
Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9)

*María Girbés Fontana^a, Juan José Jurado Balbuena^b,
José Rodríguez Escobar^c, Francisco Esteban Paredes^d,
José Luis Aréjula Torres^e, Teresa Fontova Cemeli^f, Javier García Real^g,
Marisa Herrera García^h y Antonio Ruiz Hontangasⁱ*

^aSubdirectora de Enfermería Área 9 Atención Primaria-Madrid.

^bDirector de Enfermería del Área 6 Atención Primaria-Madrid.

^cDirector de Enfermería Área 9 Atención Primaria-Madrid.

^dSubdirector de Enfermería Área 9 Atención Primaria-Madrid.

^eSubdirector de Enfermería del Área 9 Atención Primaria-Madrid.

^fResponsable de Enfermería del centro de salud M^o Jesús Hereza I. Área 9 Atención Primaria-Madrid.

^gResponsable de Enfermería del centro de salud Cuzco. Área 9 Atención Primaria-Madrid.

^hResponsable de Enfermería del centro de salud Loranca. Área 9 Atención Primaria-Madrid.

ⁱDirector de enfermería del consorcio hospital general universitario de Valencia.

Resumen

La incorporación de distintos profesionales en los equipos de Atención Primaria de salud en España hace necesaria la definición de la aportación específica de cada uno en la mejora de los servicios a la población. Esta definición en enfermería no ha sido homogénea, encontrándonos distintas situaciones dependiendo del equipo o área de salud.

En el área 9 de Atención Primaria de Madrid se inició una experiencia de Gestión por procesos como forma de conseguir la mejora en los servicios ofrecidos por las enfermeras.

Tras una autoevaluación se definió la misión, visión y valores de la organización para enfermería. Posteriormente, y compatible con la cartera de servicios del INSALUD, se ha elaborado un listado de procesos/responsabilidades de enfermería agrupados en 4 niveles de intervención: procedimientos técnicos básicos, conductas generadoras de salud/actividades preventivas, promoción del autocuidado y seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación. Estos niveles de intervención y procesos de enfermería se relacionan, mediante un esquema, con los servicios del EAP y con las clasificaciones NANDA, NIC y NOC de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería.

Para el conjunto de procesos se han establecido unos diagramas de flujo que muestran las relaciones entre cada uno de los distintos niveles de intervención. Además cada proceso tiene definidos sus criterios de inclusión, lo que permite la medición.

El modelo propuesto permite definir la responsabilidad propia de enfermería, desarrollar un sistema de medición del desempeño, lo que redundará en una mejor rentabilidad para el conjunto de la organización. Para su puesta en marcha es necesario el esfuerzo de médicos, directivos, universidades y de las propias enfermeras y enfermeros.

Palabras clave: Procesos enfermeros. Servicios enfermeros. Atención Primaria. Enfermería.

Introducción

La conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma-Ata (1978) planteó la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios, situando la Atención Primaria de Salud (APS) como la pieza fundamental de dicho sistema. Este hecho implicaba un cambio profundo no sólo en los objetivos y contenido, sino en la organización de todo el sistema de salud.

Esta nueva situación fue asumida en España con una decidida voluntad política de modificar la asistencia médica ambulatoria de la seguridad social que se venía ofreciendo desde 1942. En este sentido el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud (1984) establece el marco legislativo imprescindible para desarrollar el nuevo modelo de APS en España. En él se expresa que la mayoría de los problemas de salud de la población pueden y deben ser abordados desde el primer nivel asistencial, mediante equipos multidisciplinarios y una atención integral basada en la promoción, prevención, recuperación y reinserción.

Este abordaje mediante distintas profesiones que trabajan en equipo, tiene su justificación en la enorme complejidad de la misión encomendada a los centros de salud, lo que hace preciso abordajes dife-

renciados y complementarios de problemas multifactoriales y multicausales. Dentro de este equipo, cada profesión existirá mientras sea capaz de aportar una visión distinta, valiosa y diferenciada. La enfermería debe tener, por tanto, una función, misión y procedimientos propios, su propia responsabilidad y metodología.

A pesar de que la circular 5/90 de la Subdirección General del INSALUD, sobre la Organización de las actividades del personal de enfermería de los equipos de Atención Primaria (AP) recogía la necesidad de especificar las áreas de actuación enfermera, esto no se llevó a cabo, y por tanto, nuestra institución no definió de forma clara cuál es la aportación específica y diferenciada de las enfermeras y el por qué eran necesarios estos profesionales en los equipos.

Aún así, las enfermeras, en general, se han hecho responsables de una serie de “servicios”: revisiones de niño sano, vacunaciones, seguimiento de pacientes crónicos, educación para la salud a grupos, etc.

Al no haberse definido desde la Institución esta aportación, nos encontramos con que un usuario, dependiendo de qué enfermero, con qué médico, en qué gerencia, recibe unos u otros servicios.

Además, al no tener datos ni evaluación concreta sobre su desempeño, el enfermero, el equipo y la sociedad no reciben un *feed-back* sobre la labor realizada, dificultando la mejora.

La organización desaprovecha así, gran parte del potencial y del trabajo de las enfermeras con la población.

En el año 1994 la dirección de enfermería del Área 9 de Atención Primaria de Madrid comenzó una experiencia de gestión estratégica por procesos con un modelo de autoevaluación propio, basado en el modelo EFQM y en la teoría de sistemas.

Esta gestión estratégica por procesos se clasificó en tres ejes fundamentales, la definición y control de:

1. Procesos asistenciales.
2. Procesos organizativos
3. Procesos de gestión.

Vamos a desarrollar en este artículo la experiencia de los procesos asistenciales.

Metodología y fases del proceso

Diagnóstico de situación

Ya en la primera autoevaluación, realizada con la asesoría de un evaluador externo se identificaron una serie de problemas que dificultaban el desempeño de la enfermera con su población:

1. Ambigüedad e indefinición en su rol.
2. Sensación de ineficacia.

3. Dificultades en el manejo de una metodología adecuada para su tarea.

Además había problemas organizativos que conllevaban una escasa accesibilidad de la enfermera a su población adulta.

Como consecuencia, se producía un desconocimiento por gran parte de la población de para qué necesitaba a una enfermera.

La gerencia y la Dirección de Enfermería decidimos potenciar “la enfermera de cabecera”, una enfermera conocida y vinculada con su población, a la que ofrece de forma continuada sus servicios desde los más técnicos (un inyectable) a los más complejos (el abordaje de un duelo disfuncional).

Plan de acción

Uno de los primeros requisitos era definir la misión (el fin social) y los valores (comportamientos que queríamos potenciar) en las enfermeras de Atención Primaria, y especificar los procesos asistenciales de los que debían hacerse cargo.

Definimos la misión y los valores (tabla I) de enfermería dentro de los equipos de Atención Primaria.

Definición de procesos

En marzo de 1998 durante la Jornada anual de objetivos con los responsables

Misión

“La enfermería del Área 9 de Atención Primaria, tiene como misión fundamental, potenciar el autocuidado de la salud en individuos, familia y comunidad, en el continuo salud, enfermedad y en todos los estadios de desarrollo y maduración”

Consulta de Enfermería a Demanda
1996

Valores

Los siguientes valores y actitudes de enfermería están basados en el Marco Conceptual:

- Calidad de su actuación mediante el desarrollo de la metodología de enfermería en todas sus fases
- Aumentar las actuaciones independientes de enfermería que puedan proporcionar un valor añadido de salud a las consultas que realiza el usuario en el centro
- Servicio al usuario mediante una organización y una actitud accesible, coordinada, exhaustiva y flexible
- Actitud activa, sin esperar las derivaciones del médico, trabajando directamente con su población, revisando historias para citas, etc.

Jornadas de Enfermería
Abril 1997

Tabla 1. Misión y valores.

de enfermería del área se creó un grupo de trabajo formado por 5 responsables de enfermería y coordinado por dos miembros de la Dirección de Enfermería.

Para identificar estas responsabilidades se utilizaron varias fuentes: las Normas Técnicas de la Cartera de Servicios de INSALUD, los programas de salud del Área, los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA y los motivos

de consulta definidos previamente en el documento de consulta a demanda del área.

El fruto de este trabajo fue un listado con todos los procesos que considerábamos eran de enfermería, definiendo para cada uno un criterio de inclusión.

Este primer listado se clasificó basándose en los programas de salud. Esto es: niño, adolescente, mujer, anciano y adulto en general. Además se incorporaron tres categorías más que son: crónicos, inmovilizados y terminales.

Paralelamente a este grupo de trabajo la dirección de enfermería había definido en su marco teórico tres tipos de tecnologías o formas de trabajo utilizadas por enfermería en atención primaria (tabla 2) que sirvieron de base para la clasificación posterior de procesos.

Una primera dificultad que encontramos era que este primer listado de procesos de enfermería clasificado por programas eran muy largo (Más de 170 procesos) lo que dificultaba su difusión y comprensión.

Al agruparlos por las tecnologías expuestas en la tabla 2, se vio que las enfermeras prestan unos servicios transversales a los que el equipo da a la población; en cualquier abordaje de un paciente la enfermera se hace cargo de la realización de las pruebas diagnósticas y

terapéuticas, de la prevención primaria y/o secundaria, y finalmente de la educación en su proceso para la potenciación del autocuidado. A esta agrupación la denominamos “niveles de intervención enfermera”.

Con esta clasificación se explica y entiende mejor los procesos tanto para los profesionales, como para la población y subraya la interdependencia entre todos los procesos que se dan entre los distintos profesionales del equipo.

Pensemos en los servicios que recibe un diabético, o en una madre que afronta su primera maternidad.

La segunda dificultad era que el enfermero maneja muy distintos conceptos y clasificaciones: servicios y programas del equipo, procesos de enfermería, niveles de intervención, diagnósticos enfermeros, etc.

Para intentar aclarar la relación entre estos conceptos procedimos a elaborar un esquema que relacionara los servicios que presta el equipo, y dentro de ellos los procesos responsabilidad de enfermería agrupados por niveles de intervención. Para cada uno de los grupos de procesos se expusieron los posibles diagnósticos de enfermería de NANDA. Este esquema permite, posteriormente, continuar la relación añadiendo las in-

Técnicas

Aplicar un tratamiento, o realizar una prueba diagnóstica

Consejo y control

Prevenir y detectar precozmente alteraciones o complicaciones potenciales.

- En función de la edad, proceso fisiológico o patológico, se realizan una serie de controles con una frecuencia temporal determinada por la misma fisiopatología. Sería la monitorización de parámetros como el peso y talla en niños, la determinación de glucemia basal en diabéticos, etc.

Diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana

Identificar y tratar las distintas respuestas humanas ante los procesos vitales y problemas de salud reales o potenciales

- En función del modo en que el cliente afronta o se adapta a los requerimientos de salud de su situación, el enfermero establecerá un plan de cuidados distinto, valorando e identificando previamente dicha respuesta humana. Sería el distinguir entre una madre motivada con conocimientos y habilidades previos en crianza de otra con un hijo no deseado y creencias erróneas sobre la alimentación, la higiene y vacunaciones

Educación para la salud

Es un procedimiento dentro del plan de cuidados, pero por su importancia dentro del rol educador del enfermero en Atención Primaria lo consignamos en un apartado propio

Tabla 2. *Tecnologías enfermeras en Atención Primaria*

tervenciones de enfermería NIC y los resultados NOC (tabla 3).

En enero de 2000 la subdirección provincial de Atención Primaria de la Dirección Territorial del INSALUD en Madrid,

Servicio equipo	Nivel de intervención	Proceso enfermero	Diagnóstico enfermero	NOC	NIC		
Atención a problema de salud crónicos	Promoción del autocuidado y adaptación (nivel III)	Adaptación a alteraciones visuales y auditivas	Trastorno de la percepción sensorial	Pendiente de desarrollar			
		Adaptación a alteraciones bucodentales	Deterioro de la dentición Deterioro de la mucosa oral				
		Adaptación a limitaciones en las AVD	Déficit de autocuidados: especificar Deterioro de la movilidad física Intolerancia a la actividad				
		Adaptación a deterioros cognitivos	Deterioro de la memoria Confusión crónica				
		Atención al cuidador y/o familia	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador Cansancio en el desempeño del rol de cuidador				
	Atención a problemas de afrontamiento (nivel IV)	Atención a problemas de afrontamiento en la cronicidad	Deterioro de la adaptación Negación inefectiva Afrontamiento inefectivo				

Tabla 3. Esquema de relación de procesos: diagnósticos, NIC, etc.

encargó a los directores de enfermería de Atención Primaria elaborar un documento de consenso sobre las actividades que debe realizar la enfermería de los equipos.

Este grupo de trabajo definió 4 servicios marco, los tres primeros coincidían conceptualmente con los definidos en nuestra área, y se añadió un cuarto nivel de intervención. Asimismo se terminó de perfilar el esquema de relación entre los servicios del equipo y los procesos de enfermería.

Resultados

En estos momento tenemos definidos y documentados en el área:

Niveles de Intervención

Hemos señalado 4 niveles de intervención o cuatro grandes responsabilidades de los enfermeros respecto a su población para la resolución de sus problemas de salud que son:

I. Procedimientos técnicos básicos. En este nivel de intervención, la tarea del en-

fermero se centra exclusivamente en la correcta realización de una técnica, incluyendo la información que se da sobre la necesidad y adecuación de la misma, posibles efectos secundarios y/o cuidados, etc.

2. Conductas generadoras de salud/ actividades preventivas. La tarea del enfermero es fundamentalmente preventiva, el compromiso es realizar una serie de controles periódicos tanto a sanos (revisión niño sano o prevención cardiovascular) o a pacientes crónicos, para intentar detectar precozmente o evitar la aparición de un problema, incluye los consejos que se dan con igual fin.

3. Promoción del autocuidado (identificación y tratamiento de las alteraciones de la respuesta humana). La tarea del enfermero es abordar y resolver problemas que son de su competencia (ejemplo: abordaje de la incontinencia urinaria o estreñimiento o alteraciones de sueño) y en trabajar un proceso educativo individual y/o grupal para adaptar los individuos y familias (ejemplo un terminal) a un proceso, facilitando su correcto afrontamiento.

Si las personas presentan graves problemas para un afrontamiento correcto (ejemplo: una negación del mismo), pasaría al servicio marco IV.

4. Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación. Se

trataría, como se ha explicado, de abordar problemas de alteraciones de la respuesta humana graves o complejas, que requieren una metodología y un tiempo distinto y mayor que los anteriores. Se trataría de personas que niegan que están pasando por un determinado estadio, del trabajo, del duelo, etc.

Teniendo en cuenta el documento de trabajo de los Directores de enfermería de Madrid hemos introducido un 5 (V) nivel de intervención ya que la visita domiciliaria es un servicio transversal (aborda muchos de los procesos que se dan en el I, II, III, y IV), pero su coste en tiempo es distinto, y así mismo es muy distinta su percepción por el usuario.

Este tipo de clasificación, que agrupa procesos de parecidas características en cuanto a entradas, procedimientos, recursos y salidas, permite crear diagramas de flujos de macroprocesos, avanzar en el cálculo de rendimientos, etc.

Listado de procesos

En el área 9 en estos momentos se ha completado el listado de procesos siguiendo el esquema planteado por los directores de enfermería de Madrid.

Entendemos como procesos de enfermería aquellos realizados por un equipo de Atención Primaria, en el que los enfermeros son responsables de ase-

gurar su cumplimiento y eficacia continuados.

Los servicios son del equipo, aunque de algunos de sus procesos sus responsables sean enfermeros (la prevención de alteraciones de desarrollo psicomotor, por ejemplo) y de otros sean los médicos (detección precoz de criptorquidias, por ejemplo).

El documento parte de que los servicios que el equipo de Atención Primaria da a la población son:

1. Atención a problemas de salud agudos.

2. Atención a problemas de salud crónicos.

3. Actividades preventivas.

4. Visita domiciliaria.

5. Educación para la salud grupal.

6. Gestión de casos.

Y sobre ellos se construye el listado de procesos enfermeros (tabla 4). Este listado no es estático, en función de la evolución y la asunción de nuevos procesos y servicios por los equipos de Atención Primaria, y la redistribución de responsabilidades entre los profesionales, enfermería puede y debe asumir nuevos procesos.

Como instrumento para su gestión y control se utilizarán las fichas que se diseñen para el resto de procesos del área.

Flujogramas de cada nivel, misión y entradas

Nivel I: Procedimientos técnicos básicos

1. Misión. Realizar una técnica para la determinación de un diagnóstico o para la aplicación de un tratamiento, dando a la persona a la que se le realiza la mejor información para el entendimiento del porqué de la misma, de las actividades que se deben realizar y de su cuidado posterior si lo precisa.

2. Entrada. Persona que acude al enfermero, derivado por el médico o no, para que se le realice una prueba diagnóstica, la aplicación de un tratamiento o una cura.

3. Secuencia de actividades (fig. 1).

Nivel II: actividades preventivas

1. Misión. Realizar la detección precoz de una enfermedad, factor de riesgo u otro problema de salud, dar la información y consejo para evitar la aparición del problema y aplicar un cuidado específico preventivo, si procede.

2. Entrada. Persona que acude al enfermero, derivado por el médico, espontáneamente o por captación activa para la realización de actividades preventivas primarias (sanos) o secundarias (pacientes crónicos).

3. Secuencia de actividades (fig. 2).

Atención a problemas de salud agudos Colaboración en el diagnóstico y tratamiento Niño Adulto Promoción del autocuidado Crianza Adolescencia Climaterio Ancianidad Población general Atención a problemas de afrontamiento Crianza Adolescencia Climaterio Ancianidad Población general Atención a problemas de salud crónicos Colaboración en el diagnóstico y tratamiento en la atención médica a crónicos Detección precoz de complicaciones potenciales Promoción del autocuidado Pacientes con enfermedades invalidantes Pacientes con enfermedades crónicas Atención a problemas de afrontamiento Actividades preventivas y de promoción de la salud Niño Adolescente Mujer Adulto Anciano Visita domiciliaria Colaboración en el diagnóstico y tratamiento en la atención médica aguda Colaboración en el diagnóstico y tratamiento en la atención médica crónicos	Atención al inmobilizado Detección precoz de CP en inmobilizados Promoción del autocuidado al inmobilizado y su familia Atención a problemas de afrontamiento Atención al terminal Detección precoz de CP en terminal Promoción del autocuidado al terminal y su familia Atención a problemas de afrontamiento Valoración del entorno sociofamiliar Ancianos de riesgo Recién nacidos Educación para la salud grupal Riesgos y estilos de vida saludables Etapas vitales Crónicos Gestión de casos En inmobilizados En terminales Listado completo del 1.2.5.: atención a problemas de salud agudos/promoción del autocuidado/población general Atención a personas con sedentarismo Atención a personas con problemas de ocio Atención a personas con alteraciones en el sueño-descanso Atención a personas con sobrepeso Atención a personas con bajo peso Atención al consumidor excesivo de alcohol Atención al consumidor de tabaco Promoción del autocuidado en personas con enfermedades comunes Atención a personas con dificultades en el manejo de fármacos Atención personas con incontinencia urinaria Atención a personas con estreñimiento Atención a personas con diarrea Atención a personas con problemas de sexualidad
---	---

Tabla 4. Clasificación de procesos de enfermería según los servicios del Equipo y el listado completo del 1.2.5.

Nivel III: Promoción del autocuidado

I. Misión. Ayudar en el proceso de adaptación a los individuos y familias a un proceso, facilitando su correcto afrontamiento.

2. Entrada. Persona que acude al en-

fermero, derivado por el médico, espontáneamente o por captación en un nivel anterior, y que solicita ayuda o se muestra incapaz de abordar un problema de

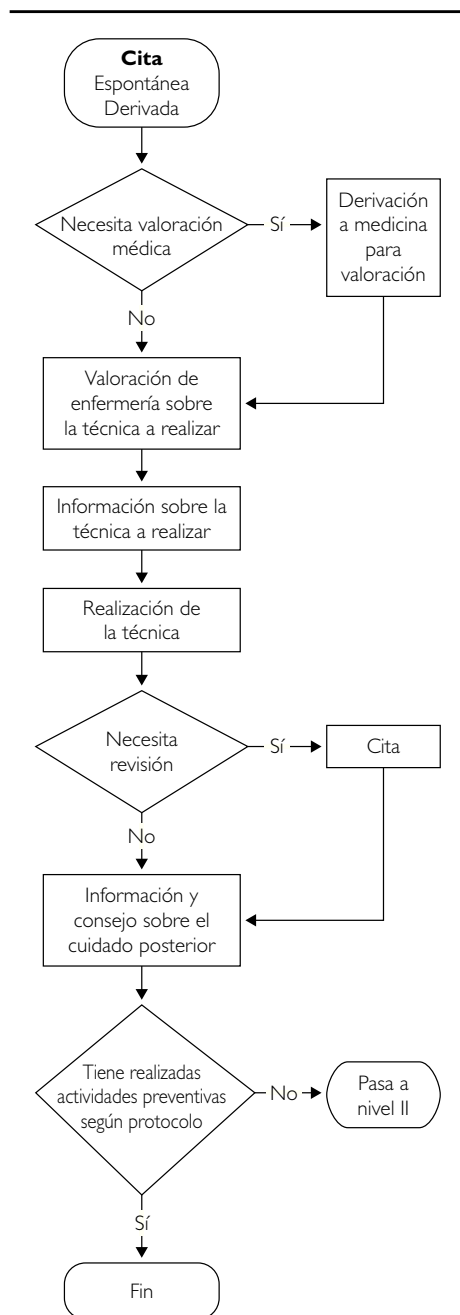


Figura 1. Secuencia de actividades del nivel I.

salud, tanto se trate de procesos vitales, como de etapas del desarrollo, situaciones de desviación de la salud y/o procesos del morir.

3. Secuencia de actividades (fig. 3).

Nivel IV: seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación

1. Misión. Ayudar en el proceso de adaptación a los individuos y familias a un proceso, cuando los mecanismos de apoyo y afrontamiento se hayan fuertemente comprometidos.

2. Entrada. Persona que acude al enfermero, derivado por el médico, espontáneamente o por captación en un nivel anterior, y que solicita ayuda o se muestra incapaz de afrontar un problema de salud, tanto se trate de procesos vitales, como de etapas del desarrollo, situaciones de desviación de la salud y/o procesos del morir, teniendo gravemente comprometidos sus mecanismos de apoyo y afrontamiento.

3. Secuencia de actividades (fig. 4).

Criterios de inclusión

Se han definido, siguiendo la terminología de la Cartera de Servicios del INSALUD, los criterios de inclusión de cada proceso, lo que permite su identificación y medición.

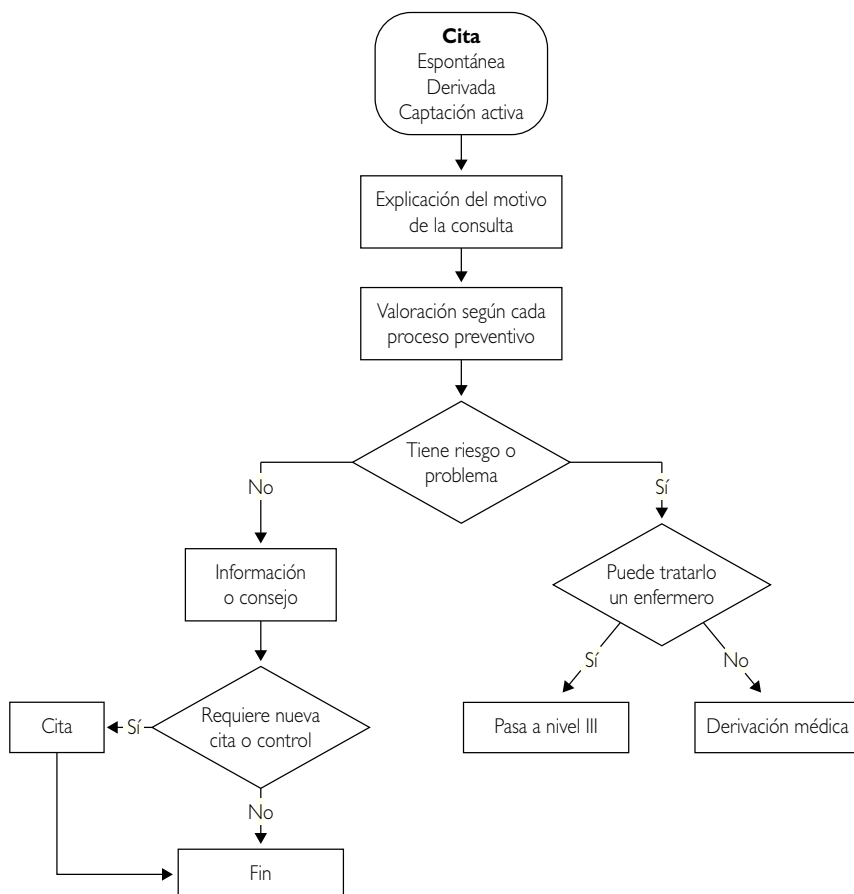


Figura 2. Secuencia de actividades del nivel II.

Esquema procesos/diagnósticos/ intervenciones/resultados

Como se explicó anteriormente, se propone un esquema que permita integrar las distintas áreas de desarrollo e investigación del trabajo enfermero: diagnósticos de enfermería, estandarización

de intervenciones (NIC) y resultados (NOC).

Edición y documentación

Este trabajo se ha recogido en un documento que será próximamente editado y difundido.

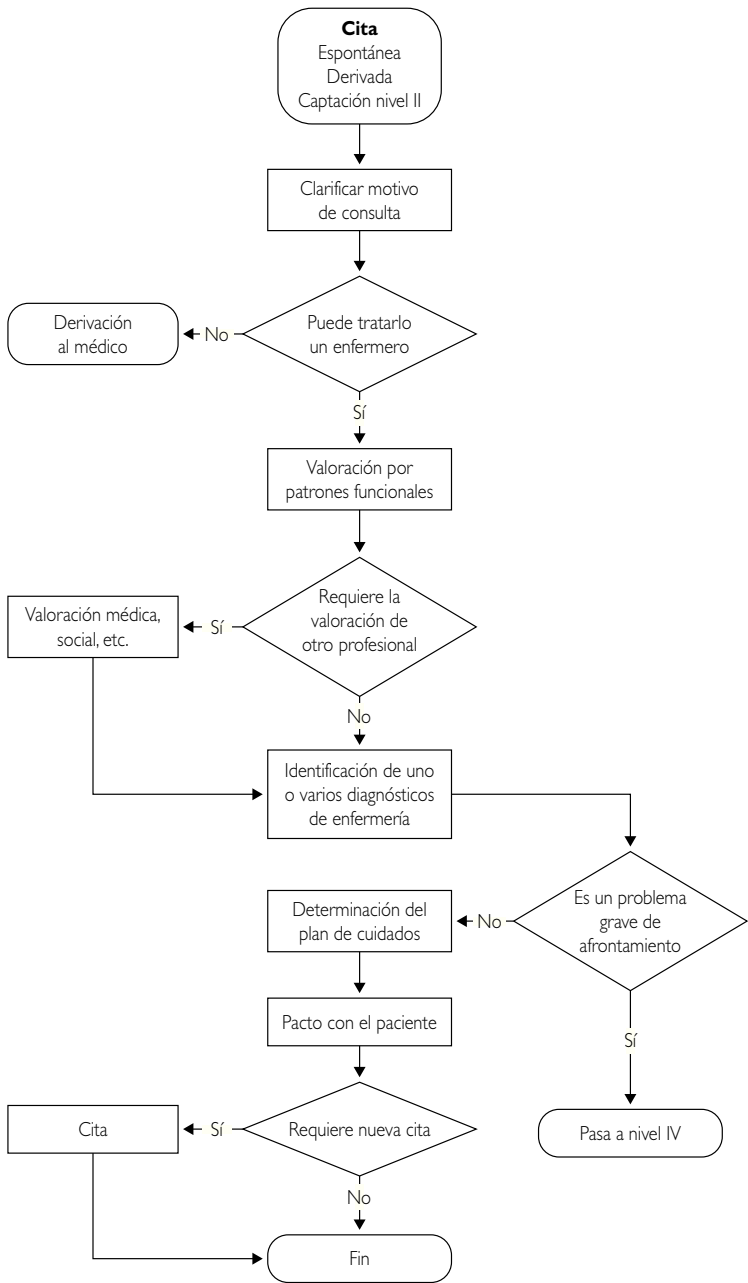


Figura 3. Secuencia de actividades del nivel III.

Adaptación informática para OMI

Se ha realizado una adaptación que sobre la versión institucional, facilita el registro y sobre todo la medición de la cobertura de los procesos

Medición

En estos momentos se está procediendo a la medición de varios procesos: atención al cuidador y/o familia, adaptación del paciente hipertenso a su proceso, y procesos de afrontamiento mediante auditoría de historias clínicas.

Discusión/conclusiones

– El modelo de procesos presentado en este artículo sitúa a la enfermera del equipo de Atención Primaria en un lugar de alta responsabilidad y protagonismo en el cuidado de las personas que tiene asignadas.

– Asimismo, facilita a la Institución el rentabilizar un recurso humano (las enfermeras) altamente cualificado y muy cercano a la población.

– El disponer del listado y de los criterios de inclusión posibilita la medición de la actividad que se realiza, lo que permite la identificación y el reconocimiento

(de alto valor motivacional), la evaluación y la mejora.

Para conseguir la implantación de estos procesos, es necesario el esfuerzo de todos.

Las enfermeras deben asumir esta responsabilidad, basando su práctica clínica en la evidencia científica vigente en ese momento, poniendo en marcha las actividades de formación necesarias y el desarrollo de líneas de investigación acordes con esta nueva área de responsabilidad.

Esto supone un cambio cultural hacia una profesión con mayor autonomía en la toma de decisiones e implicación en el proceso asistencial que se presta/ofrece al usuario.

Los médicos deben reconocer estas nuevas áreas de responsabilidad que complementan el servicio al usuario y aportan nuevos valores y soluciones a las demandas de salud de los ciudadanos.

Esto implica un cambio cultural en la profesión médica en dirección a compartir responsabilidades en el abordaje de los procesos de los usuarios.

Las Universidades y Sociedades Científicas generan herramientas de conocimiento y debate para continuar y mejorar el listado y control de estos procesos, y forman a los nuevos profesionales en

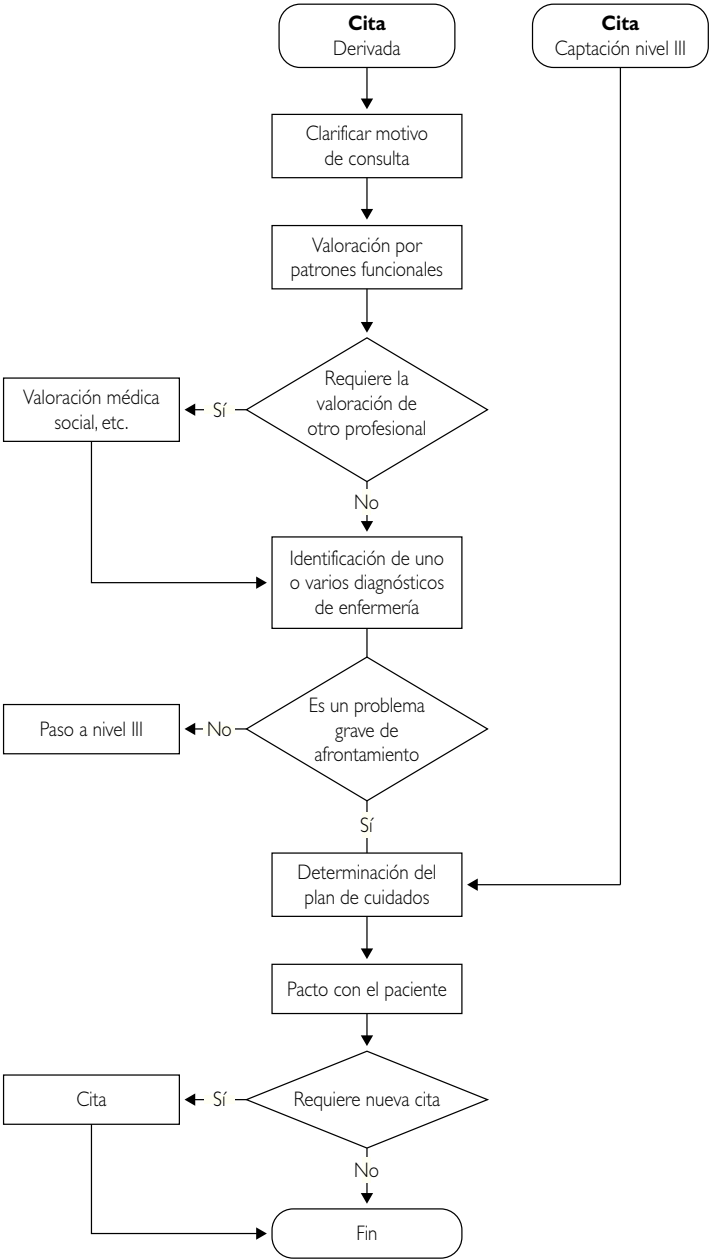


Figura 4. Secuencia de actividades del nivel IV.

estas herramientas y en valores que impulsen el cambio cultural que hemos mencionado anteriormente.

Los órganos directivos de las Instituciones clarifican qué esperan de las enfer-

meras y cuáles son sus áreas de responsabilidad directa para poder establecer competencias, mecanismos de selección, evaluación del rendimiento/desempeño e incentivación.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Alfaro R. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. 3th ed. Guía práctica.
- Avanzando en la Enfermería de Atención Primaria. Instituto Madrileño de la Salud, 2003.
- Cartera de servicios de Atención Primaria. INSALUD-1995/2000.
- Circular 5/90 del INSALUD.
- Consulta a Demanda. Evaluaciones 1996-1998. Área 9 Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1999.
- Consulta de Enfermería a Demanda. Área 9 Atención primaria. Madrid: INSALUD, 1996.
- Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Harcourt 2001-2002.
- European Foundation for Quality Management. Autoevaluación. Directrices para el sector público. Salud, 1996.
- Gil E. Plan de mejora metodológica en enfermería: análisis de la situación. INSALUD, Área 9 de Atención primaria. Madrid: INSALUD, 1994.
- Guía de Técnicas de Enfermería. Área 9 Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1998.
- Jornadas de 1998. Responsables de enfermería (Conclusiones). 17 de marzo de 1998. Área 9 de Atención Primaria. Madrid: INSALUD.
- Jornadas de Enfermería 1998. Conclusiones. Área 9 Atención Primaria Madrid: INSALUD, marzo 1998.
- La Organización como un sistema abierto. Miller (1978)/Katz y Kahn (1978).
- Marco Teórico de Autoevaluación de Enfermería. Área 9 de Atención primaria. Madrid: INSALUD, 1998.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5th ed. Vol. I. Madrid: Elsevier España, 2003.
- Modelo EFQM de Excelencia. Club Gestión de la Calidad. Versión para el sector público y Organizaciones del Voluntariado 1999-2003.
- Organización de Enfermería. Área 9 Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1998.
- Peiró JM. Psicología de la organización-Complejidad Organizacional-Capítulo XXVIII. UNED.
- Procesos de Enfermería. Área 9 de Atención Primaria. Madrid: INSALUD.
- Programa de atención a la Mujer. Área 9 Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1999.
- Programa de atención al Adulto. Área 9 Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1998.

Real decreto 1231/2001, de 8 de noviembre (BOE de 9/11/2001).

Reglamento sobre normas básicas de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid.

Rodríguez Escobar J, Jurado Balbuena JJ, Girbés Fontana M. ¿Cómo podemos avanzar en la coordinación y continuidad de los cuidados? FORO SALUD GALICIA, 29 de marzo de 2003.

Rodríguez Escobar J, Jurado Balbuena JJ, Girbés Fontana M. Agenda de calidad en Atención Primaria. Claves para la organización asistencial. II Jornadas de

Calidad en Atención Primaria de Castilla y León, Sacyl. Burgo de Osma, abril de 2003.

Rodríguez Escobar J, Jurado Balbuena JJ, Girbés Fontana M. Calidad de los Procesos en Enfermería. Una experiencia de gestión por procesos. II Congreso de Atención Primaria del Instituto Madrileño de la Salud. Madrid, 22/24 abril de 2002.

Rodríguez Escobar J. Consulta de Enfermería a demanda: un nuevo servicio en Madrid. Revista de Enfermería ROL 1997; 222.

Teoría General de Sistemas: el esqueleto de la ciencia-Boulding, 1956.

