
La Enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria

Carmen Ferrer Arnedo

Directora enfermera de Atención Primaria del Área 3. Madrid.

Introducción

A lo largo de más de dos décadas de reforma de la Atención Primaria, parece que se han conseguido grandes logros y también se han cometido algunos errores, lo que parece claro es que se está viviendo un momento de reflexión en todas las organizaciones sanitarias de las distintas Comunidades Autónomas, se están poniendo sobre la mesa análisis y diferentes alternativas que permitan reorientar la estructura organizativa del propio modelo, con las que se busca sobre todo mejorar la participación de los profesionales, aumentar su grado de motivación, reorientar la oferta de los servicios hacia la satisfacción de las necesidades de los profesionales y de esta manera conseguir servicios eficaces y eficientes y ganar credibilidad ante los usuarios, consiguiendo ofertar

servicios seguros y de calidad. Por tanto estamos ante un reto, y debemos ser capaces de reconocerlo, aceptarlo para estar en disposición de poder ayudar a resolver los problemas¹.

Cuando se analizan los resultados obtenidos desde la Atención Primaria parece que sólo se han desarrollado aquellos servicios orientados a los pacientes crónicos, algunos relacionados con la prevención, básicamente la vacunación y los orientados al niño sano, quedando los relacionados con la promoción de la salud, el fomento del autocuidado y algunos de prevención como en una banda de “servicios grises”, en ocasiones poco valorados por la población, pero de valor incalculable para la sociedad y para el propio sistema.

Tras este periodo de desarrollo de la Atención Primaria, donde la provisión se ha sustentado en un modelo

de trabajo en equipos interdisciplinarios y en el que el rol de la Enfermería comunitaria ha sufrido grandes transformaciones, sobre todo en el ámbito de la competencia y responsabilidad, que han permitido mejorar la oferta de los servicios a la población, en este momento se está produciendo un nuevo proceso de cambio que parece necesario, ya que se han alcanzado algunas metas y otras han quedado pendientes. Si se analizan los logros, sin duda entre estos se encuentran:

1. Equipos de trabajo con especificidad individual para cada una de las disciplinas que los constituyen.
2. Una cartera de servicios homogénea que garantiza la provisión equitativa de servicios a la población.
3. Un tolerable nivel de resolución de problemas.
4. Una accesibilidad aceptable.
5. Un buen grado de satisfacción de los usuarios con los profesionales.
6. La incorporación de un modelo de calidad apoyado en la mejora continua de la calidad como metodología extendida de evaluación y retroalimentación en un constante ciclo de PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), cuyo punto de partida tiene que ver con un modelo de gestión apoyado

en contratos programas o contratos de gestión, con una estrategia basada en el pacto de objetivos y en la evaluación de su cumplimiento.

Sin embargo, también se han cometido errores, y esto ha generado algunas debilidades que han supuesto un freno al desarrollo de la organización y a nuestra posición como proveedores de servicios: a) una demanda en la consulta médica creciente sin ninguna justificación científica, los ratios de pacientes por médico de familia disminuyen y en ocasiones se sitúan por debajo de los 1.500 usuarios, apenas se ha ampliado la oferta y sin embargo demanda crece por encima de 45-50 personas por día; b) una medicalización de los servicios, donde aunque nuestra organización ha trabajado en apoyar su estrategia de acción para fomentar una atención integral, donde la promoción de la salud pudiese ocupar su espacio, lo cierto es que en la realidad parece que se ha primado la medición de indicadores de cantidad de usuarios vistos como la frecuentación del número de pacientes por profesional, o el número de visitas domiciliarias, lo que ha supuesto un incentivo indirecto para la mayor frecuentación y no se ha trabajado en

una orientación real hacia el aumento en la capacidad de resolución de los problemas y la autogestión de los propios recursos de la población. Esto es tan claro que se han generado artefactos tales como citar como consulta presencial a los pacientes que recogen actos administrativos en el mostrador, con un afán de justificar mediante un registro lo que realmente no aporta ningún valor, dado que aunque reciban un servicio este es distinto al objetivo de la consulta presencial. En el caso de la Enfermería se considera mejor a quien cita pacientes cada 5 minutos que a quien cita a un paciente en 15 minutos y en el mismo acto ha buscado ser resolutivo, consiguiendo en una misma cita realizar un electrocardiograma, hacer un control de seguimiento de la diabetes melitus y en ese momento, si corresponde, vacunar de la gripe y dar un consejo sobre qué hacer con la dieta si tratamos a un paciente con anticoagulación oral o realizar una valoración integral y descubrir un problema de cuidados e instaurar un plan; c) así mismo, ha habido poco desarrollo, o más bien desigual, de las acciones de promoción de la salud. Estas carecen de incentivo, es necesario preparar el

taller, que alguien lo apruebe, preparar el *power-point*, la lista, etc., además hay que bloquear la agenda como mínimo una hora y 30 minutos, tiempo que no se descuenta de la actividad asistencial de consulta, por lo que la enfermera que hace grupos siempre suele ser la que no cumple objetivos de personas vistas en consulta y parece que es quien no trabaja. Si a esto se le añade que pueda salir al instituto... entonces, sí que ya es un privilegiado que no hace nada más que divertirse, porque además es quien siempre tiene un alumno de enfermería de pregrado a su cargo, tarea por la que no suele recibir ni las gracias; d) difuso papel de los otros profesionales del equipo de Atención Primaria, es decir, parece que lo que en apariencia hace el médico en un centro de salud es “todo” y así lo demuestran las campañas de divulgación, siempre con lo de “acuda a su médico” o como mucho, “a su centro de salud”. En contadas ocasiones se dirige a los ciudadanos o a otro tipo de servicio o de profesional; esto genera a unos desmotivación, por el hecho de que nadie cuente con ellos y a otros les desborda, pues en ocasiones se le asignan competencias que no tienen;

e) la queja de los profesionales médicos sobre la burocratización; f) alto consumo farmacéutico; g) asistencia a personas en residencias de ancianos muy desigual, que tienen derecho a ser atendidas por su médico y su enfermera y a las que no se les garantiza en condiciones de igualdad los servicios, por las interferencias de directores de residencia, de cuidadores y de los médicos y enfermeros de las mismas; h) papel de la enfermera centrada en los crónicos, sin un desarrollo homogéneo ni una apuesta clara de la autoridad sanitaria por la responsabilidad de la enfermera en la oferta de servicios que tienen que ver con el desarrollo de los servicios de apoyo al autocuidado, la gestión por procesos, etc.; i) equipo en proceso de desestructuración, básicamente generado por un trato desigual de reconocimiento. No hay que olvidar que los profesionales de un equipo de Atención Primaria son trabajadores de conocimiento a los que es necesario tratar desde el compromiso con su puesto de trabajo y desde el reconocimiento de sus aportaciones, y los enfermeros se han sentido invisibles y, por tanto, fuera de la toma de decisiones, es decir,

fuera del equipo; y j) desmotivación en los profesionales.

En definitiva, como resumen

1. Una oferta de servicios limitada.

2. Procesos integrados poco desarrollados, sobre todo los relacionados con la necesidad de cuidados enfermeros permaneciendo en la banda gris, desconocida por la propia organización y, por tanto, también invisible como servicio de valor para los ciudadanos.

3. Demanda inmediata ante procesos de enfermedad y demoras en la atención que los usuarios toleran.

4. Ausencia de solicitud por parte de los ciudadanos de otros servicios relacionados con el acompañamiento en los procesos de la vida, aprendizaje de medidas de autocuidados o elementos de gestión de casos, servicios liderados por las enfermeras comunitarias.

Así pues parece lógica la necesidad de explorar alternativas que permitan dar solución a problemas de salud y, a la vez, que se consiga motivar e implicar a los profesionales, consiguiendo innovar en los modelos de resolución de los problemas mas allá del ámbito biologicista.

El modelo de gestión clínica

Parece que desde AP21 y desde otros expertos se plantea que es necesario incorporar nuevas estrategias de gestión que dentro del modelo hospitalario han dado resultado, y que podrían ser un elemento a tener en cuenta al visualizar la sostenibilidad del modelo de la Atención Primaria visto desde este contexto del análisis previo que se ha dibujado. Entre las muchas estrategias propuestas se encuentra la del modelo de gestión clínica, donde sin duda los centros de salud pueden trabajar, dado que básicamente se trata de conseguir la eficiencia, dotando de responsabilidad y autonomía de gestión necesaria para conseguir mayor implicación y corresponsabilidad, y esto afecta tanto a médicos como a enfermeros.

¿Qué es la gestión clínica?

El término gestión clínica contiene por un lado el concepto de “gestión”, que hace referencia al uso de recursos y por otro “clínica”, que es la actividad dedicada al cuidado de los pacientes.

Constituye un proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo es

incorporar al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, una definición que queda armonizada en la práctica de la Enfermería y, concretamente, en la gestión de cuidados.

Se trata de descentralizar las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y, por tanto, promocionar su autonomía y responsabilidad².

Una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios y de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales, junto con una utilización adecuada de los recursos disponibles para la mejor atención a los pacientes. Supone que quienes toman al día decisiones que comprenden el consumo de recursos económicos, lo hagan en un marco de autoridad delegada y pactada con la gerencia y que asuman la responsabilidad de sus propias decisiones.

Bajo la filosofía de la gestión clínica se abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promo-

ción de la asistencia, cuidados y rehabilitación y, por tanto, se pone sobre la mesa que dicha gestión de recursos se puede realizar tanto desde la práctica de los médicos como desde la de los profesionales enfermeros. Entre los instrumentos que se le atribuyen a esta herramienta se encuentra el apoyo en un conocimiento estructurado de las necesidades de la población atendida, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de práctica integrado y participativo y el uso de herramientas de evaluación.

Es un modelo organizativo que considera al paciente el centro del sistema, que se orienta hacia el proceso buscando la continuidad asistencial y que posibilita la autonomía de gestión y la descentralización en la toma de decisiones, involucrando a los profesionales cuya práctica clínica, basada en guías, protocolos y planes de cuidados, incorpora la práctica basada en la evidencia, cuentan con un director de unidad y son autónomos para gestionar recursos relacionados con los procesos que atienden³.

Este es un modelo que se basa ante todo en el elemento de autogestión, en procesos de descentralización que permitan a los profesio-

sionales trabajar de una manera más proactiva y participar en la toma de decisiones, recogiendo beneficios tangibles que sirvan de elemento motivador e impulsor del compromiso con la organización.

De esta manera se tiende a mejorar el binomio de compra de servicios frente a provisión y, a su vez, se pueden potenciar elementos de supervisión y control como garantía de calidad de los servicios.

Las experiencias son múltiples en EE.UU. y han sido de gran interés; el servicio central de gestión clínica NC-ASO se encarga de prestar el apoyo técnico necesario durante el tiempo que dure el cambio⁴. Este modelo lo han aplicado organizaciones como J. Hoking, o el Hospital Guys, donde los servicios los lidera un clínico, un director de enfermería y un gerente y donde este último es elegido entre los administradores, que puede ser una enfermera. Los jefes de servicio son designados y existen experiencias relacionadas con descentralización de consultas o lista de espera⁵.

En el ámbito comunitario en Andalucía y Cataluña existen algunas experiencias documentadas que, si bien no han sido todo lo efectivas que se

podría desear, pueden permitir remontar la propia estructura de los servicios de Atención Primaria para que estas ganen dinamismo, lo que permitirá a los usuarios recibir mejores servicios y demandar calidad⁶. En definitiva, la aplicación de la gestión clínica ofrece un estilo de dirección y gestión de servicios que prioriza el factor humano y ayuda a que cada persona aporte sus mejores cualidades personales y profesionales a la organización. En las últimas décadas se conforma un cambio en la cultura de las organizaciones que transforma los roles de los actores en los procesos asistenciales. La utilización de la gestión clínica como herramienta para abordar problemas de la población se justifica en función de la necesidad de creación de alternativas o en la continuidad para mejorar la prestación ante problemas de salud; su práctica está basada en el mejor conocimiento científico disponible y en tener en cuenta la eficacia en el uso de los recursos junto con las expectativas del paciente.

Los valores que establecen su marco de aplicación son el respeto a las creencias y decisiones, la intimidad, la confidencialidad, la búsqueda de la excelencia, la continuidad asistencial,

el trabajo en equipo, la transparencia, la innovación y el liderazgo⁷.

Aplicación de la gestión clínica en Atención Primaria desde los servicios de cuidados enfermeros

En este contexto de búsqueda de alternativas en Atención Primaria existen experiencias y propuestas para que este modelo pudiese ser de aplicación en los centros de salud. En estos supuestos tanto médicos como enfermeros podrían ser capaces de asumir el liderazgo en su gestión y la puesta en marcha de una cartera de servicios sólida y bien reorientada. Sin embargo, valdría la pena reflexionar sobre otras alternativas, más enfocadas hacia algunos problemas y que pudiesen ser lideradas por los enfermeros con la participación del resto de profesionales de un tipo más cercano a la consultora, y esta propuesta se hace partiendo de que hoy los enfermeros comunitarios constituyen una fortaleza dentro del modelo de Atención Primaria.

Actualmente los servicios enfermeros asientan su misión en tres ejes: aumentar la autogestión personal mediante el trabajo en el cuidado cotidiano, lograr un equilibrio entre las

necesidades de cuidados y la capacidad para satisfacerlas, a través del cuidado rutinario y la gestión de la incertidumbre que se produce, sobre todo, en situaciones de fragilidad o especial vulnerabilidad⁸. Con este marco en el que se engloba la oferta de los servicios de Enfermería en el medio comunitario y junto con el compromiso adquirido con el sistema por el que los enfermeros se han comprometido a prestar “cuidados eficaces para conseguir un sistema eficiente y por tanto, sostenible”, parece lógico que desde los servicios enfermeros se encuentren posturas proactivas ante situaciones de mejora.

Por ello, si desde las organizaciones se plantea como hipótesis que existen propuestas de la aplicación de la gestión clínica en el medio comunitario, como ya se ha puesto de manifiesto en la comunidad de Asturias, en Cataluña o en Andalucía, los servicios enfermeros de Atención Primaria de hoy pueden aportar con sus experiencias alternativas al uso de esta herramienta en Atención Primaria, sobre todo proponiendo proyectos enfocados ante problemas concretos, impulsando el trabajo en procesos de adaptación y de rediseño de los servicios de cuidados, donde los enfer-

meros están preparados para liderar, en un modelo *ad hoc*, en función de ser capaces de responder a las necesidades cambiantes que hoy tienen los ciudadanos y que están relacionados con una nueva concepción de las necesidades de salud. Supone una reorientación más personalizada de los servicios, donde los valores de las personas toma mayor protagonismo en decisiones, adaptadas más a su realidad que las soluciones “llave en mano” muy procedimentadas o protocolizadas.

Los enfermeros han adquirido competencia a través de la gestión de cuidados y están preparados para liderar este proceso, entendiendo por liderar gestionar voluntades, proveer el marco, los valores, los recursos y la motivación a los miembros de una organización para que sean capaces de conseguir objetivos previamente acordados. El que exista liderazgo resulta esencial, sobre todo cuando la coordinación de personas es importante o imprescindible para alcanzar los fines⁹. Cuando hay liderazgo, las decisiones se toman tras una valoración crítica y están marcadas por una estrategia. Los enfermeros serían competentes en asumir este rol de líder para considerar

varias opciones, vigilar las posibles oportunidades y estimular la participación y la implicación de los miembros del equipo y de los propios usuarios¹⁰.

Al plantearse la aplicación de la gestión clínica en Atención Primaria y la manera en la que hay que determinar la participación de las enfermeras en ella, si se sigue de manera rigurosa la teoría, asevera que la gestión clínica tiene su aplicación ante los problemas que con mayor frecuencia están emergiendo hoy en la sociedad, que requieren de estrategias para la integración del proceso asistencial y la gestión adecuada de los recursos con una implicación plena de los profesionales. Con esta premisas si hay una situación clara de aplicabilidad en nuestro medio es la vulnerabilidad que genera la dependencia, vista como la limitación de acción que hace imposible, ineficaz, incompleta o imposible e imprudente esta acción futura o inmediata por parte de la persona¹¹, y si a esto se le añade que los servicios que se requieren han de tener un valor añadido, el de una estrategia de servicio de cuidados basado en la ayuda de la enfermera que, tal y como presenta Orem¹¹, se trata de la capacidad de imaginar modos válidos de

ayudar en relación con los resultados adecuados para la condición y circunstancias del paciente. Se trata por tanto de desarrollar un arte de ayuda donde la enfermera ve al paciente como una persona y trabaja con él porque necesita asistencia de enfermería; queda enmarcado el problema y la misión del servicio.

Así pues, el enfoque de una unidad de gestión clínica liderada por enfermeros comunitarios integrada en una estructura de centro de salud, que estaría centrada en proporcionar atención integrada y continua ante los problemas de dependencia de cuidados, incorporando además un nuevo enfoque en el resultado esperado y que está relacionado con las diferentes concepciones del término "salud", que ya sabemos que es diferente para cada uno y que tiene que ver con los códigos culturales y lo que implican sus distintos significados¹².

Los objetivos de este modelo y sus aplicaciones prácticas tienen que ver con la búsqueda de la implicación y la corresponsabilidad de todos los profesionales que la integran, e impulsar una gestión orientada al trabajo en procesos integrados y con la búsqueda de la mejora continua¹³.

En esta propuesta concreta, en el marco de los servicios de Atención Primaria, se dan las circunstancias claves para la aplicación de esta herramienta de gestión, aplicable en la actual estructura del modelo de los equipos de Atención Primaria, al igual que sucede en el caso de las unidades de gestión clínica dentro de los servicios hospitalarios; por tanto, no una unidad como tal, sino la aplicación de las herramientas que proporciona la gestión clínica aplicada en el modelo de la estructura de los centros de salud. Constituye un proyecto de mejora continua de los principales procesos asistenciales, en un entorno de descentralización de las decisiones, responsabilización presupuestaria y coordinación entre los diferentes proveedores que comparten la atención a los ciudadanos con problemas de dependencia. Es una estrategia para permeabilizar las evidencias a la práctica clínica y para aplicar las técnicas de la calidad total a la gestión de Atención Primaria de salud. Se entiende la atención, por tanto, como un continuo ligado al paciente y se consideran tanto los aspectos clínicos, de valores y deseos del paciente, como los de accesibilidad, vinculando la atención social y la

sanitaria, así como el papel de los diferentes ámbitos asistenciales¹⁴.

Se trataría de una utilización adecuada de los recursos, personales y del sistema, para la mejor atención a los pacientes y sus cuidadores. Tiene algunas ventajas: autonomía de la gestión, mejora de la relación, es motivador y conlleva una mejoría de la información⁵.

La dependencia de cuidados constituye en la actualidad un importante problema que afecta a las personas que son dependientes por causa de deterioro físico o cognitivo relacionado con los procesos de enfermedad, y que viven en su domicilio o en residencias de ancianos. Afecta a terceros y no hay que olvidarlo, a sus cuidadores les supone un elevado coste una planificación de cuidados inadecuada o una ineficiente gestión de los recursos disponibles¹⁵. El número medio de horas que dedican al cuidado de enfermos quienes lo hacen diariamente es de 291 minutos. Sólo la demencia genera cifras que es necesario tener en cuenta, estimándose que entre el 5 y el 10% de las personas con edad superior a los 60 años la padecen de manera moderada o severa. A esto se debe de añadir un 20% que presentan síntomas de deterioro cognitivo¹⁵.

Así pues, estaríamos ante un problema cuyas causas se encuentran en algunos problemas de salud que producen un consumo de recursos, tanto en el medio hospitalario y socio-sanitario como en el ámbito de la Atención Primaria y que, sin duda, requiere de la aplicación de la gestión por procesos integrada para los diferentes supuestos; así mismo, requiere de la procedimentación del protocolo de coordinación y cooperación, de seguridad del paciente y de la aplicación de la gestión de casos como el camino que los usuarios recorren dentro del sistema y a los que los enfermeros acompañan mediante la planificación y gestión de los recursos disponibles. De la aplicación de esta herramienta ya existen experiencias en el medio de Atención Primaria, como con las figuras de los enfermeros de enlace o de los gestores de caso de medio hospitalario¹⁶.

La gestión clínica incorpora garantías de continuidad de servicios en el momento del alta hospitalaria, continuidad de cuidados para el seguimiento de los planes de cuidados en fines de semana y festivos, posibilitando la gestión de servicios 24 horas, dependientes de los centros de salud. Además permite integrar la atención

de cuidados en el domicilio de los pacientes, ya sea particular o en residencias de ancianos, lo que posibilita establecer la estrategia para garantizar la seguridad de los pacientes, en lo que se refiere a los aspectos de cumplimiento terapéutico o a las estrategias de automedicación.

No se puede olvidar a los cuidadores y sus necesidades, dado que es un fenómeno que cada día supone situaciones más difíciles, tanto por la avanzada edad de muchos cuidadores, como por su propia morbilidad y la duración y complejidad del cuidado en la dependencia¹⁷. Desde una herramienta de gestión clínica se pueden permitir estrategias para innovar en aquellas que faciliten el alivio del cansancio de los cuidadores, o el apoyo en lo que tiene que ver con los problemas de afrontamiento familiar ante situaciones de gran dependencia.

Conclusiones

La Atención Primaria de salud está en un momento de cambio fruto de las reflexiones que los expertos hacen buscando su sostenibilidad. En lo que se refiere a la gestión, la clave se encuentra en enfocar adecuadamente el

mundo de la mesogestión, aquel que engloba las tareas técnicas de organización de los servicios y movilización de las personas que deben llevarlas a cabo, o la tipificación que permite diferenciar las funciones de financiación, aseguramiento, compra y provisión. Al conseguir la coordinación y la incentivación necesarias para que se impliquen y concentrar todos los esfuerzos para alcanzar los objetivos comunes, tendremos una garantía de éxito en la búsqueda de la excelencia de la atención sanitaria¹⁸. La gestión clínica encaja en esta propuesta, por lo que se abre un abanico de oportunidades.

Existen ya experiencias de gestión clínica en algunas Comunidades Autónomas, pero la propuesta que se realiza tiene que ver con que estas unidades sean lideradas y gestionadas por enfermeras comunitarias, y orientadas hacia un enfoque concreto de resolución de problemas específicos. Por ello la propuesta se centra en la puesta en marcha de una estructura que aborda los procesos alrededor de la dependencia de cuidados enfocada a la gestión de cuidados, al diseño de procesos integrados basados en la coordinación, a la cooperación entre niveles y sectores y a la gestión de los recursos

necesarios para conseguir resultados relacionados con el concepto individual de la salud¹².

Los enfermeros están capacitados para liderar y gestionar estas unidades de gestión clínica orientadas a satisfacer las necesidades de cuidados de las personas dependientes y de sus cuidadores¹⁷, siendo esta herramienta compatible con el trabajo en una atención integral y en un modelo de centro de salud y de equipos de Atención Primaria.

Resumen

Las organizaciones sanitarias relacionadas con el primer nivel de atención se encuentran inmersas en un proceso reflexivo, realizando análisis de los logros y de los errores cometidos en este modelo de atención. Algunas de estas reflexiones han venido dadas desde antes de la publicación del documento de AP21. Los enfermeros comunitarios, como un miembro más de los equipos de Atención Primaria, también aportan reflexiones a este proceso; en su caso, existe cierto desánimo por sentir falta de reconocimiento en su aportación al desarrollo del modelo de Atención Primaria, pero lo cier-

to es que también hay que reconocer que los servicios de cuidados han alcanzado visibilidad, si bien todavía hay dudas sobre la consolidación de los aspectos específicos que aportan a los equipos interdisciplinarios, como son el fomento del autocuidado y la promoción de la salud; lo cierto es que nadie duda de su trabajo en todo lo que ha tenido que ver con la prevención y el fomento de los hábitos saludables en la población general y, sobre todo, en la población que padece enfermedades crónicas. Además la Enfermería ha contribuido a estabilizar los procesos de gestión y logística. Lo mismo sucede con el desarrollo de los servicios domici-

liarios relacionados con los pacientes inmovilizados y terminales. Se propone la aplicación de la gestión clínica como una solución para mejorar el abordaje de problemas de manera integral, con alta participación en la gestión de recursos y un aumento de la motivación de los profesionales. La propuesta de la gestión clínica abre unas posibilidades para abordar problemas de cuidados de la población, y está claro que la dependencia puede tener una oportunidad con esta herramienta y que supone para la enfermería la ocasión de liderar este proyecto en estructuras mucho más aplanadas y más orientadas al trabajo por proyecto.



BIBLIOGRAFÍA

1. García S, Shimon D. La dirección por valores. Barcelona: McGraw-Hill; 1997.
2. Temes JL, Parra B. Gestión clínica Madrid: McGraw Hill; 2000.
3. Ortega Moreno A. Gestión clínica. Unidades de gestión clínica. Acuerdos de Gestión. Rev Neurol. 2003;18 Supl 4:64-9.
4. Talbott J. The American experience with managed care. Manage or Perish? En: Guimon J, Sartorius N, editors. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999. p. 43-55.
5. White T. Gestión clínica. Manual para profesionales. Barcelona: Masson; 1997.
6. Román Cereto M, Siering F. Argumentos para las unidades de gestión clínica/Arguments in favor of clinical management units. Enferm Clin. 2005; 15(4):237-41.
7. <http://www.carlohaya.net/portal/acuerdodogc2006.pdf>
8. <http://www.cuidadoenfermero.com>
9. Shortell M, Kaluzny A. Health care management: a text in organization theory and behavior. 2nd ed. New York: Delmar Publishers; 1988.
10. del Llano Señarís J, Rodríguez Roldán JM, Jiménez Martín MJ. El camino para la excelencia en la atención sanitaria pasa por el liderazgo clínico. Editorial. Gestión Clínica y Sanitaria. 2004; 6(3):87-9.
11. Orem D. Normas prácticas en enfermería. Madrid: Ed Piramide S.A.; 1983.
12. Isla Pera P, López Matheu C, Insa Soria R. ¿Qué es la salud? Rev Rol Enf. 2008;31(12):810-8.
13. Mora Martínez JR. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de Enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
14. Badia G. Modelo de dirección clínica en atención primaria del Institut Català de la Salut. Cuad Gest Prof Aten Prim. 2001;7(2):65-72.
15. Durán A. Los costes invisibles de la enfermedad. 2a ed. Bilbao: Fundación BBVA; 2002.
16. Papel de enfermería en AP. Documento Interno. Madrid: Dirección General de AP; 2009.
17. De la Cuesta Benjumea C. Aliviar el peso del cuidado. Una revisión de la bibliografía. Index Enferm (Gran). 2008;17(4):261-5.
18. Ortún V. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003.