

Análisis de situación y propuestas de intervención para reforzar el campo de acción de las Enfermeras Comunitarias

Situation analysis and intervention proposals to strengthen the scope of community nurses

M^a Jesús Rodríguez García (*Enfermera de AP*)*

Ana González Pisano (*Enfermera de AP*)

Fernanda del Castillo Arévalo (*Enfermera de AP*)

*C.S de Infiesto

*Manuscrito recibido: 11-03-2013
Manuscrito aceptado: 27-03-2013*

Cómo citar este documento

Rodríguez García MJ, González Pisano A, del Castillo Arévalo F. Análisis de situación y propuestas de intervención para reforzar el campo de acción de las Enfermeras Comunitarias. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1 (2): 51-61.

Resumen

Objetivos: Conocer y analizar las opiniones y propuestas de las enfermeras comunitarias de Asturias sobre el estado de la profesión y el sistema sanitario.

Método: Descriptivo cualitativo. Población y muestra: Enfermeras de Atención Primaria (AP) de Asturias. Técnica de recogida de datos: Mediante reuniones de grupos. Se realizaron dos grupos y las enfermeras invitadas que no pudieron acudir personalmente, enviaron por escrito la información solicitada. Las reuniones estuvieron coordinadas por dos personas.

Resultados: El análisis interno de las fortalezas destaca que las enfermeras tienen un modelo de atención orientado al cuidado y apoyo al autocuidado; enfoque biopsicosocial y a la promoción y prevención; Entre las debilidades sigue predominando el rol médico y la rigidez organizativa; El análisis de las oportunidades refleja los cambios sociodemográficos y el desarrollo de la especialidad; Y el de las amenazas muestra la falta de apuesta política por la AP.

Conclusiones: El sistema sanitario cuenta con profesionales de enfermería altamente cualificados, con amplia experiencia profesional y gran capacidad para adaptarse al cambio, lo que permite dar unos cuidados de calidad. Las enfermeras de AP se basan en un Modelo de Atención centrado en el autocuidado con un enfoque biopsicosocial alejado del modelo biomédico y de la medicalización de la salud.

Se proponen diversas estrategias para salir reforzados y aprender de las oportunidades de cambio que el momento actual nos impone, y buscar y aplicar iniciativas que hagan más funcional y sostenible nuestro sistema sanitario.

Palabras Clave

Enfermería de Atención Primaria. Análisis de la situación. Innovación organizacional

Abstract

Objectives: Understand and analyze the views and suggestions of Asturias community nurses on the state of the profession and the health system

Method: Descriptive and qualitative study. Subjects: Primary Care Nurses in Asturias. Data collection: Through group meetings. Two groups were formed, and invited nurses who could not attend personally, sent written information. The meetings were coordinated by two persons.

Results: The internal analysis of the strengths noted that the nurse has a model-oriented care and support for self care; biopsychosocial approach and promotion and prevention; Among the weaknesses still dominates the medical role and organizational rigidity; Analysis of opportunities reflects demographic changes and development of the specialty, And the threats shows the lack of political commitment to primary care.

Conclusions: The health system has highly qualified nursing professionals with extensive experience and great capacity to adapt to change, which allows giving quality care. AP nurses are based on a model of care focused on self-care with a biopsychosocial approach away from the biomedical model and the medicalization of health. Strategies are proposed to emerge stronger and learning opportunities that the current change upon us, and find and implement initiatives that make it more functional and sustainable health system.

Keywords

Primary care nursing. Analysis of Situation. Innovation Organizacional

Introducción

El establecimiento de cambios en las organizaciones, requiere tener en cuenta a los profesionales que los van a sostener, es importante conocer sus opiniones, preocupaciones, anhelos y expectativas, para con ello contribuir a una mejor implementación de los mismos¹.

El sistema sanitario y el modelo organizativo condicionan el papel de la enfermera y por ello el tipo de atención que se proporciona a los ciudadanos².

Las enfermeras tienen gran influencia en los resultados que desde la Administración Sanitaria se pretendan conseguir, su motivación y su participación son imprescindibles. El grado de satisfacción que los profesionales tengan en su actividad y la mejora de los entornos de trabajo se asocian con una disminución del 50% de la insatisfacción laboral³, que influirá en la calidad de la atención prestada.

Un aspecto a destacar es el aumento de la demanda asistencial para las consultas de enfermería, en detrimento de las actividades de prevención, educación sanitaria y promoción de salud, lo que redundará en una desvirtuación de la esencia de la Atención Primaria cuyos pilares son precisamente los citados.

Las dudas sobre el desarrollo de las competencias propias, dan lugar a malestar y pesimismo. Estas competencias, definidas en el Programa de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, deberían servir de referente sobre la labor a realizar por este colectivo. En qué forma hacer que la realidad se ajuste a las competencias ahí definidas, es algo en lo que debemos reflexionar.

La necesidad de reformas del sistema sanitario asturiano es una petición unánime⁴ expresada por ciudadanos, políticos, gestores y profesionales. Todas las organizaciones tienen márgenes de mejora y ésta, a la que hacemos alusión, no es una excepción. La Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA) se ha ofrecido, en reiteradas ocasiones, a colaborar en la búsqueda de soluciones y a aportar ideas y conocimiento para mantener un sistema sanitario público de calidad que esté basado en la Atención Primaria.

SEAPA lleva años creciendo, organizando cursos y talleres de formación y elaborando documentos avalados por la calidad y el rigor gracias al trabajo, entusiasmo e implicación de sus socios. Con el fin de facilitar la participación y el debate entre los socios y conocer cuál es su visión de la situación actual y las propuestas de acción a emprender o reforzar para hacer efectivos los fines de la sociedad, la Junta Directiva ha organizado unos encuentros con enfermeras comunitarias de cuyos resultados da cuenta este escrito.

Las enfermeras hemos avanzado en los últimos años, pero donde estamos no es donde quisiéramos estar. La responsabilidad de la actual situación está repartida entre diversos protagonistas, por eso hemos querido determinar qué acciones están a nuestro alcance y cuáles corresponden a otras instancias, para tomar con acierto aquellas decisiones que transformen la realidad, por compromiso con los pacientes, la población y la profesión.

Existe un consenso unánime, o así se verbaliza, que el sistema sanitario debe girar alrededor de las necesidades del paciente⁵. Para que los pacientes sean más autónomos y responsables de su salud, se debe potenciar y reconocer el trabajo de las enfermeras para capacitar a las personas en el autocuidado, en la autorresponsabilidad y en la educación de hábitos saludables.

Desde SEAPA continuaremos pidiendo un cambio de modelo que permita llevar a cabo las mejoras necesarias porque creemos que la renovación es posible, deseable e inevitable.

Objetivos

1. Conocer y analizar las opiniones y propuestas de las enfermeras comunitarias de Asturias sobre el estado de la profesión, el sistema sanitario y su entorno más próximo.
2. Facilitar la colaboración e implicación de los socios y abrir espacios de participación en SEAPA.
3. Elaborar propuestas de intervención para reforzar el campo de acción de las Enfermeras Comunitarias y transmitir las a los socios de SEAPA y a la Administración Sanitaria.

Desarrollo

1. Método

Diseño: Descriptivo cualitativo.

Población y muestra: Enfermeras de Atención Primaria de Asturias.

Técnica de recogida de datos: Mediante reuniones de grupos. Se realizaron dos grupos y las enfermeras invitadas que no pudieron acudir personalmente, enviaron por escrito la información solicitada. Las reuniones estuvieron coordinadas por dos personas encargadas de convocar a las participantes, entregarles la plantilla DAFO para que la rellenasen previamente a la reunión, moderar las reuniones y el debate, y redactar el documento con las conclusiones.

La matriz DAFO³ (Debilidades, Fortalezas, Amenazas u Oportunidades) ayuda a realizar un diagnóstico de situación y a tomar aquellas decisiones que aprovechen las oportunidades detectadas y consoliden las fortalezas, minimizando las debilidades y eliminando o reduciendo las amenazas.

- Las **fortalezas** describen a nivel interno, los recursos, habilidades, destrezas, capacidades y ventajas de la profesión en relación a otros grupos, colectivos, profesiones, etc.
- Las **debilidades** se refieren a aquellos factores propios, en los que nos encontramos en una posición desfavorable y reducen nuestra capacidad de desarrollo por falta de recursos, habilidades, experiencia, etc.
- Las **oportunidades** describen aquellas circunstancias y coyunturas externas al colectivo, que favorecen las posibilidades de crecimiento y desarrollo.
- Las **amenazas** son aquellos impedimentos, obstáculos y limitaciones del entorno que ponen en peligro el estatus alcanzado y enlentecen o frenan el progreso profesional.

La representación gráfica de la matriz DAFO⁶ se muestra en la **figura 1**.

Análisis e interpretación de la información:

Se realiza un análisis estratégico partiendo de la matriz DAFO.

Como limitación del estudio podría ser que la selección de participantes procede mayoritariamente de centros de salud urbanos, lo que puede repercutir en el tipo de estrategias propuestas, al tratarse de condiciones de trabajo y entornos diferentes a los del medio rural.



Figura 1: Matriz del DAFO

Participantes:

M^a Jesús Rodríguez García, Fernanda del Castillo Arévalo, Ana González Pisano, Marta Pisano González, Emilio Velasco Castañón, Delia Fernández Fidalgo, Raquel Pérez Otero, Fernando Alonso Pérez, Fernanda Cifuentes Francisco, Rosa Trapiella, Javier Galán, Encarnación Fernández Fernández, Daniela Cordero, Ana M^a González Fernández, Mercedes Vega Gutiérrez, Alba Martínez Álvarez, Marta Villamil Díaz, Emma Alonso García.

2. Resultados del DAFO

2.1. Análisis interno

Fortalezas:

- Modelo de atención orientado al cuidado y apoyo al autocuidado; enfoque biopsicosocial y enfocado a la promoción y prevención.
- Cercanía, accesibilidad a la población y longitudinalidad en la atención.
- Valoración de necesidades de cuidados como una actividad sistematizada.
- Cuidados de calidad e individualizados.
- Independencia profesional.
- Alta cualificación de los profesionales.
- Persistencia de motivación en una parte del colectivo
- Capacidad de adaptación para el cambio.

- Disponibilidad de espacio físico para las consultas de enfermería.
- Agendas abiertas para demanda directa de la población.
- La especialidad de familia y comunitaria como estímulo de mejora de la calidad.
- Avance en la Enfermería Basada en la Evidencia y disponibilidad de guías de práctica clínica.
- Existencia de la SEAPA.

Debilidades:

- Escasa valoración social, política y empresarial de la Atención Primaria en general y de las enfermeras comunitarias en particular.
- Predominio del rol médico en la organización ocupando el rol enfermero un lugar secundario.
- Anclaje en el binomio médico-enfermera. Rigidez organizativa. Ausencia de "cupos" enfermero y libre elección de enfermera.
- Desconocimiento del trabajo de las enfermeras de AP por otros profesionales y enfermeras de otro nivel asistencial.
- La consulta de guías de práctica clínica y protocolos basados en la evidencia está poco integrado en la actividad.
- Escaso desarrollo de la investigación y publicación en revistas sanitarias
- Desconocimiento y/o falta de incorporación de las nuevas tecnologías en la actividad clínica y desconocimiento del uso de las redes sociales.
- Desmotivación, insatisfacción, conformismo y desunión en el colectivo.
- Heterogeneidad en la actualización formativa de la que se deriva una importante variabilidad en la práctica clínica.
- Modelo de atención centrado en la enfermedad y formación académica de las enfermeras basada en el modelo biomédico.
- Elevada presión asistencial, de consultas programadas, actividades burocráticas y técnicas delegadas, con prevalencia de las consultas asistenciales en el Centro de Salud sobre la Atención Domiciliaria, la Educación para la Salud y la Salud Pública.
- Actividades comunitarias en la marginalidad institucional y sujeta al voluntarismo de los profesionales.
- Escasa capacidad resolutoria, acompañada de ausencia de marco regulativo que lo facilite.
- Formación continuada a voluntad del profesional. Escasa formación en gestión, planificación sanitaria, calidad e investigación.
- Sistema de registro inapropiado e insuficiente para recoger la actividad enfermera, así como insuficiente registro de la actividad realizada por parte de las enfermeras.
- Escaso desarrollo de la función docente.
- Ausencia de capacidad innovadora en la organización del trabajo enfermero.

2.2. Análisis externo

Oportunidades:

- Los cambios demográficos y sociales: (envejecimiento, pacientes con patología crónica, desfavorecidos, inmigrantes, cuidadoras,...) otorgan mayor protagonismo a los cuidados enfermeros.
- La crisis económica como acicate para las reformas que precisa el sistema sanitario.
- Selección de los pacientes crónicos como población diana del sistema sanitario.
- Las enfermeras son coste-efectivas, abordan los problemas de salud con un enfoque desmedicalizador, con intervenciones más económicas, efectivas y más seguras para el paciente.
- Relativa accesibilidad a políticos y gestores para hacerles llegar nuestras reivindicaciones.
- El desarrollo de la Especialidad de Enfermería familiar y comunitaria. Mantenimiento del número de EIR (enfermera interna residente) en formación.
- Asignación del grado como título universitario para la enseñanza de Enfermería que equipara el título al mismo nivel que el resto de los estudios universitarios.
- Tendencia al crecimiento de la "cultura de lo saludable" en la sociedad.
- El uso de nuevas tecnologías para mejorar la formación.
- Disponibilidad de historia clínica informática que permite establecer sistemas de información y evaluación.

Amenazas:

- Falta de apuesta política e insuficiencia de recursos en la Atención Primaria. Gerencia única con supremacía del hospital sobre la AP, constituyendo una pérdida de influencia y un lastre para la AP.
- Crisis económica: restricción de recursos.
- Politización de la gestión sanitaria.
- Escasa presencia de enfermeras en la estructura directiva en el nivel macro y de la mesogestión.
- Desarrollo legislativo incompleto para algunas materias como la especialidad de familia y comunitaria y la prescripción enfermera.
- Falta de creación de la categoría profesional y posible trasvase de enfermeras hospitalarias a AP sin capacitación previa.
- Disminución de plantilla alejada del ratio 1/1 (una enfermera por cada médico).
- Ausencia de cartera de servicios enfermeros e indefinición del rol enfermero en AP.
- Sistema de registro inapropiado e insuficiente para recoger la actividad enfermera (lo que no se mide no existe).
- Sindicatos que anteponen la defensa de los profesionales hospitalarios al desarrollo de la atención primaria.
- Relaciones difíciles con la Organización Médica Colegial (OMC) y asociaciones médicas.

- Techo de cristal para el avance laboral y profesional.
- Falta de continuidad de cuidados entre atención hospitalaria y atención primaria.
- Pérdida de identidad de la AP; falta de empuje a la promoción y prevención
- Rigidez organizativa.
- Oportunidades laborales para el personal paramédico (técnicos) por su menor coste económico.

3. Estrategias a desarrollar

- Desarrollo pleno de la especialidad con la creación de la categoría profesional.
- Aumentar la visibilidad y el reconocimiento social de las enfermeras a través del trabajo con la población, con la prensa, con los políticos y distintos profesionales sanitarios de los dos niveles asistenciales.
- Valorar la experiencia profesional y exigir capacitación en competencias a la hora de acceder a plazas de AP.
- Necesidad de enfermeras en la estructura directiva con capacidad jerárquica sobre las direcciones de enfermería de las áreas.
- Avanzar hacia un cambio de modelo, centrado en los cuidados.
- Formación estratégica obligatoria y en horario laboral con el objetivo de implementar y medir su aplicación posterior y disminuir la variabilidad, y que incluya en la formación el modelo de cuidados.
- Creación Cartera de Servicios enfermeros y definición de funciones.
- Reforzar las competencias en prevención y promoción de salud. Revisión de programas de actividades preventivas. Fomentar la formación y adquisición de competencias para trabajar sobre factores de riesgo.
- Potenciar otras puertas de entrada de los pacientes al sistema: resolución de problemas sanitarios agudos y abordaje del malestar de la vida cotidiana.
- Abordaje de la cronicidad con enfoque integral, con papel relevante de la enfermera de AP en el control de la patología estable. Revisión de protocolos de los procesos crónicos, reforzando el papel de enfermeras como gestoras de cuidados.
- Gestión del tiempo de consulta. Desburocratización de consultas y organización de las agendas de trabajo que habiliten el tiempo preciso para atención domiciliaria y actividades comunitarias como forma de fomentarlas y evitar el voluntarismo que las caracteriza.
- Evaluación de resultados en salud que evidencien el trabajo enfermero, con feedback a los profesionales
- Registros de cuidados normativizados y unificados.
- Desarrollo de la prescripción enfermera.
- Formación en búsqueda de evidencia científica y fomento de la investigación.
- Estrategias de mejora en la comunicación entre niveles y estamentos. Toma de decisiones compartida.

- Iniciar contactos con la Universidad para potenciar el modelo teórico-práctico de cuidados en la formación pregrado.
- Fomentar la participación ciudadana y el dialogo con las organizaciones sociales.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería que trabajan en Atención Primaria en Asturias han destacado entre sus fortalezas, un modelo de atención centrado en el autocuidado y en el enfoque biopsicosocial. Ocupan una posición excepcional en el sistema por su cercanía, accesibilidad a la población y longitudinalidad en la atención que ofrecen.

Disponen de una probada capacidad para adaptarse al cambio, lo que les permite ofrecer unos cuidados de calidad, individualizados y a los que se incorpora la evidencia científica. Experiencias nacionales e internacionales⁷ avalan que cuando se les otorga nuevas responsabilidades, asumen tareas de coordinación entre niveles y continuidad en la atención. Compartir la actividad asistencial, atendiendo a procesos de baja complejidad y al malestar asociado con problemas de la vida cotidiana, es otro de los campos en los que estas profesionales han obtenido altos índices de resolución y satisfacción de los pacientes. Su intervención derivaría en reducción del gasto farmacéutico y mayor seguridad de los pacientes⁸.

Sin embargo este trabajo no se valora ni a nivel social, ni dentro de las políticas de la empresa, donde sigue predominando el rol del médico, la rigidez organizativa (ausencia de libre elección de enfermera, prescripción, etc.), la ausencia de enfermeras en la gestión, el desconocimiento de la Enfermera Comunitaria en otros niveles asistenciales, una escasa capacidad resolutoria al no existir un marco legislativo que lo desarrolle...e incluso una creciente preocupación y malestar por la ausencia de actividades innovadoras por parte de la empresa para desarrollar el potencial de este colectivo⁸.

A responder a los requerimientos de los pacientes, familias y población general, va a contribuir el desarrollo de la Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria. Su mayor formación, redundará en un aumento y mejora de su capacidad decisiva de la que se beneficiará el sistema sanitario y la sociedad. Las primeras especialistas se licencian en mayo del presente año sin que aún se haya planificado su status, competencias a desempeñar ni la articulación con la actividad de las enfermeras comunitarias generalistas.

Esta situación se encuentra amenazada por la crisis económica, las restricciones que acarrea y la politización de la gestión sanitaria, lo que se traduce en una falta de apuesta política para la Atención Primaria en general, y para la enfermería comunitaria en particular, retrasando la presencia de enfermeras en estructuras directivas, el desarrollo de la categoría profesional, un sistema equilibrado de sustituciones, traslados y oposiciones, una adecuación de las plantillas, etc.

A responder a los requerimientos de los pacientes, familias y población general, va a contribuir el desarrollo de la Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria.

A pesar de que el sistema sigue orientado al consumo y la demanda, las enfermeras siguen apostando por la promoción y la prevención que hayan demostrado ser coste-efectivas, útiles, necesarias, seguras y por poner freno a la medicalización innecesaria. Es necesario revisar, actualizar y racionalizar el programa de

actividades preventivas que se realiza en nuestra comunidad.

La crisis económica es vista como una amenaza a los servicios sanitarios. Minimizar el impacto negativo va a depender, entre otras cosas, de reasignar recursos, aumentar la productividad de los centros, abandonando la realización de actividades de escaso o nulo valor añadido (controles de seguimiento innecesarios a personas con procesos crónicos, solicitud de exámenes diagnósticos sin pruebas de efectividad) y delegando competencias del hospital a atención primaria y del médico a la enfermera comunitaria. Estas profesionales están en condiciones de aportar eficiencia, seguridad, cuidados de calidad y continuidad en los mismos si se llevan a cabo reformas organizativas que lo favorezcan.

Hay que lograr un mayor reconocimiento y valoración por la población, políticos, gestores, medios de comunicación y otros profesionales sanitarios, dado que es una necesidad sentida y demandada, dado que las enfermeras comunitarias tienen en su haber valores y competencias profesionales que aportan específicamente a cada ciudadano, que ninguna otra profesión puede hacer, mostrando que son fundamentales, necesarias e insustituibles para el sistema sanitario.

Una debilidad es la heterogénea formación continuada para mantener la competencia profesional, derivándose entre otras consecuencias una importante variabilidad injustificada en la práctica clínica. Saber cómo acceder a las fuentes de evidencia científica y fomentar la investigación como instrumento generador de conocimiento promoverá una práctica clínica más efectiva. Necesaria es también la adquisición de conocimientos y habilidades en las nuevas tecnologías de la información, de la comunicación, gestión, etc.

Amenaza es también considerada la unificación de las gerencias de Atención Primaria y Hospitalaria de las Áreas sanitarias. A este modelo se le atribuye que supondrá el abandono de la promoción y prevención, de las intervenciones poblacionales y el refuerzo de la medicalización y el hospitalocentrismo. Recelos despierta igualmente el posible traslado de enfermeras procedentes del hospital a Atención Primaria sin más méritos que la antigüedad, con la colaboración necesaria para que este proceso se lleve a cabo de las fuerzas sindicales. Para paliar el deterioro de estos cambios que en las circunstancias descritas acarrearían a la Atención Primaria, se solicita entre otros criterios, sea valorada la experiencia profesional en este nivel y la capacitación en competencias a la hora de acceder a las plazas de la oferta pública de empleo.

Perjudiciales son las consecuencias de la politización de los órganos de gestión. A sus puestos se accede por la confianza que el que nombra tiene en el nombrado, sin que tengan que cumplirse unos requisitos mínimos de formación, convocatoria pública, medición de cumplimiento de objetivos, etc. La falta de liderazgo que padece la enfermería comunitaria en estos momentos, no corresponde con el perfil profesional y curricular que tienen algunas enfermeras, con unas competencias adecuadas en la macro, meso y microgestión para trabajar teniendo en cuenta el conocimiento de las profesionales asistenciales de su realidad y con habilidades para orientar y estimular una cartera de servicios acorde con sus competencias y con las necesidades de la población.

Se deberían desarrollar todas las estrategias propuestas en este DAFO si queremos salir reforzados y aprender de las oportunidades de cambio que el momento actual nos impone, y buscar y aplicar iniciativas que hagan más funcional y sostenible nuestro sistema sanitario. Tenemos identificados un buen nº de decisiones, actividades, procedimientos que no se ajustan a lo razonable, efectivo, necesario, eficiente, justificable⁹. En las estrategias que definimos están ya identificadas posibles soluciones a este respecto.

Agradecimientos

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado, esta actividad ha servido para recoger aportaciones de los socios de SEAPA e identificar líneas de actuación que, recogidas y organizadas por la Junta Directiva, orientarán el plan de trabajo de la Sociedad.

Bibliografía

1. Robles García M, Dierssen Sotos T, Martínez Ochoa E, Herrera Carral P, Díaz Mendi AR, Llorca Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2005 Abr [acceso el 3 de febrero de 2013]; 19(2): 127-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200006&lng=es.
2. Molina Mula J. El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011 Dic [acceso el 3 de febrero de 2013]; 20(4): 238-242. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300006>.
3. Liu K, You LM, Chen SX, Hao YT, Zhu XW, Aiken LH. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. Clin Nurs. 2012 May [acceso el 31 de enero de 2013]; 21(9-10): 1476-85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22380003>
4. Elola Somoza FJ. Futuro del Sistema Sanitario público del Principado de Asturias. Compromiso con un saludable futuro. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2010 [acceso el 9 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_56293_FICHERO_NOTICIA_97609.pdf
5. Casajuana J, Gervas J. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare; 2012.
6. Dyson RG. Strategic development and SWOT analysis at the University of Warwick. European Journal of Operational Research, 2004. 152: 631-640.
7. Milos P, Larrain AI, Simonetti M. Categorización de servicios de enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Cienc enferm. 2009; 15(1): 17-24.
8. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2012; 27(3):130-138.
9. Repullo JR. Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos (Ed). Rev Calid Asist. 2011; 26:1-4.