiones establecidas por los indicadores de ciertas actividades (vacunaciones, morbimortalidad...) o por el desarrollo de programas, por lo general horizontales y con muy poca comunicación [97].

### A modo de conclusión

NUNCA ES TARDE SI LA DICHA ES BUENA

Por tanto, las crisis, porque no tan solo hay una, con ser graves problemas también pueden y deben identificarse como grandes oportunidad de análisis, reflexión, debate y propuestas de cambios tendentes a mejorar los sistemas sanitarios. Y en esos cambios las enfermeras son piezas clave para lograrlo con eficacia y eficiencia y no recursos prescindibles y sujetos a restricciones caprichosas.

El cambio de paradigma, por lo tanto, se debe producir. Pero el nuevo paradigma debe contar con elementos, como las enfermeras, con los que en el anterior paradigma no se hizo o se hizo de manera muy poco coste-efectiva en términos de resultados, tanto de salud como económicos.

Aún se está a tiempo de poder corregir los desórdenes ocasionados. Las enfermeras tenemos contrastada capacidad, voluntad y aptitudes para liderar muchas estrategias de cuidados y de gestión que permitan dar una respuesta eficaz y eficiente a las necesidades sentidas y requeridas por las personas, las familias y la comunidad. Para ello se requiere que tengan plena capacidad en la toma de decisiones a todos los niveles del Sistema Sanitario.

El modelo que la profesión enfermera desarrolla de capacitación de la población para los autocuidados, de

autorresponsabilidad, de educación enfocada a la promoción de hábitos saludables... toma en estos momentos de crisis una especial relevancia [98].

Y es que nunca es tarde si la dicha es buena.

De todo lo comentado se puede concluir que la crisis económico financiera, siendo una realidad, también ha sido una excusa perfecta para achacarle todos los males de las actuales crisis sanitaria, de salud, de imagen, de resultados... En realidad la crisis económico financiera tan solo ha sido el detonante de lo que desde hace muchos años se venía gestando gracias a quienes han creído que la sanidad y la salud eran unos elementos más del Monopoli en el que han venido desarrollando su particular juego hipotecario. Lo lamentable es que el dinero con el que jugaban no era de "pega" y que lo que han venido hipotecando en su caprichoso juego de construcción y venta interesada, no eran solares e inmuebles ficticios, sino centros de salud y hospitales y, lo que es más grave, la salud de millones de ciudadanos que han visto como los números de los dados con los que avanzaban o retrocedían (promesas sujetas al azar y sin fundamento) por el tablero (el territorio nacional y/o autonómico) nunca les han permitido llegar al final de la partida y ganar. Además por mal que les haya ido en el transcurso del juego siempre han tenido la oportunidad de hipotecar, vender o cambiar aquello con lo que sin ser suyo han venido jugando gracias a que la Banca les prestaba dinero.

Ahora que la partida ha llegado a un punto en que resulta muy difícil continuar, lo sencillo es decir que la suerte no les ha acompañado y que la Banca ya no les quiere dar dinero, por lo que prefieren cambiar de juego, irse a «dormir» o vender al mejor postor lo que se administró con alegría. ¡Total!, se trataba de un juego.

Tan solo falta por saber si se reanudará el juego o se decidirá otra alternativa menos lúdica pero posiblemente más productiva y beneficiosa para todo y para todos.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
- [2] Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública. La sostenibilidad del sistema sanitario público. 12 propuestas para organizarla. 2011.
- [3] Ortún V. Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. *Revista Asturiana de economía RAE* 2006; 35: 23-43.
- [4] Rodríguez-Marín J. Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Monografías Humanitas* 2004; 8: 101-10.
- [5] Hernández-Ronquillo L, Téllez-Zenteno JF, Garduno-Espinosa J, González-Acévez E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud pública Méx* 2003,45 (3):191-7.
- [6] Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(5):502-5.
- [7] Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* 2006; vol. 20, monográfico 1: 110-6.
- [8] Chassin M, et al. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *New England Journal of Medicine* 1996; 334(6): 394-8.
- [9] Freire JM, Repullo JR, Oteo Manuel Oñorbe LA. Libro Blanco de la sanidad de Madrid. Creative Commons. Madrid; 2011.
- [10] Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta de Establecimientos en Régimen de Internado. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
- [11] Suárez F, Oterino de la Fuente D, Peiró S, et al. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 237-248.
- [12] Costa GR, Berjón MF, Mochales JA, Maleras RG, Laso AR, Vasallo MD. Características epidemiológicas de la uluropatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83(6): 835-46.
- [13] Bengoa R. Empantanados. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 2008; 1(1). [En línea] [fecha de acceso: 05 de diciembre de 2011] URL disponible en: <http://pub.bsulnet.net/risai/vol1/iss1/8>.
- [14] Simó J, Gervas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, cenicienta europea. *Aten Primaria* 2004; 34: 472-481.
- [15] Pou-Bordoy J, Gené Badía, J, de la Cámara González C, Berraondo Zabalegui I, Puig Barbera J. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria* 2006; 37(4):231.
- [16] Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones? *Index Enferm* 2007; 16 (56): 9-11.
- [17] Minué Lorenzo S, de Manuel Kenoy E, Solas Gaspar O. Situación actual y futuro de la atención primaria. En: Informe Sespas 2002, Invertir en salud, prioridades en salud pública. Cavases JM, Villalbi JR y Aibar C (ed). Valencia, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES); 2002. pg 395-437.
- [18] Martín J. Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del Estado español. En: López G. El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson; 2002.
- [19] Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling nurse shortages in OECD countries. *OECD Health Working Papers* No. 19. DELSA/ELSA/WD/HEA(2005)1.
- [20] Williams J, Russell I, Durai D, Cheung W-Y, Farrin A, Bloor K, et al. What are the clinical outcome and cost-effectiveness of endoscopy undertaken by nurses when compared with doctors? A Multi-Institution Nurse Endoscopy Trial (MINuET). *Health Technol Assess* 2006; 10(40).
- [21] Kinley H, Czowski-Murray C, George S, McCabe C, Primrose J, Reilly C, et al. Effectiveness of appropriately trained nurses in preoperative assessment: randomised controlled equivalence/non-inferiority trial. *BMJ* 2002; 325: 1323-1326.
- [22] Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comun* 2005; 1(1):35-42.
- [23] Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4.
- [24] Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. 1 May 2004; 54(502): 374-381.
- [25] Cuixart Ainaud N. La prescripción enfermera: bases para su argumentación. *Nursing* 2006; 24: (8): 56-65.
- [26] Kinnersley P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ* 2000;320;1043-1048 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 05/12/2011].
- [27] Shum C, et al. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 1038-1043.
- Búsqueda Referencial de: Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP. Atención por enfermeras a pacientes con enfermedades leves en consultas de Atención Primaria. *Index Enferm* 2001; 32-33. Disponible en: [http://www.indexf.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33\\_articulo\\_57-59.php](http://www.indexf.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33_articulo_57-59.php) [Consultado el 05/12/2011].
- [28] Pino Casado R. La enfermera como primer contacto para la atención a pacientes con enfermedades leves en Atención Primaria [Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*. 2000; 320: 1048-1053] *Index Enferm* 2002; 38. Disponible en: <http://www.index-f.com/indexenfermeria>. [Consultado el 05/12/2011].
- [29] Redsell S A. Nurses' roles in primary care: developments and future prospects, *Quality in Primary Care* 2008; 16:69-71. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) [Consultado 05/12/2011].
- [30] Jodar-Solà G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta-Del-Olmo E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2009;41(6):335-8.
- [31] Morales Asencio JM. El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* 2010; 3(2):33-41.
- [32] Mladovsky P, Leone T. Specialist human resources for health in Europe: are we ready? *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies* 2010; 12(2).
- [33] Hernández Yáñez J F. Políticas de Personal en el Sistema Sanitario Público. *Presupuesto y Gasto Público* 2005; 41: 287-307.
- [34] Martínez Riera JR. Análisis de la Función Gestora de Enfermería en Atención Primaria de Salud *Revista Administración Sanitaria* 1998; (II) 8: 135-50.
- [35] Allan H, et al. Leadership for learning: a literature study of leadership for learning in clinical practice. *Journal of Nursing Management* 2008; 16: 545-555.
- [36] Borbasi S, Gaston C. Nursing and the 21st century: what's happened to leadership? *Collegian* 2002; 9: 1, 31-35.
- [37] Force M. The Relationship Between Effective Nurse Managers and Nursing Retention. *Journal of Nursing Administration* 2005; 35(7-8): 336-41.
- [38] Jones DA: Repositioning human resources: a case study. *Human Resources Planning* 1996; 19(1):51-54.
- [39] Crabtree C, Howard P, El-Mallakh P. The Care and Outcomes Management Plan and Kardex A Design for Improving Documentation of Nursing Plan of Care and Patient Outcomes. *JHIM WINTER* 2009; 23(1): 50-5.
- [40] Manojlovich M, Ketefian S. The effects of organizational culture on nursing professionalism: Implications for health resource planning. *The Canadian Journal of Nursing Research* 2002, 33:15-34.
- [41] Villa Andrada JM, Garvía García M, García Retamar S, Galindo Casero A, Merchán Felipe MN, Rojo Durán RM. La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias. *Enferm Global* 2004; 5. Disponible en <http://www.um.es/eglobal/5/05d02.html> [Consultado 12/12/2011].
- [42] Creus i Virgili M. Los conflictos interprofesionales. Un riesgo. *Rev ROL Enf* 2002; 25(6):16-18.
- [43] Giacomelli Prochnow A, Milman Alcántara L, Luzia Léite J, Moreira da Silva IC, Chagas Moreira M. Liderança em enfermagem: um repensar necessário à prática gerencial hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm* 2003; 7(3):318-24.
- [44] Martínez Riera JR, Martínez Cánovas P. Análisis de la actividad de enfermería en atención primaria del Área 17 de Salud de Elda. *Cuad Gestión* 1998; 4(3):152-6.
- [45] Ugalde-Muñoz MA, Ortiz-Domínguez ME, Soriano-Salazar S, Torres-Escamilla RA, Velazco-González MM. Evaluación del desarrollo organizacional en Enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2000; 8(2):105-9.
- [46] Villa Andrada JM, Garvía García M, García Retamar S, Galindo Casero A, Merchán Felipe MN, Rojo Durán RM. La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias. *Enferm Global* 2004; Disponible en <http://www.um.es/eglobal/5/05d02.html> [Consultado 12/12/2011].
- [47] Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. *Health Serv Res* 1997; 32: 702-14.
- [48] Carrier J. Managing long-term conditions and chronic illness in primary care. A guide to good practice. London. Routledge Taylor & Francis; 2009.
- [49] Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadaty MS. The effect of Evercare on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(10): 1427-34.
- [50] Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, Parker S, Roland M. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ* 2007; 334: 31.
- [51] Fast B, Chapin R. The strengths model in long-term care: linking cost containment and consumer empowerment. *J Case Manag* 1996; 5(2): 51-7.

- [52] Mui AC. The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative long-term care model in the United States. *J Aging Soc Policy* 2001; 13(2-3): 53-67.
- [53] Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L, Scharfstein DO. Early Effects of Guided Care on the Quality of Health Care for Multimorbid Older Persons: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Gerontol Med Sci* 2008; 63A(3): 321-327.
- [54] Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325: 925.
- [55] Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliar con enfermería de extensión para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [56] Whellan DJ, Hasselblad V, Peterson E, O'Connor CM, Schulman KA. Metaanalysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials. *Am Heart J* 2005; 149(4): 722-9.
- [57] Jaarsma T, Van der Wal MH, Lesman-Leegte I et al. Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH) Investigators. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med* 2008; 168(3): 316-24.
- [58] Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [59] Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, Wood-Baker R. Planes de acción para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [60] Morales Asencio JM, Sarriá Santamera A. Modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. *Rev Cal Asist* 2006; 21(1): 51-59.
- [61] Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch Intern Med* 2007; 167(6): 551-561.
- [62] Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilisation outcomes. *Med Care* 2001; 39: 1217-23.
- [63] Richardson G, Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Gardner C, Gately C, Rogers A. Cost effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for patients with chronic conditions. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(4): 361-7.
- [64] Ham C. Chronic Care In The English National Health Service: Progress And Challenges. *Health Affairs* 2009; 28(1): 190-201.
- [65] Cumbie S, Conley V, Burman M. Advanced Practice Nursing Model for Comprehensive Care With Chronic Illness: Model for Promoting Process Engagement. *Adv Nurs Science* 2004; 27(1), 70-80.
- [66] Watts SA, Gee J, O'Day ME, Schaub K, Lawrence R, Aron D, Kirsh S. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21(3): 167-72.
- [67] Department of Health. Caring for people with long term conditions: an education framework for community matrons and case managers. United Kingdom; 2006. [En línea] [fecha de acceso: 12 de diciembre de 2011] URL disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4133997](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4133997)
- [68] Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Celdrán Mañas M, Carrasco AM et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 193.
- [69] Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2000; 25(04): 34-47.
- [70] Torres Esperón Maricela, Dandicourt Thomas Caridad, Rodríguez Cabrera Aida. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Consultada 12/12/2011]. 2005; 21(3-4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300007&lng=es).
- [71] Pujol Ribera E, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit* 2006, 20(3): 209-19.
- [72] Galindo A, Escobar MA, Corrales D, Palomo L. Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. *Enf Clínica* 2002;12(4):157-65.
- [73] Martínez Riera JR, Pérez Pont I, Martínez Canovas P. Importancia de la enfermera de referencia en la actividad de enfermería en Atención Primaria. *Enferm Científ* 2003; 258-259:43-51.
- [74] Martín Zurro A. Prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria: apuntes sobre su pasado, presente y futuro. *Aten Primaria* 2004; 33:295-6.
- [75] Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria* 2005; 36(7): 358-64.
- [76] Aguilera Guzmán M. Grupo de Cartera de Servicios de la Subdirección General de Atención Primaria del Insalud. Oferta de servicios en atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31(5):319-26.
- [77] Vidal Blanco G, Millet Pellicer I. La sectorización de la comunidad: una alternativa como instrumento de planificación. *Enferm Integral* 2002. 60:XXXVII-XL.
- [78] Martínez Riera JR. Consulta de Enfermería a Demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. *Revista Administración Sanitaria (RAS)* 2003; 1 (3): 425 – 40.
- [79] Del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral PA, Martínez Riera JR. CL La organización de los cuidados en Enfermería Comunitaria. En: *Enfermería y Atención Primaria*: Madrid: DAE; 2006.pp. 225-59.
- [80] González Pascual JL, Agudo Polo S, Esteban Estévez C. Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud del INSALUD de la Comunidad de Madrid. *Enferm Clínica* 2004; 14(1):25-30.
- [81] Pinillos M, Antoñanzas F. La Atención Primaria de Salud: descentralización y eficiencia. *Gac Sanit* 2002; (5): 401-7.
- [82] Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, López Fernández LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP) *Aten Primaria* 2002; 29(1):26-32.
- [83] Contel Segura, JC. Atención domiciliar: una reflexión más allá de nuestro modelo de enfermería comunitaria. *Enferm Comunitaria* 2005; 1(2):49-56.
- [84] Frías Osuna A, Prieto Rodríguez MA, Heierle Valero C, Aceijas Hernández C, Calzada Gómez ML, Alcalde Palacios A, Vázquez Teja T, Sandino Daban L. La práctica enfermera en atención domiciliar: perfil sociodemográfico y práctica profesional. *Aten Primaria* 2002; 29(8):495-501.
- [85] Sancho Viudes S, Vidal Thomas C, Cañellas Pons R, Caldés Pinilla MJ, Corcoll Reixach J, Ramos Montserrat M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio de grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(5):531-43.
- [86] Gervás J. Noli me tangere. *Acta Sanitaria* 14/11/2011. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-noli-me-tangere.html> [Consultado 13/12/2011].
- [87] Lapetra I. Los ciudadanos quieren que la Sanidad vuelva al Estado. *Enfermería Facultativa* XV(150): 6-8.
- [88] Martínez Riera JR. Interrelación profesional y continuidad de los cuidados: necesidad vs dificultad. *Revista Cultura de los cuidados* 2000; IV(7 – 8): 166-71.
- [89] Martínez Riera JR, Sanjuán Quiles A. ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? *Rev Adm Sanit* 2009; 7(4): 661-82.
- [90] Jonay Ojeda Feo J, Freire Campo JM, Gervás Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2): 357-82.
- [91] Martínez Riera JR. CL Interrelación. Cuidados de enfermería. Más allá de los niveles de atención. En: *Enfermería y Atención Primaria II*. Madrid: DAE; 2006. Pp. 765-89.
- [92] Martínez Riera JR. Informe de enfermería al Ingreso (I.E.I.). Instrumento específico de Interrelación. *Rev ROL Enf* 1999; (22)2: 143-8.
- [93] Cereijo Gareta C, Pueyo González B, Bazarra Martín A, Fuente Moreno C, Gavín Bouso H, Vieto Estraviz C. Repercusión de las actividades de enfermería sobre la reducción de la estancia hospitalaria. *Enfuro* 2004; 92:30-2.
- [94] Merino-Ruiz M, Sebastián-Viana T, Gómez-Díaz MC, Leo del Castillo Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. *Enferm Clin* 2008;18(2):77-83.
- [95] García-Sampedro R, Rodríguez-Muriel JM, Figueira-Vicente M, Yáñez-Garrote M. Opinión de los familiares acerca del informe de alta de enfermería en el lactante quirúrgico. *Enferm Clin* 2008;18(5):239-44.
- [96] Pujol Ribera E, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gacet Sanit* 2006; 20(3): 209-19.
- [97] Lolás, F. Información, comunicación y equidad: dilemas en el ámbito sanitario. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2002; 11(5/6): 430-4.
- [98] Martínez Riera JR. Crisis, gestores y enfermeras. Editorial *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RiDEC)* 2011; 4(3): 2-3.