

## ORIGINALES

# El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo

D. Corrales<sup>a</sup>, A. Galindo<sup>b</sup>, M.A. Escobar<sup>c</sup>, L. Palomo<sup>c,d</sup> y M.J. Magariño<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Plaza de Argel. <sup>b</sup>Profesor de la EU de Enfermería. Universidad de Extremadura.

<sup>c</sup>Unidad de Investigación. <sup>d</sup>Centro de Salud de Coria.

**Objetivo.** Mostrar las opiniones que manifiestan médicos y enfermeros sobre la organización y las competencias de enfermería en atención primaria (AP), así como sobre las relaciones interprofesionales.

**Diseño.** Estudio de investigación cualitativa basado en la técnica de discusión en grupo denominada Philips 66.

**Emplazamiento y participantes.** Tres grupos de discusión, uno de enfermeros otro de médicos y otro mixto, con 6 componentes cada uno, procedentes la mitad de Cáceres y el resto de otras provincias, todos ellos con actividad asistencial en AP.

**Mediciones y resultados principales.** Del discurso producido cabe destacar la coincidencia en cuanto a la importancia que conceden los 3 grupos a la consulta de enfermería (CE) y a la visita domiciliaria, en las ventajas organizativas que supondría la adscripción normatizada de población a enfermería, en la capacidad de los enfermeros para realizar las técnicas que han desarrollado habitualmente y en la defensa de una sola historia clínica. Se culpan mutuamente de realizar pocas visitas domiciliarias. Los médicos achacan a los enfermeros la poca utilización que hacen de los registros y los enfermeros a los médicos que no tienen en cuenta sus anotaciones. En cuanto a las relaciones, los médicos piensan que los enfermeros no se corresponsabilizan con las cargas de trabajo de los centros de salud, y los enfermeros piensan que los médicos no quieren compartir tareas, sino delegarlas/ordenarlas.

**Conclusiones.** La adscripción de población a enfermería favorecería la longitudinalidad de la atención, el compromiso con la población y la oferta real de servicios, así como la autonomía y el reconocimiento profesionales.

**Palabras clave:** Atención primaria; Enfermería; Funciones; Organización.

## THE DEBATE ON THE ORGANISATION, FUNCTIONS AND EFFICIENCY OF NURSING IN PRIMARY CARE: CONCERNING A QUALITATIVE STUDY

**Objective.** To show the opinions that doctors and nurses express on the organisation and competences of primary care nursing, and on inter-professional relations.

**Design.** Qualitative research study based on the group discussion technique known as Philips 66.

**Setting and participants.** Three discussion groups, one of nurses, one of doctors and a third mixed, with 6 components each, half from Cáceres and the rest from other provinces, and all involved in primary care health delivery.

**Measurements and main results.** In the discussions, the three groups coincided in the importance given to nursing clinics and home visits, in the organisational advantages that the attachment as a norm of the population to a nursing clinic would bring, in the ability of nurses to perform the techniques they have habitually used, and in defence of one sole clinical record per patient. They blamed each other mutually for making few home visits. Doctors attributed to nurses under-use of records and nurses alleged doctors took no notice of their notes. On the question of their relations, doctors thought that nurses did not take on joint responsibility for the work-loads in health centres; and nurses thought that doctors did not wish to share tasks, but rather delegate or order them.

**Conclusions.** The attachment of the population to nursing clinics would favour the extension of care, the commitment to the population and the real delivery of services, as well as professional autonomy and recognition.

(Aten Primaria 2000; 25: 214-219)

\*En este trabajo utilizaremos el término enfermeros para referirnos a los profesionales de enfermería, al igual que, habitualmente, se utiliza el de médicos para referirse a los profesionales de la medicina. Esta opción es más económica que la apelación continua al sufijo as/os o que la utilización de la denominación «personal de medicina», o «personal de enfermería».

Este trabajo se financió gracias al Proyecto FIS 97/0775.

Correspondencia: Dolores Corrales Nevado.  
Centro de Salud Plaza de Argel. Pza. de Argel, s/n. 10004 Cáceres.

Manuscrito aceptado para su publicación el 26-VI-1999.

## Introducción

En atención primaria (AP), los enfermeros/as\* han sido los profesionales que más sustancialmente han transformado su papel al incorporarse a los equipos de AP (EAP), consiguiendo más protagonismo y mayor autonomía en el desempeño de sus cometidos<sup>1-4</sup>. Estas mejoras en el desarrollo profesional están ligadas, por una parte, a la gran importancia que se concedió en los comienzos de la reforma a las actividades de educación sanitaria y de promoción y prevención y, por otro lado, a la creación de las consultas de enfermería (CE), lo que permitió a los enfermeros salir de la consulta del médico y disponer de un espacio propio para atender a la población de una forma más acorde con los contenidos del nuevo modelo de AP<sup>5</sup>.

El colectivo de enfermería ha mostrado su satisfacción por la reforma de la AP, entre otras razones, por las ventajas laborales y por las oportunidades de autonomía y desarrollo profesional que le brindaba el nuevo modelo<sup>6-8</sup>.

No caben dudas acerca del esfuerzo que muchos profesionales realizaron para adaptarse a los requerimientos y exigencias organizativas y funcionales de los centros de salud<sup>4,9-11</sup>. Sin embargo, el tiempo transcurrido desde los inicios de la reforma arroja también puntos oscuros sobre la enfermería y sobre toda la AP, como la despersonalización de la atención, el exceso de burocracia, la falta de motivación o las dificultades en la organización del trabajo en los equipos y en las relaciones interprofesionales<sup>12,13</sup>.

Mediante el presente estudio cualitativo pretendemos poner de manifiesto los acuerdos y discrepancias que expresan los enfermeros y los

TABLA 1. Estructura organizativa

Criterio	Enfermería	Medicina	Grupo mixto
Adscripción de población	Acuerdo en cuanto al establecimiento de mecanismos legales/formales de adscripción de población a enfermería	Es necesario fijar legalmente la población adscrita a cada enfermero	Ligan la adscripción de población con la autonomía profesional La población puede no coincidir con la del médico
Consulta	Consideran que es un servicio necesario, con importantes contenidos educativos y preventivos, conocido y bien aceptado por la población Se plantean algunas dudas en relación con el acceso a las CE (fundamentalmente por derivación médica) y con la metodología de trabajo (la aplicación de programas/protocolos no favorece la autonomía de los pacientes)	La consulta facilita mejor nivel de atención Supone una ayuda para el trabajo del médico Se debe facilitar el acceso desde la consulta médica Fuerte dependencia de la derivación médica La población no conoce suficientemente la consulta de enfermería La consulta de enfermería pediátrica tiene gran aceptación Aumenta la autoestima profesional	No están bien definidos sus contenidos Se dedica mucho tiempo a los crónicos. Escasa oferta de atención a otros sectores de la población La educación sanitaria, prevención y promoción no se han desarrollado de forma concreta
Visita domiciliaria	Coinciden en que es un campo libre para las enfermeras (no se lo disputan los médicos) Piensan que deberían asumir y responsabilizarse ampliamente del cuidado de los pacientes recluidos en su domicilio Denuncian la falta de recursos sanitario-sociales	Los enfermeros no realizan todas las visitas que debieran, porque no les agrada y por falta de medios Supone inseguridad para los profesionales A través de la visita domiciliaria se podrían realizar labores de coordinación sociosanitaria La administración no facilita la visita domiciliaria	Actividad relevante por el progresivo envejecimiento, y a la que enfermería debería dedicar más tiempo, ya que se la disputan distintas entidades (ONG, hospitales de día, sector privado)

médicos sobre el desarrollo profesional de la enfermería en AP.

## Material y métodos

Las opiniones obtenidas para la elaboración del presente trabajo proceden de la realización de una técnica de discusión en grupo denominada Philips 66. Esta técnica ha mostrado su utilidad, por sí misma o junto a otras actividades, para generar ideas en torno a temas no excesivamente polémicos, con grupos grandes y cuando se dispone de poco tiempo<sup>14</sup>. En síntesis, la técnica consiste en la formación de grupos de discusión de alrededor de 6 personas que opinan durante aproximadamente 6 minutos en respuesta a una pregunta/enunciado que emite un coordinador del grupo; posteriormente, en un plenario conjunto, se presentan las ideas que han surgido. En nuestro caso convocamos a 18 personas que ejercían en AP, preferentemente en funciones asistenciales, la mitad enfermeros y la mitad médicos, la mitad procedentes de Cáceres y la otra mitad de otras 7 provincias.

## Formación de los grupos

Se formaron 3 grupos de 6 personas, más un coordinador que provocaba la discusión, controlaba el tiempo y registraba las opiniones (por escrito y grabadas). Un grupo lo constituían médicos (discusión cruzada), otro enfermeros (discusión autorreferente) y un tercero compuesto al 50%. Dispusieron de una mañana para la discusión en grupo y de 2 horas de la tarde del mismo día para el plenario.

## Generación de ideas

Los coordinadores disponían de una relación de enunciados relativos a la organización, las funciones y los conflictos competenciales de la enfermería de AP elaborados por el equipo investigador, que sirvió para provocar la discusión. Las ideas surgidas en el debate de cada grupo se mantuvieron por consenso. En el plenario final se unificaron las ideas comunes que habían surgido en distintos grupos, se mantuvieron las disparejas y se adscribieron, por consenso, a los bloques temáticos aludidos; de esta forma se facilitaron los criterios que los coordinadores debían observar al reflejar el contenido grabado y escrito de las discusiones de cada grupo. Los resultados que exponemos proceden de la transcripción literal de la grabación (160-180 min/grupo) y del análisis de las notas tomadas por los coordinadores de cada grupo.

## Resultados

Las opiniones expresadas por los 3 grupos sobre los bloques temáticos objeto de discusión comprenden respuestas alusivas a los enunciados siguientes:

1. Estructura organizativa, que refleja el discurso de los participantes en torno a la adscripción de población a enfermería, a las CE y a la visita domiciliaria.
2. Competencias profesionales. Se debatió sobre la valoración de los pa-

cientes, sobre la utilización de los registros y sobre las funciones de la enfermería de AP.

3. Relaciones y/o conflictos competenciales. En este apartado se comentaron las relaciones con los médicos, dentro de los EAP y con la Administración.

## Estructura organizativa

Dentro de este apartado, los 3 grupos participantes están de acuerdo en la importancia que tendría la adscripción de población a enfermería. Defienden las CE desde el punto de vista organizativo, y creen que sus contenidos son importantes, aunque se puntualiza por parte de enfermeros y médicos la fuerte dependencia de la consulta médica.

Enfermeros y grupo mixto coinciden en valorar como excesivo el tiempo que se dedica en la atención a crónicos, sobre todo a pacientes con hipertensión arterial y diabetes, en detrimento de otros sectores de la población. El grupo mixto añade que no están definidos los contenidos de las CE, y que las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria no se han desarrollado de forma concreta.

Los enfermeros piensan, además, que la metodología de trabajo empleada en las CE, básicamente la aplica-

TABLA 2. Competencias profesionales

Criterio	Enfermería	Medicina	Grupo mixto
Valoración de los pacientes	Los enfermeros realizan pocas exploraciones físicas y valoraciones de los pacientes Se hacen de forma sistemática las que se incluyen en los protocolos de atención	Los enfermeros tienen capacidad para realizar exploraciones y valoraciones No siempre utilizan los datos que obtienen de las valoraciones	Enfermería no maneja con destreza la entrevista clínica Tienen dificultades para valorar a los pacientes y para resolver problemas
Funciones	La instauración o cambios de tratamiento son competencia del médico La capacidad de prescribir fármacos es competencia del médico que es el legalmente autorizado Sobre la solicitud de pruebas diagnósticas sólo deben pedir las que figuran en los protocolos (falta de capacidad reconocida y por considerarlo suficiente para su trabajo) Se sienten capacitadas para interpretar pruebas diagnósticas básicas Se hacen algunas observaciones acerca de los limitados esfuerzos de las enfermeras para definir su papel profesional en atención primaria	Los enfermeros podrían pedir determinadas pruebas protocolizadas y prescribir siempre que actúen dentro del protocolo Los enfermeros no asumen todo lo que podrían realizar No está claro lo que el sistema quiere de ellos	Enfermería no tiene formación farmacológica, ni siquiera para seguir el tratamiento de los crónicos Enfermería debería desarrollar más funciones en atención primaria
Utilización de los registros	Los diseños de las historias favorecen más el registro de la actividad médica Se registra pensando en las evaluaciones (normas técnicas mínimas) Los datos que más registran las enfermeras son cuantitativos (pocos problemas, pocas observaciones) No se defiende la necesidad de utilizar una historia propia de enfermería Algunos médicos impiden a las enfermeras que registren datos en las historias	Los enfermeros utilizan la historia clínica, sobre todo las hojas múltiples En ocasiones lo que se registra no se corresponde con lo que se hace No se asegura ni la constancia en el registro ni su utilidad (se le saca poco partido informativo)	Los médicos conceden poco valor a las anotaciones de enfermería; sólo les interesan los datos cuantitativos Los enfermeros tienen miedo a escribir

ción de programas y protocolos, no favorece la autonomía de los pacientes y genera frustración en los enfermeros.

Los 3 grupos coinciden en destacar la importancia de la visita domiciliar y en la conveniencia de que enfermería se implique más en esta modalidad de atención. Los enfermeros apuntan que la visita domiciliar les ofrece grandes posibilidades de desarrollo profesional y denuncian la falta de recursos sanitarios y sociales. Los médicos creen que los enfermeros realizan pocas visitas domiciliarias, porque no les agradan y les genera inseguridad. En el grupo mixto opinan que se debería dedicar más tiempo a esta actividad por parte de enfermería, porque pueden perder espacio profesional en favor de otros sectores laborales. Las anteriores, y otras opiniones, se resumen en la [tabla 1](#).

### Competencias profesionales

En el apartado de competencias profesionales, los enfermeros refieren que realizan pocas exploraciones físicas y valoraciones de los pacientes. Los médicos opinan que los enfermeros tienen conocimientos y capacidad para realizar exploraciones y valora-

ciones de los pacientes, pero las llevan a cabo en contadas ocasiones y cuando lo hacen no utilizan los datos obtenidos de dichas actividades.

En el grupo mixto consideran que enfermería no maneja con destreza la entrevista clínica, y que tienen dificultades para valorar y resolver problemas de salud de los pacientes.

En cuanto a la utilización de los registros, los 3 grupos destacan la importancia de la historia clínica y la falta de homogeneidad de los modelos. Los enfermeros consideran que los diseños de las historias clínicas favorecen más el registro de la actividad médica, pero no defienden la necesidad de utilizar una historia propia de enfermería. En el grupo mixto creen que los médicos conceden poca importancia a las anotaciones de enfermería, si acaso a los datos cuantitativos, y piensan que los enfermeros tienen miedo a escribir. Respecto a las funciones de enfermería, no hay discrepancias sobre su capacidad para realizar las técnicas que tradicionalmente han desempeñado. En cuanto a la instauración de tratamientos farmacológicos y a la solicitud de pruebas diagnósticas, en el grupo de enfermería piensan que son competencias del médico, que es el que está legalmente autorizado

para hacerlo, aunque realizan algunas de estas actividades cuando se indican en los protocolos de atención. También los médicos lo consideran posible si está pautado.

Por último, el grupo de enfermería alude a los limitados esfuerzos de los enfermeros para definir su papel profesional en AP. El grupo mixto y el de médicos consideran que enfermería debería realizar más funciones. Estos últimos añaden que no está claro lo que el sistema quiere de enfermería. En la [tabla 2](#) se recogen algunas de las manifestaciones de cada grupo.

### Relaciones

En este bloque, las opiniones de los enfermeros oscilan entre los que catalogan sus relaciones con los médicos como afables y corteses, hasta los que piensan que son de ignorancia mutua. Por su parte, el grupo de médicos sostiene que su actitud hacia los enfermeros es positiva, y resaltan la falta de corresponsabilidad de éstos en relación con las cargas de trabajo en el EAP.

En lo relativo a las relaciones intraequipos, en la [tabla 3](#) se recogen expresamente algunas de las manifestaciones de cada grupo.

TABLA 3. Relaciones

Criterio	Enfermería	Medicina	Grupo mixto
Relaciones con los médicos	Los médicos toleran a las enfermeras, pero si pudieran las cambiarían por auxiliares administrativos La radicalización de algunas enfermeras ha provocado enfrentamientos abiertos con los médicos Las enfermeras no son las que restan protagonismo o prestigio a los médicos de atención primaria, sino la fuerte subordinación de la atención primaria frente a la especializada Las recetas y trámites burocráticos siguen siendo fuente de polémica En pocos casos existe una relación de cooperación en torno a objetivos comunes de atención a los pacientes	Existen disputas sobre el trabajo burocrático Achacan a los enfermeros falta de corresponsabilidad en relación a las cargas asistenciales Los médicos mantienen una actitud positiva hacia los enfermeros	Los médicos no desean compartir su trabajo con los enfermeros. Es difícil que se establezcan relaciones de colaboración que permitan atender a los pacientes conjuntamente Muchas tareas que las enfermeras deberían realizar las rechazan escudándose en que no son de su competencia
Relaciones con el equipo de atención primaria	El director/coordinador de los EAP debe ser un miembro del mismo y no alguien ajeno Poca autoridad y autonomía de los coordinadores de los centros y de los responsables de enfermería Los responsables de enfermería ejercen más de intendentes que de gestores Mucho equipo pero las relaciones responden a un modelo estamentario	Los equipos con experiencia reclaman gestión propia y un único responsable Los enfermeros prefieren depender del responsable de enfermería en vez del coordinador médico Los enfermeros eluden al responsable de enfermería y acuden al coordinador médico	El método asambleario no funciona
Relaciones con la Administración	La falta de profesionalización y los continuos cambios de personas dificultan las relaciones Dedicación prioritaria a la gestión económica Desde la Administración se pierde la visión de la realidad de los centros de salud Abruman a los equipos con múltiples peticiones de datos, pero la información no retorna a los EAP Desigualdad en las condiciones de trabajo: todas las gerencias están informatizadas, pero pocos CS disponen de ordenadores	La relación es distante por la no coincidencia de intereses Los gestores no respaldan iniciativas distintas a sus propias directrices, ni en la actividad clínica, ni en la promoción profesional, ni en las fórmulas organizativas	Los gestores mantienen poco contacto con los equipos; no saben lo que quieren transmitir porque no tienen objetivos claros Los coordinadores y responsables deberían gestionar más los aspectos relacionados con la atención y cuidados y menos lo puramente administrativo (vacaciones, horario...) Falta de formación de los que acceden a los cargos

## Discusión

De la valoración de los resultados obtenidos se desprende que existen bastantes correspondencias y opiniones compartidas por los 3 grupos y en los 3 bloques de discusión, lo que podría atribuirse a la elección de los integrantes de los grupos: profesionales con larga experiencia en atención primaria y conocido compromiso con la misma y, por lo tanto, con posturas más autocríticas por parte de enfermería, y con opiniones más favorables respecto a su papel por parte de los médicos, en comparación con otros trabajos que, aunque con objetivos distintos, también analizan con métodos cualitativos algunos de los aspectos sometidos a interpretación en el nuestro<sup>6,15</sup>.

En cuanto a si los resultados de los distintos grupos representan la diversidad de opiniones de la AP, hay que tener en cuenta que, en este tipo de investigaciones, también influyen los distintos intereses a que obede-

cen la participación en las mismas: a intereses institucionales los estudios antes citados<sup>6,15</sup> y a intereses profesionales en nuestro caso. A los integrantes de nuestros grupos se les convocó como expertos para que, con sus opiniones, nos facilitarían la construcción de los enunciados de un cuestionario que permitirá, en el futuro, conocer más ampliamente aspectos relacionados con la organización y funciones del personal de enfermería en AP.

En cuanto a los posibles errores imputables a la transcripción del discurso de los participantes, creemos que se subsanaron con las anotaciones efectuadas por los coordinadores de cada grupo.

Dentro del bloque de estructura organizativa, y en lo relativo a la adscripción de población a enfermería, la discusión se produjo en torno a las distintas opciones organizativas, sectorización o unidad básica de atención. En los 3 grupos se señalan las ventajas organizativas y de coordi-

nación de las unidades básicas asistenciales, pero también se apuntan algunos de los problemas que derivan de la asignación a enfermería de un determinado cupo médico: las retribuciones son las mismas para todas las enfermeras de un mismo equipo de AP, aunque no sean uniformes los cupos que atienden en cuanto a volumen de población, y por tanto de carga de trabajo. Por otra parte, con la libre elección de médico, éstos pueden aceptar población de fuera de la zona básica, con el consiguiente trastorno para enfermería, en cuanto a desplazamientos más largos y más costosos a la hora de realizar avisos o visitas programadas. El grupo de enfermería añade también que, actualmente, los usuarios no pueden cambiar de enfermero, ya que no existe ningún mecanismo que lo permita.

En alguna medida, la adscripción formal y normatizada de población a enfermería, aunque siga coincidiendo con el cupo médico, contribuiría a



solventar algunos de los problemas que subyacen al modelo organizativo implantado actualmente en AP<sup>16</sup>, de ahí la coincidencia de opiniones en los 3 grupos.

Referente a la CE y a la visita domiciliaria, también encontramos más acuerdos que discrepancias, tanto en las opiniones favorables como en las críticas. En los 3 grupos se reflejan las deficiencias relacionadas con la falta de eficiencia y con los contenidos, aspectos también señalados por otros autores<sup>6,17</sup>.

A propósito de las CE, en el grupo de enfermeros fue donde se produjo un debate más vivo y donde se analizaron con más profundidad algunos de los factores que han influido en su creación y en la situación actual de las mismas: al salir de las consultas médicas se enfrentaron a una estructura entonces vacía de contenidos; les faltaron directrices claras respecto a las actividades que les correspondía realizar en los recién creados centros de salud, y carecieron de formación para afrontar directamente los aspectos más relevantes de la atención, como la entrevista clínica, la valoración de los pacientes, la detección de problemas y la determinación de las intervenciones más adecuadas. Consideran que estas limitaciones contribuyeron a la elección del camino más fácil: realizar las técnicas en las CE y el seguimiento de crónicos mediante protocolos que indican lo que hay que hacer. Se produjo una situación de acomodo que en mayor o menor medida aún persiste, con el agravante de la frustración que algunos enfermeros acusan por la falta de logros con los pacientes que mayoritariamente frecuentan las consultas, en cuanto a su independencia de los cuidados sanitarios permanentes. En su opinión, si esta situación persiste es porque el colectivo de enfermería no ha sabido desarrollar otro perfil profesional de mayor compromiso con la población que atiende, en el sentido de dirigir sus esfuerzos a la solución de los problemas que el enfermero puede abordar. A pesar de todo, piensan que a lo largo de estos años ha mejorado el nivel de identificación de los profesionales de enfermería, porque usuarios y pacientes solicitan sus servicios espontáneamente.

En este sentido, pensamos que las limitaciones observadas por el grupo de enfermería constituyen una llamada de atención al colectivo enfer-

mero, en relación con elementos tan importantes del ejercicio profesional como la responsabilidad y competencia de sus miembros respecto de la población que atienden<sup>18,19</sup>.

En cuanto a la atención domiciliaria, no deja de ser curioso el cruce de acusaciones entre médicos y enfermeros ante la escasez de visitas a domicilio. Los médicos opinan que a los enfermeros no les agradan las visitas domiciliarias, y los enfermeros piensan que a los médicos tampoco, lo que viene a poner de relieve una situación detectada por otros autores en relación con el poco tiempo que los profesionales sanitarios dedican a la visita domiciliaria<sup>20-22</sup>.

En el bloque de competencias profesionales, y sobre la utilización de los registros, era esperable la importancia que se concede a la historia clínica, debido a la dilatada experiencia en AP de los participantes. Merece la pena destacar las observaciones de los enfermeros acerca del tipo de anotaciones que efectúan con más frecuencia: datos cuantitativos, lo que está en clara relación con el tipo de actividad que mayoritariamente realizan.

Igualmente, las opiniones que sobre la valoración de los pacientes mantienen los 3 grupos, aunque con matices, no hace sino confirmar algunos de los problemas ya comentados en relación con la actividad de los enfermeros, muy circunscrita al tipo de pacientes que ven y muy sujeta a las indicaciones protocolizadas.

En el apartado de funciones, en ningún grupo se duda de la capacidad de los enfermeros para realizar las técnicas y las tareas que tradicionalmente han desempeñado. El grupo de médicos y el mixto aluden a que enfermería debería desarrollar más funciones en AP, pero en su discurso no dejan claro a qué se refieren, si es a que recaiga sobre ella más carga de trabajo (por ejemplo, a que se les asigne más población) o a que diversifiquen más sus actuaciones. Podemos suponer que a los dos aspectos, dado que en otras publicaciones así se interpreta<sup>6,23</sup>. En este sentido, los enfermeros son más concretos y proponen que la mejor manera de mejorar su papel en AP es ofrecer a los pacientes todo lo que los enfermeros pueden hacer, ya sean actividades asistenciales o preventivas: «Hay que esforzarse para que la población a nuestro cargo reciba la vacunación antitetánica o antigripal cuando lo

precise». «No podemos esperar a que la población nos solicite atención domiciliaria, o a que el médico nos lo indique, debemos visitar sistemáticamente a todos los pacientes terminales o reclusos en su domicilio».

En nuestra opinión, lo verbalizado por los enfermeros alude claramente a la longitudinalidad y continuidad de la atención, elementos claves de la AP, por cuanto aumentan el compromiso de los profesionales con la población contribuyendo a identificar mejor sus necesidades y a cubrirlas con las intervenciones más eficaces, aspectos que en el caso de los enfermeros cobran especial relevancia si desean consolidar su papel en AP.

Para finalizar, en el apartado de relaciones no se aprecian novedades respecto a otras publicaciones<sup>6,14</sup>, y refleja con bastante fidelidad cómo algunos problemas que tienen que ver más con las propias deficiencias del sistema organizativo y funcional de la AP (burocratización, falta de recursos, fracaso del trabajo en equipo, desmotivación y primacía de la atención especializada)<sup>13</sup>, se han trasladado al ámbito de las relaciones, tanto de los propios equipos como de sus principales actores. Su solución paliaría el desencuentro que frecuentemente se denuncia<sup>24</sup>, aunque parte del conflicto pertenece a un debate sociológico relacionado con la consideración social y la jerarquía entre profesiones<sup>25</sup>.

## Agradecimiento

Agradecemos a todos los participantes en los grupos de discusión su desinteresada y entusiasta participación. Esperamos haber reproducido con fidelidad sus valiosas aportaciones. Las sugerencias del revisor anónimo nos ayudaron a mejorar el manuscrito definitivo.

## Bibliografía

1. Elías Castell A, Piqué Sánchez JL, Torra Bou JE. Reforma de AP en Cataluña: un nuevo ROL de enfermería. ROL 1989; 134: 12.
2. Ruiz Iglesias D. Reflexiones sobre la reforma de AP. ROL 1990; 142: 13-17.
3. Alberdi Castell R, Jiménez Otero MO. Atención primaria de salud: un análisis sobre el trabajo enfermero (I). ROL 1991; 152: 19-22.
4. Guillén Ramos D, Puxan Romagosa R. La enfermería en el EAP. Aten Primaria 1990; 7: 407-408.
5. Martín Zurro A, Huguet M, García Cardona F. La organización de las activida-

- des en atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Doyma, 1994.
6. Pérez Andrés C. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. *Rev San Hig Pub* 1995; 69: 79-88.
7. Corrales D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. *Aten Primaria* 1996; 18: 577-579.
8. Barquero Vargas J. Enfermería en atención primaria. En: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública editor. Debate sobre enfermería. editor. Madrid: FADSP, 1996.
9. Custey MA. Expectativas de enfermería en atención primaria. En: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, editor. Debate sobre enfermería. Madrid: FADSP, 1996.
10. Auñón Muelas A, Colomer Rosas A. La actividad de las enfermeras en los EAP. *Centro de Salud* 1997; 5: 79-81.
11. Casado R. Algunas reflexiones sobre el futuro de la enfermería. *Salud* 2000; 1995: 54: 25-27.
12. Gervas J, Pérez Fernández M. Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1996; 2: 131-139.
13. Simó J. La eficacia del trabajo del médico en el centro de salud. *Gac Sanit* 1997; 11: 95-102.
14. Núñez T, Loscertales F. El grupo y su eficacia. Técnicas al servicio de la dirección y coordinación de grupos. Barcelona: EUB, 1996.
15. Rodríguez M, Márquez S, López M. La perspectiva profesional en la reforma de la atención primaria: una aproximación cualitativa. *Gac Sanit* 1995; 9: 237-243.
16. Rivera F, Hernández I, Martí E, Chaume A, Martínez C, Richart MJ. Estrategias organizativas en los centros de salud. *Cuadernos de Gestión* 1998; 1: 7-19.
17. Palomino Moral PA. Las consultas de enfermería una cuestión de eficacia. *Centros de Salud* 1996; 4: 637-638.
18. Alberdi R. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *ROL* 1998; 239-240: 27-31.
19. Busquets M. Ejercicio profesional: responsabilidad ética y legal. *Enfermería Clínica* 1998; 8: 29-33.
20. Buendía C, Manite I, Méndez M, Narbona P. Distribución del tiempo de enfermería en el equipo de atención primaria. *ROL* 1997; 237: 53-56.
21. Cartwright A, Andersen R. General practice revisited. A second study of patients and their doctors. Londres: Tavistok, 1981.
22. Boerma WGW, Fleming DM. The role of general practice in primary health care. Ginebra: WHO Europe, 1998.
23. Martín Zurro A. Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales. *Aten Primaria* 1997; 19: 105-107.
24. Turabián JL. ¿Cuál es el papel de las enfermeras en atención primaria? *JANO* 1998; 54: 567.
25. Cortina A. Universalizar la aristocracia. Por una ética de las profesiones. *CLAVES de Razón Práctica* 1997; 75: 47-52.