

PACTO POR LA SANIDAD

APORTACIONES AL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NOVIEMBRE 2008

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: PRESTACIONES SANITARIAS Y ADAPTACIÓN PROFESIONAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA/ TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ÍNDICE

1º.- PARADIGMA HISTÓRICO DE LA SALUD PÚBLICA.....	Pag. 2
2º.- LA CONSTITUCIÓN Y EL DERECHO A LA SALUD.....	Pag. 4
3º.- ORGANIZACIÓN Y TUTELA DE LAS COMPETENCIAS DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.	Pag. 6
4º.- LEY GENERAL DE SANIDAD.....	Pag. 7
5º.- PRINCIPIOS GENERALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	Pag. 8
6º.- LA ARMONIZACIÓN DE LA POLÍTICA SANITARIA. LEY 16/ 2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	Pag. 9
7º.- PRESTACIONES SANITARIAS.	Pag. 10
8º.- CARTERA DE SERVICIOS.	Pag. 11
9º.- LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA....	Pag. 12
10º.-EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA / AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	Pag. 15
11º.-FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA.	Pag. 17
12º.-SITUACIÓN ACTUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	Pag. 23
13º.-REGULACIÓN LABORAL NORMATIVA.	Pag. 25
.14º.- SAE COMO AGENTE EXTERNO DE LA ADMINISTRACIÓN.....	Pag. 27
15º.- SITUACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA/TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCION ESPECIALIZADA.....	Pag. 29

BIBLIOGRAFÍA

1º.- PARADIGMA HISTÓRICO DE LA SALUD PÚBLICA

La filosofía social siempre se ha manifestado a través de sus normas y sus leyes. En consecuencia, también a través de aquellas de carácter sanitario, y a lo largo de toda la historia, sirvan de ejemplo el Levítico, o la obra de Juan Luis Vives "De Subventione Pauperum".

Para conocer la evolución histórica del sistema sanitario español, haremos un breve repaso a las leyes que han marcado o están marcando el funcionamiento sanitario y son de interés para los profesionales de la sanidad.

Se observa a través de las leyes como la salud individual pasa de ser, prácticamente en exclusividad, responsabilidad de los individuos, en tanto que sobre el Estado recae la responsabilidad en materia de salud pública orientada hacia la salud colectiva, control de epidemias y medidas de salubridad, hasta transformarse el derecho a la salud en un derecho de ciudadanía. La protección de la salud adquiere la categoría de servicio público extensivo a todos los ciudadanos.

Periodo anterior a 1.940. Denota unas ideas sobre salud pública orientadas más hacia la salud colectiva, control de epidemias y medidas de salubridad.

Constitución de 1812. Nace la policía de salubridad y comodidad.

Los sanitarios tienen un papel mínimo en esa organización, ya que ni los ayuntamientos ni el Estado tienen responsabilidad sobre la salud individual.

Instrucción de 3 de febrero de 1823. Regula la contratación de facultativos sanitarios para el cuidado asistencial de los pobres. Establece el sistema de iguales.

Leyes de beneficencia de 1822 y 1849. Basan la asistencia en la hospitalidad domiciliaria, reservándose las instituciones sanitarias para los que no tienen casa o padecen enfermedades peligrosas para la colectividad.

Ley de Sanidad de 1855. Es la primera norma con rango de ley que se promulga en España sobre la materia. Su importancia radica en que el esquema organizativo que diseña se mantiene en grandes líneas hasta la Ley General de Sanidad de 1986.

La sanidad se estructura y organiza en torno a una Dirección General dependiente del Ministerio de la Gobernación. Los gobernadores civiles son los responsables del área provincial, donde se constituyen las *Juntas Provinciales de Sanidad* tomando protagonismo los ayuntamientos dando respuesta médica-asistencial y de atención domiciliaria a los ciudadanos pobres.

Instrucción de 1904. No recogió aspectos de Seguridad Social - aunque en Europa se iniciaba una corriente de protección de los trabajadores que se materializó por primera vez en la Ley de Bismarck, de Alemania-.

Cambia el organigrama de los médicos titulares de los ayuntamientos que pasan a depender del Estado. La instrucción hace una descripción minuciosa del conjunto de actividades de sanidad e higiene que deben realizar los sanitarios y se establecen las responsabilidades de todos los organismos que participan y el modo en que han de hacerlo. En todo caso, define mejor las funciones en las áreas de prevención y sanidad pública.

Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo creado en 1900.

Instituto Nacional de Previsión, creado por ley de 27 de febrero de 1908 para el estudio de las cuestiones que afectaran al bienestar y mejora de la clase trabajadora y gestión del sistema de protección social.

Período posterior a 1940 se caracteriza por la existencia de dos subsistemas sanitarios:

Subsistema de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social

Ley 14 de diciembre de 1942, por la que se instaura el Seguro Obligatorio de Enfermedad -SOE-, origen de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, gestionado por el Instituto Nacional de Previsión. Es de base mutualista y de orientación reparadora. Se acogen a éste los trabajadores por cuenta ajena con bajos ingresos y sus familias, limitándose la misma a los trabajadores de la industria y el comercio y excluyendo a los trabajadores de la agricultura. Así las cosas, la gran masa de trabajadores e situaba en una situación intermedia, puesto que al exceder el límite sus rentas no podían ser beneficiarios del seguro ni disponían de recurso para hacer frente a los costes de la asistencia sanitaria.

Subsistema de la Asistencia de Salud Pública.

- ✓ **Ley de Bases de Sanidad de 1944.** Consolida esta ley la división entre salud colectiva y la salud individual. En cuanto a la salud colectiva, el Estado continúa dirigiendo la organización mediante el control técnico de los funcionarios encargados de la Salud Pública. La salud individual también es una competencia del Estado en lo concerniente a los pobres. El resto de la salud individual se recogía por los Ayuntamientos y Diputaciones desde la atención de la beneficencia y también atendía aquellas contingencias que no recogía el Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- ✓ **Ley de bases de la Seguridad Social de 1963.** La ley destaca porque la cobertura asistencial se extendió a la práctica totalidad de los trabajadores y sus familias. El círculo se cerró con la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social.

Período postconstitucional.

- ✓ **Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud**, por el que España se hace eco de las Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Es trascendental porque unifica la asistencia sanitaria y la Salud Pública, haciéndose aperturista en cuanto a las medidas de prevención y promoción de la salud a toda la población.
- ✓ **Ley General de Sanidad de 1986**. Supuso un importante paso en la transformación del sistema sanitario español, al intentar agrupar en un único dispositivo todos los recursos sanitarios públicos existentes y constituir un nuevo modelo sanitario de características generales y comunes para todo el Estado, creando el *Sistema Nacional de Salud*. La Ley ha impulsado la prestación de la sanidad en España a partir del modelo de Sistema Nacional de Salud con una configuración autónoma, al margen de la Seguridad Social. El sistema es de financiación mayormente público - por impuestos- desde 1997 y la provisión del servicio es también de carácter público.
- ✓ **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de abril de 2003**. Ley que complementa a la Ley General de Sanidad, siendo el marco legal en las acciones de coordinación de las distintas Administraciones Públicas, en un sistema altamente descentralizado -Comunidades Autónomas-, en el que la sanidad ha dejado de depender desde el punto de vista organizativo y financiero de la Seguridad Social.

2º.- LA CONSTITUCIÓN Y EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

El derecho a la protección de la salud ha sido recogido en las últimas décadas por la mayoría de los textos constitucionales del mundo civilizado.

Aunque la Constitución Española de 1978, en adelante CE, reconoció el derecho a la protección de la salud, el derecho no fue efectivo de forma inmediata, ya que debían considerarse aspectos esenciales para la configuración de las directrices de la protección de la salud:

- ✓ los principios rectores de la política social, contenidos en el Capítulo III De los principios rectores de la política social y económica, del Título I De los derechos y deberes fundamentales,
- ✓ la organización territorial del Estado, constituida en adelante por las Comunidades Autónomas y la Administración Local, contenida en el Capítulo I Principios generales, Capítulo II De la Administración Local y Capítulo III De las Comunidades Autónomas del Título VIII De la organización territorial del Estado.

La Carta Magna es la norma jurídica suprema del Estado, por la que se organizan las relaciones institucionales y sociales de nuestro Estado social y democrático de Derecho. Así mismo, organiza el ordenamiento jurídico y es a través de éste que se cumplen los preceptos constitucionales.

En cuanto a los principios rectores de la política social la Carta Magna permitía distintas formas de organización del sistema sanitario público. No obstante, en virtud del art. 43, se adoptó el modelo de Sistema Nacional de Salud.

El art. 43 es el precepto constitucional relativo a la salud que recoge de forma expresa el reconocimiento del derecho de la persona a la protección de la salud y asigna a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública, es decir, el derecho de la colectividad de la salud pública:

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

Para poder dar cumplimiento al mandato constitucional se promulgó la Ley General de Sanidad de 1986, que permitió la organización de los servicios sanitarios con una configuración autónoma y al margen de la Seguridad Social sobre el modelo de Sistema Nacional de Salud¹.

Más, unido a la determinación de la protección de la salud, la CE establece otros aspectos íntimamente ligados a la salud, como por ejemplo: x

La política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que los poderes públicos prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente - art. 49-. La futura ley de promoción de la autónoma personal y atención a las personas en situación de dependencia desarrollará este precepto - tras veinte años desde la promulgación de la CE-, a instancia del Gobierno y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

La garantía de la suficiencia económica de los mayores y la promoción de un adecuado sistema de servicios sociales que atienda sus problemas específicos de salud, vivienda -art.50-.

¹ A partir del Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, que venía gestionando la salud y el empleo, desapareció el Instituto Nacional de Previsión por lo que la gestión de la Seguridad Social se separó en varias entidades. Una de esas entidades fue el Instituto Nacional de la Salud - INSALUD, dependiente del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, posteriormente Ministerio de Sanidad y Consumo, que asumió la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social si bien esta competencia se ha ido transfiriendo a los Servicios de Salud durante un proceso que se inició en el año 1981 hasta completarse en el año 2001.

3º.- ORGANIZACIÓN Y TUTELA DE LAS COMPETENCIAS DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

La distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en el ámbito de la protección de la salud se enmarcan en la CE - arts. 148.1.21 y 149.1.16, 17,18- y en los respectivos Estatutos de las Autonomías. La asignación en síntesis se define:

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ESTADO
SANIDAD E HIGIENE (SALUD PÚBLICA)	SANIDAD EXTERIOR.
PLANIFICACIÓN SANITARIA.	BASES Y COORDINACIÓN GENERAL DE LA SANIDAD.
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD	LEGISLACIÓN SOBRE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.
	LEGISLACIÓN BÁSICA Y RÉGIMEN ECONÓMICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
	LAS BASES DEL RÉGIMEN JURÍDICO DE LA ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y DEL RÉGIMEN ESTATUTARIO DE LOS FUNCIONARIOS, QUE EN TODO CASO, GARANTIZA A LOS ADMINISTRADOS UN TRATAMIENTO COMÚN ANTE ELLAS.
	LEGISLACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

4º.- LEY GENERAL DE SANIDAD

Dos son las razones fundamentales que llevaron a la promulgación de la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, en adelante LGS. La primera es dar respuesta al mandato constitucional en relación a los artículos 43 y 49, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y extranjeros residentes en España, que para ser efectivo requiere de los poderes públicos la adopción de medidas idóneas para satisfacerlo. La segunda es la instauración de las Comunidades Autónomas en la organización sanitaria, que tiene una trascendencia de primer orden, pues sus Estatutos han reconocido amplias competencias en materia de sanidad, conforme a las previsiones del Capítulo III de la CE.

La Ley fue la directriz sobre la que se fundamentó la reforma de la sanidad española, que tendría que romper con una estructura organizativa cuyas bases se remontaban a 1855.

- * La LGS regula todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud en cumplimiento del mandato constitucional y de las directrices de los organismos internacionales. Tiene categoría de norma básica, según dispone su art. 2.1 en relación con el art. 149. 116 de la CE.
- * Considera las Comunidades Autónomas el eje del modelo sanitario.
- * Agrupa en un único dispositivo -SNS- todos los recursos sanitarios y asistenciales que configuraban los distintos subsistemas sanitarios públicos que se venían ordenando separadamente, respondiendo a principios propias. y finalidades
- * Las disposiciones finales de la Ley autorizan al Gobierno a refundir y armonizar la abundante y dispersa normativa sanitaria vigente.

El rasgo más característico del SNS es el hecho de que su estructura gravite en torno a las Comunidades Autónomas, definiéndose el sistema como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades convenientemente coordinados.

Art. 44. "1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.

2. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley".

Otras características del SNS son:

- la extensión de la cobertura a toda la población con independencia de su nivel económico -universalización de la asistencia,
- la gratuidad de los servicios en el punto del consumo,
- la financiación basada principalmente en impuestos,
- la producción de servicios a través de centros de titularidad pública - el sector privado que lo solicite podrá ser vinculado al SNS, de acuerdo con un protocolo definido, por lo que la titularidad será dependiente de éste-
- la concepción integral de la salud,
- la exigencia de prestaciones de calidad,
- la participación comunitaria, recogiendo mecanismos de participación ciudadana como el Consejo de Salud de Área

5º.- PRINCIPIOS GENERALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se encuentran recogidos en los arts. 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de la LGS.

- ✓ Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
- ✓ La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española - universalización-. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizaran en condiciones de igualdad.
- ✓ La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
- ✓ Todas las acciones sanitarias se desarrollarán dentro de la concepción integral del sistema sanitario.
- ✓ Las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de la LGS y sus respectivos Estatutos de Autonomía.
- ✓ Se organizará de forma que se favorezca la participación comunitaria a través de las Corporaciones territoriales, y las organizaciones empresariales y sindicales, tanto en la formulación de la política sanitaria como en el control de su ejecución.
- ✓ Las actuaciones del sistema sanitario estarán orientadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de la salud -curación de la enfermedad- y rehabilitación funcional y reinserción social.
- ✓ Los servicios sanitarios del SNS adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

- ✓ Se considera fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar la prevención de los riesgos para la salud, la planificación y la evaluación sanitaria.
- ✓ Se considera actividad básica del sistema sanitario el control de la higiene, la tecnología y la investigación alimentaria y la prevención y la lucha contra la zoonosis: Veterinaria de la Salud Pública.
- ✓ Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario públicos o vinculados a él, de sus derechos y deberes.

6.- LA ARMONIZACION Y COORDINACIÓN DE LA POLITICA SANITARIA. LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Algunos de los instrumentos designados para la armonización de la política sanitaria, la coordinación y la corrección de las desigualdades sociales se regulaban en la LGS de 1986.

No obstante, se hacía necesaria la elaboración de una ley que reforzara dicha coordinación, tras completarse el traspaso de competencias en materia sanitaria al total de las Comunidades Autónomas y, que definiera el papel de los organismos que hasta entonces habían tenido una labor esencial en el desarrollo de la asistencia sanitaria.

En este sentido, la Ley 16 de 2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, promulgada 17 años más tarde, nació con la vocación de crear el marco legal para la coordinación de las distintas Administraciones Públicas, en un sistema altamente descentralizado y en el que la sanidad había dejado de depender desde el punto de vista organizativo y financiero de la Seguridad Social.

El hecho en sí de haber aproximado la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano a través de las Comunidades Autónomas, supone al tiempo, mejorar los mecanismos que garantizan la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, la calidad y la participación.

Así las cosas, la Ley hace una aportación al nuevo modelo de la definición de aquellos ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Los ámbitos de colaboración son: las prestaciones sanitarias del SNS, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información sanitaria, los planes integrales, la salud pública, la participación de ciudadanos y profesionales y la calidad del sistema sanitario. El órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud al que se dota de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones. Junto al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se sitúa la Alta Inspección, a la que se atribuye el seguimiento de los acuerdos de aquél, entre otras funciones.

Estos ámbitos representan para el ciudadano la seguridad en la igualdad en el acceso a las prestaciones en todo el territorio del Estado, que los profesionales sanitarios tendrán las mismas garantías de competencia profesional, que la investigación se orientarán a las necesidades de salud de la población, que la formación sanitaria fluirá en todo el sistema y que la calidad será un objetivo común dentro del SNS.

Además de estas áreas, la Ley ofrece otros mecanismos de cooperación y coordinación, tanto en la organización de la asistencia sanitaria a partir de los planes integrales de salud, como de la salud pública identificando aquellos ámbitos que requieren un enfoque conjunto.

Para que sea que ello sea posible la Ley crea y potencia órganos especializados que se abren a la participación de las Comunidades Autónomas:

la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

7º.- PRESTACIONES SANITARIAS.

Se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.

El instrumento que garantiza las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención es el catálogo de prestaciones del SNS. *"El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. - art. 7.1 -"*

A tenor del art. 9 de la Ley *"las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud únicamente se facilitarán por el personal habilitado, en centros y servicios, propios o concertados, del Sistema Nacional de Salud, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél, sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte"*,

Las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios correspondiente al catálogo de prestaciones que se aprobará mediante real decreto en el seno del Consejo Interterritorial del SNS.

Las prestaciones sanitarias se han regulado la Ley de Cohesión y Calidad y en Real Decreto 63/ 1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que se ha mantenido vigente en virtud de la disposición transitoria única de la Ley hasta la aprobación del Real Decreto 1030/ 2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento de actualización que lo deroga excepto en la disposición adicional cuarta, en tanto que se desarrolla el contenido de la atención sociosanitaria.

Así las cosas, el Real Decreto 1030/ 2006 complementa a la Ley de Cohesión y Calidad al establecer una correlación entre la determinación de las prestaciones sanitarias y la cartera de servicios por la que se hacen efectivas tales prestaciones sanitarias y a la que acceden los titulares de los derechos a la protección de la salud. En este sentido, el art. 1 del Real Decreto cita del siguiente tenor literal:

"Los objetivos de este Real Decreto, con el fin de garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, son:

- 1. Establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.*
- 2. Fijar las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud".*

8º.- CARTERA DE SERVICIOS

Se regula en art. 20 de la Ley de Cohesión y Calidad, que cita del siguiente tenor:

La cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud se aprobará mediante real decreto por el Consejo Interterritorial. No obstante, las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán al menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. En la elaboración de las carteras de servicios se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo. En cualquier caso, no se incluirán aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada.

En este sentido y con el fin de garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto 1030/ 2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización pauta los siguientes objetivos:

Art. 1. "Establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

2. "Fijar las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud."

Asimismo, el art. 2.1 de esta norma regula el concepto de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a la cartera de servicios comunes reconocida en el Real Decreto 1030/ 2006, de 15 de septiembre, siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en condiciones de igualdad efectiva, al margen de que se disponga o no de una técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan. Los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione.

Así las cosas, una característica de la cartera de servicios comunes Sistema Nacional de Salud es que debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atienda en cada momento. Así mismo, otra característica es que los servicios contenidos en esta cartera tienen la consideración de básicos y comunes, entendiendo por tales los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

No obstante, las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias podrán aprobar una cartera de servicios complementaria, a tenor del art. 11 del Real Decreto 1030/ 2006:

- "1. Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.*
- 2. Las Comunidades Autónomas podrán Incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. En todo caso, estos servicios complementarios, que deberán reunir los mismos requisitos establecidos en el artículo 5, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.*

9º.- LA PROFESIONALIZACION DE LA ENFERMERIA EN ESPAÑA

La profesionalización de la enfermería ha estado ligada al paradigma histórico de un tiempo determinado. En consecuencia, se liga al conocimiento sobre las leyes de la salud, los avances científicos y tecnológicos, los movimientos políticos, sociales y culturales.

Será la Administración Pública de Estado Liberal la que determine una nueva forma de gestión de la política sanitaria, educativa, y económica. Hasta la introducción del régimen de la Seguridad Social, y la implantación del Estado del bienestar, la salud pública se orienta hacia las estrategias de higiene y salubridad de carácter colectivo. La salud individual no se considera una obligación del Estado ni de los ayuntamientos hasta la medianía del siglo XIX cuando las Juntas Provinciales de Sanidad, a través de los ayuntamientos, dan una respuesta médico-asistencial y de atención domiciliaria a los pobres, y vecinos que no pueden pagar la asistencia médica, es decir, de carácter benéfico. El cuidado de la enfermedad, los hábitos de higiene y las actitudes preventivas de la enfermedad están asociados a la mujer. Los servicios de enfermería, dada la escasez de profesionales, con frecuencia eran cubiertos por criadas con escasa formación cultural y técnica.

En 1857, la Ley de Instrucción Pública marca un hito en la reforma del sistema educativo español- hasta 1970 no hubo otra ley que regulara el sistema educativo en su conjunto- estableciendo la obligatoriedad de la primera enseñanza, la gratuidad para quien no pudiera pagarla, y las enseñanzas profesionales, en un país en el que apenas existía industria y la mayor parte de la población era analfabeta. La primera formación de enfermería tiene su origen en esta ley, y desde entonces los criterios de formación han ido evolucionando en pro de los tiempos y se han adaptado a las necesidades de la sociedad, en la medida que el Estado modifica su concepción de la salud y diseña nuevas estructuras para la ejecución de los servicios en relación con la salud.

La formación de los profesionales de enfermería se impulsó y desarrolló por instituciones como la Escuela Nacional de Puericultura, Escuela Nacional de Sanidad, los programas de la Programación Profesional Obrera -PPO- entre otras. Se crea la Carrera de Practicante en el año 1857 y progresivamente las titulaciones de Practicante Psiquiátrico, de Enfermera Visitadora de Higiene Mental, Matronas y Enfermeras, que se refunden como consecuencia de los planes de estudio de 1953, en Ayudantes Técnicos Sanitarios -ATS-.

Consecuencia del desarrollo industrial y social, los servicios de atención sanitaria se expanden. Y es la creación de los grandes hospitales y un cambio en la estructura organizativa del sistema, la causa generadora de la demanda de personal sanitario. Así es como surge en 1960, por decreto del Ministerio de la Gobernación, el Auxiliar de Clínica, profesional de cubrir las necesidades básicas del enfermo mediante su acción cuidadora, cuyo papel es dependiente del ATS.

En 1973, el Ministerio de Trabajo aprueba los Estatutos del Personal Sanitario no Facultativo, por Orden Ministerial de 26 de abril². Regula las funciones de las Enfermeras, de los Practicantes Ayudantes Técnicos Sanitarios, de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social y del Diplomado de Enfermería con posterioridad. Asimismo regula las funciones de los Auxiliares de Clínica de la Seguridad Social -Auxiliares de Enfermería a partir de la Orden de 26 de diciembre de 1986, del Ministerio de Sanidad y Consumo -.

La Ley General de Educación y Financiación del Sistema Educativo. -LGE 1970- impulsa los planes de estudio de la formación profesional formando parte del Catálogo derivados de ésta los siguientes títulos de la formación profesional de primer grado -FPI - que capacitan para el ejercicio de cuidados enfermeros:

- ✓ Técnico Auxiliar de Clínica, Orden Ministerial de 13-07-74. o
- Técnico Auxiliar de Psiquiatría, Orden Ministerial de 27-01-82. o
- Técnico Auxiliar de Enfermería. Orden Ministerial de 05-06-89. Es un módulo experimental de la reforma de formación profesional de 1983.

En 1977 la enfermería entra a formar parte de los planes educativos universitarios. Aparece el Diplomado en Enfermería.

² La Ley 55/ 2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, sirve de marco sustitutivo a esta Orden y a su vez la deroga en su disposición derogatoria única. No obstante, se mantendrán transitoriamente en vigor, hasta la regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y funciones de las mismas - disposición transitoria sexta -.

La Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 26 de diciembre de 1986 establece la profesionalidad del Auxiliar de Clínica, creándose la categoría profesional de Auxiliar de Enfermería, en sustitución del anterior, exigiendo para el acceso a esta nueva categoría el título de FP1⁹ Rama Sanitaria. El cambio de denominación no obedece a un planteamiento puramente semántico sino a un claro cambio estructural. El Auxiliar de Clínica no tenía una clara integración en el equipo de enfermería, a pesar de su dependencia jerárquica. Con esta nueva denominación, el Auxiliar de Enfermería, como su propio nombre indica, queda incluido dentro del marco de la enfermería. Constituyen, pues, en España el equipo de enfermería dos estamentos profesionales que proceden de vías académicas distintas; por un lado el Ayudante Técnico Sanitario / Diplomado Universitario en Enfermería- y por otro Auxiliares de Enfermería/ Técnicos Auxiliares del sistema de la formación profesional sanitaria -FPI -y a partir de 1995 Técnicos de grado Medio de la familia profesional sanitaria, del sistema de la formación profesional. Lejos de lo que pudiera parecer en principio, sus campos de actuación no son ajenos, sino complementarios el uno del otro, partes integrantes del todo que representa la atención integral del equipo de enfermería al paciente/ usuario, a la familia y a la comunidad, en el ámbito de Atención Primaria, Atención Comunitaria, Atención Especializada y Atención Terciaria.

No obstante, la adecuación del sistema educativo a las necesidades reales de mercado aún era insuficiente para favorecer el desarrollo económico y social de España, por lo que la Ley 51 Básica de Empleo de 1980 y el Acuerdo Económico y Social de 1984 fueron instrumentos de impulso de la gran reforma educativa materializado, en el caso de la enfermería, en la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria y en la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo³- LOGSE - que fue el marco legal para el desarrollo de la programación general de la nueva Formación Profesional.

Se incorpora al catálogo de títulos derivados de esta Ley, el de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, de formación profesional de grado Medio, regulado por el Real Decreto 546/1995 de 7 de abril y su correspondiente currículo educativo, contenido en el Real Decreto 558/1995, de 7 de abril.

En virtud de la Ley Orgánica 5/ 2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, dictada en el contexto de los objetivos contenidos en el Tratado de la Unión Europea, de promoción del progreso económico y social y un alto nivel de empleo y fortalecimiento de la cohesión económica y social, se impulsa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales con el objeto de promover y desarrollar la integración de la oferta formativa de la formación profesional y la evaluación y acreditación de las correspondientes competencias profesionales.

A tenor de los fines del Sistema Nacional de la Cualificaciones Profesionales regulados en el art. 3 de esta Ley, el título de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encuentra en fase de revisión y actualización, de suerte que **el Instituto Nacional de las Cualificaciones Profesionales** en un informe emitido en el mes de junio de 2005, acerca de las cualificaciones profesionales en desarrollo, **consideró que el nivel correspondiente a dicho título es el nivel 3**. En definitiva, la propuesta de cualificación que platea este órgano técnico, dimana de la necesidad de materializar la oportuna adecuación entre las exigencias estructurales de la gestión sanitaria y específicamente de carácter sanitario- asistencial y la configuración del perfil que pueda cubrir el hueco existente, que media entre los cuidados básicos de enfermería y las

³ La LOGSE ha sido derogada por la disposición derogatoria única de la Ley Orgánica 2/ 2006, de 3 de mayo, de Educación, que mantiene básicamente los aspectos estructurales y de ordenación que han demostrado su pertinencia y su eficacia en la formación profesional proponiendo cambios en aquellos otros aspectos que requieran revisión.

atenciones de salud e igualmente de cuidados que ha de dispensar otros profesionales de nivel universitario. Enfatizando que el perfil que se presenta incumbe a la dispensa directa de cuidados de enfermería y sin que comprenda, pues, el destino de otros perfiles preeminentes.

10º.- EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA/AUXILIAR DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA

Muchos son los aspectos a tratar para introducir la segunda reforma de la Atención Primaria. Unos relacionados con el gasto sanitario en España y en las respectivas Comunidades Autónomas, por los que cabría hablar de la necesidad de abordar la reforma financiera de los Servicios Públicos para abordar un nuevo modelo de Atención Primaria. Otros con la necesidad de implantar programas de investigación propios. Y así mismo, debería incrementarse la coordinación entre los centros de salud de Atención Primaria y los servicios sociales de la Comunidad y de los Ayuntamientos y entre los programas de urgencias extrahospitalaria y las urgencias del segundo nivel u hospitalarias.

En la Atención Primaria de las Comunidades Autónomas se reproduce de forma sistemática, además, como problema de carácter estructural el que concierne a la política de personal.

Los aspectos más significativos a este respecto se concretan en:

- ✓ Falta de recursos humanos en cuanto al número, a la formación y a la cualificación. Y así mismo, en una inadecuada distribución por comunidades y zonas.
- ✓ Tiempo insuficiente de atención por consulta.
- ✓ Participación desigual de los componentes del equipo en las tareas conjuntas.
- ✓ Falta de definición de los objetivos comunes, tareas a realizar y roles de cada componente del equipo.
- ✓ La estabilidad en el empleo.
- ✓ La calidad intrínseca del puesto de trabajo -prevención de riesgos laborales, formación continua, remuneración y, en general, cuanto afecte a la motivación de los profesionales-.

La Atención Primaria de Salud española comparada con la de otras naciones respecto a estructura, proceso y resultado en salud, se incluye entre las primeras del mundo⁴. Sin embargo, no obstante ser posiblemente el nivel asistencial mejor valorado por los usuarios del Sistema, la satisfacción de estos es sustancialmente inferior a la satisfacción media de los ciudadanos europeos. Esta paradoja no es única, pues así mismo los artífices del éxito, los profesionales, también manifiestan insatisfacción. Quizás el hecho pueda tener respuesta en que la primera reforma de la Atención Primaria supuso un incremento moderado del gasto sanitario público⁵. Pero, sin duda también viene a participar la necesidad de modernizar, reordenar y potenciar la atención primaria.

⁴ S. Minada. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001

⁵ La financiación del gasto de la política sanitaria ha sido siempre un tema controvertido, y sólo a título de ilustración se reflejan los siguientes datos: En España, la inversión basada en el PIB ha sido del 5'2% en el año 1990 y 5'4 % en el año 2000 - OCDE HEALTH.2002-, El Informe Abril sobre el SNS -1991 determinó entre otros factores impulsadores del gasto público el envejecimiento de la población. Así mismo, según un trabajo realizado por la Real Academia de las Ciencias Morales y Políticas " Los efectos económicos del envejecimiento", puso de manifiesto que el gasto sanitario de las personas de más de 65 años en el año 1997 fue del 403 % del gasto público total de dicho año. España es uno de los países más envejecidos de la UE. Según la OCDE representa el 17% de la población europea en el año 2000, y se estimó para esa población un crecimiento del 31% para el año 2005- Cantalapiedra. 2002-.

La reforma de la Atención Primaria redundaría en un mayor nivel de calidad asistencial de los programas sanitarios más próximos y frecuentados, orientado a la salud individual y colectiva a lo largo de la vida de forma continua y global, que comprenda servicios hacia las personas, hacia las familias y grupos sociales. Es decir, la atención a la Comunidad desde la aplicación del Modelo Ecológico, que podría entrar en un período de recesión. Sin duda, este modelo no deja de ser la aplicación de un modelo sistémico de actuación, en el que las partes se influyen entre sí y en el todo.

Así las cosas, la Política de Personal debe ser considerada y tratada con la misma eficiencia con que se trata la planificación de la salud o la financiación -o reforma de la financiación de la sanidad-, pues en definitiva, los profesionales de la sanidad constituyen un elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario español en su conjunto⁶, y en consecuencia, de la modernización y la reforma de la Atención Primaria de los respectivos Servicios Regionales de Salud.

En el equipo de atención primaria y en los equipos de Área hay un profesional del que pocos conocen su capacitación profesional: El Técnico en Cuidados de Enfermería -Auxiliares de Enfermería-. Quizás se deba por como surgió en nuestro país la implantación de la Atención Primaria: simplemente no se incluyó en los equipos, como tampoco se hizo mayor valoración de los trabajadores sociales, o como podría ocurrir nuevamente si no se promueve su integración en los equipos básicos de coordinación sociosanitaria. No hace tanto que en Atención Primaria no se consideraban los indicadores de carácter social, primando los epidemiológicos. Ni se consideraba la coordinación entre la Atención Primaria de la Administración sanitaria y ni la Atención Primaria de los servicios sociales- contrario a la propia filosofía de Alma -Ata.

Sorprende que este profesional sea considerado imprescindible en la atención especializada, en atención hospitalizada, en los programas de salud mental, y sin embargo, se le limite en las plantillas de personal y asimismo en su progresión profesional en la Atención Primaria y en los programas de atención social en los que se hace necesaria la coordinación de los servicios sanitarios y sociales si concurren las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud.

El Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria – Proyecto AP 21- no puede oponer resistencia a los cambios organizacionales, ignorando la mejor utilización de los recursos humanos de que ahora dispone. En este sentido, los Técnicos en Cuidados de Enfermería/ Auxiliares de Enfermería podrían contribuir a la eficiencia y racionalización del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud⁷, si se considera la capacitación y cualificación profesional de este colectivo..

Sin embargo, se produce una gran resistencia a mejorar la empleabilidad de los Auxiliares de Enfermería, en lo que concierne a la calidad intrínseca del puesto de trabajo, materializado a través de las funciones que podrían desarrollar estos

⁶ Exposición de Motivos. Punto V. de la Ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

⁷ El punto 9 del documento El compromiso de Buitrago; *Adecuar el número de los profesionales de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, teniendo en cuenta sus funciones y responsabilidades*, es una de las propuestas de la reforma de la Atención Primaria en España, que impulsara la *Plataforma 10 minutos*. La *Plataforma 10 minutos* ha sido capaz de situar sobre la mesa el debate del estado actual de la Atención Primaria, en una llamada de atención a profesionales, organizaciones y gobiernos acerca de la situación de riesgo de descomposición del propio sistema público, que comienza a ser alto

profesionales en pro de las prestaciones y servicios de la Atención Primaria y a su aumento en las plantillas con que se dotan los equipos sanitarios o sociosanitarios.

Con objeto de superar estas injustificadas resistencias se concluye:

PRIMERO. La legislación vigente en materia de ordenación de las prestaciones sanitarias, y por ende, la del establecimiento de la cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud no pueden tomarse como base para la actualización y redefinición de las funciones de los profesionales que las desarrollan - salvo que expresamente la legislación lo ordenara y no es el caso, pues su máximo exponente es garantizar la equidad⁸: equidad en el acceso, entendida como acceso a igual servicio para igual necesidad; equidad en los recursos - iguales recursos para iguales necesidades- y equidad en la financiación, representado por una distribución equitativa del gasto. El hecho de que las prestaciones sean realizadas por los servicios sanitarios de Atención Primaria y por los profesionales con actuación en la zona de salud y que componen el Equipo de Atención Primaria es una garantía más de que los administrados - los ciudadanos- reciben un tratamiento común del Sistema Sanitario, y en el que participan, en cuanto a la homologación de la formación, las instituciones educativas universitarias y de la formación profesional.

SEGUNDO. Una de las causas que apuntan las Administraciones como problema estructural de la política de Personal es la *falta de definición de objetivos comunes, tareas a realizar y roles de cada componente del equipo*. Esta situación redunda en el problema porque no define las funciones de estos técnicos y por otra parte, lejos de hacer una actualización de las funciones y/ o una redefinición se instaura en una situación retrógrada contenida en el art. 74 del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, -Orden de 26 de abril, de 1973, que citaba del siguiente tenor: "Corresponde a las Auxiliares de Enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria, en aquellos aspectos que no sean competencia del personal Auxiliar Sanitario Titulado." y así mismo, la coletilla a que nos tenía acostumbrados la norma preconstitucional y anterior a las reformas del sistema de la formación profesional específica de 1970 y 1990, recogida, entre Otros, en el art. 75.13; "En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario⁹, viene a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario, en cuanto no se oponga a lo establecido en el presente Estatuto."

Más cercana a la realidad actual debería valorarse la rentabilidad que proporcionarían los **TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA/ AUXILIARES DE ENFERMERÍA** considerando su adaptabilidad a los diferentes servicios y áreas de trabajo.

11º.- FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

1) ÁMBITO DE ACTUACIÓN.

El primer punto a resolver será el ámbito de actuación del Técnico en Cuidados de Enfermería. Las funciones de este profesional serán realizadas tanto en hospital como en el centro de salud, en el domicilio y en la comunidad.

⁸ Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1995

2) FUNCIONES.

Considerando la cartera de servicios comunes de atención primaria, reguladas en el Anexo II del Real Decreto 1030/ 2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, el Auxiliar de Enfermería puede ejecutar las actividades que siguen:

- MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS DEL CENTRO:

Limpieza del material sanitario e instrumental y esterilización; control de la caducidad del material estéril; orden de la unidad.

- PREPARACIÓN DE CONSULTAS, LABORATORIO, SALA DE EXPLORACIONES, SALAS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, ALMACÉN, FARMACIA, QUIRÓFANO:

Recepción, clasificación y distribución de documentos y archivos; preparación de muestras biológicas, reposición de productos farmacéuticos a las salas y a los pacientes en función del plan de cuidados establecido por el médico; control de existencias de los almacenes de lencería y material sanitario, control de las revisiones del aparataje clínico; mantenimiento del orden en las salas.

- EQUIPO DE ENFERMERÍA.

- A. Colaboración en exploraciones, pruebas diagnósticas, cirugía menor ambulatoria y curas estériles.
- B. Trabajo con grupos. Colaboración con la enfermera en el trabajo con grupos de pacientes crónicos correspondiente a un cupo médico o grupo de pacientes del centro que sean susceptibles de ser integrados en dicho protocolo: educación escolar, hábitos tóxicos, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad, obstrucción crónica al flujo aéreo, educación sexual, planificación familiar, maltrato, anorexia y bulimia.
- C. Atención domiciliaria. Participación y colaboración con la enfermera en la asistencia sanitaria en el domicilio, de carácter urgente, a demanda o programado, o programas sociosanitarios: anciano, discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales, niño enfermo, enfermo terminal e inmovilizado, alta hospitalaria.

Las funciones se orientarán a la higiene integral, colaboración en técnicas terapéuticas y de apoyo psicológico, curas y movilizaciones, prevención de las úlceras por presión, procedimientos relacionados con la respiración del paciente, administración de alimentación oral y enteral, procedimientos relacionados con la eliminación del paciente, cuidados de órtesis y prótesis, aplicación de ayudas técnicas, registros de enfermería, mantenimiento de botiquines farmacológicos y material sanitario, atención al cuidador -funciones asimiladas, en definitiva, a las que viene ejerciendo en Atención Especializada-.

- D. Campañas de Educación para la Salud. Participación y colaboración en la promoción del compromiso responsable de cada individuo con respecto a su salud y la vida de las personas a través de medidas como la Educación para la Salud y Promoción de la Salud Comunitaria: vacunas, enfermos crónicos, dependencia, salud mental, charlas de divulgación sanitarias -dietetica y nutrición, educación sexual-.

E. Servicio de Urgencia y Emergencias Sanitarias. Las funciones serán las descritas en los protocolos de las urgencias de Atención Especializada, con las adaptaciones que en su caso procediesen.⁹ En general, se determinan por desempeño del ejercicio profesional en centro, en el domicilio y en la unidad móvil:

Preparación del material necesario para la realización de actividades propias de los servicios; recepción del paciente y registro de signos y síntomas referidos por el paciente o la familia, atendiendo a los protocolos del centro; registro de solicitud de exploraciones y resultados; control estadístico; colaboración con el médico y la enfermera en la realización de técnicas terapéuticas, de apoyo psicológico y de cuidados básicos de enfermería: observación y vigilancia del paciente en el centro, curas, toma de constantes vitales en función de los protocolos, recuperación cardiopulmonar, sondajes, control de signos y síntomas, control de la tolerancia, aplicación de protocolos ante hemorrágicas digestivas, intoxicaciones, traumatismo, urgencias respiratorias, inmovilización del paciente, preparación para el traslado y transporte del paciente; toma de muestras biológicas; registro de entrada -o salida- y preparación de las muestras para el traslado al laboratorio; preparación del paciente para su traslado y transporte; limpieza y desinfección del instrumental; control de la caducidad del material estéril; solicitud de productos de farmacia, reposición y control de la caducidad del producto; control y orden del almacén de material sanitario; control y orden de lencería y zona de sucio; preparación de maletines de unidades móviles y de unidades de atención domiciliaria urgente; registros de enfermería¹⁰; control de la revisión de aparataje.

⁹ Sorprende la ausencia, del Auxiliar de Enfermería en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria y 112 en la Comunidad de Madrid, por cuanto el RD 137/ 1984 de estructuras Básicas de Salud establece que la actividad asistencial de los Equipos de Atención Primaria -EAP- ha de ser continuada, permanente y accesible y que ha de organizarse en turnos rotatorios de 24 horas del día y coordinada con otros niveles. Igualmente especifica que para la asistencia de carácter urgente, incluida la domiciliaria se establecerán turnos rotativos entre los miembros del EAP.

La Disposición Final Segunda cita: donde coincidan el servicio de urgencia de la Seguridad Social se procurará la coordinación y, en su caso, la integración del mismo y el equipo de atención primaria.

Los servicios de Urgencias de Atención Primaria -SUAP- de la Comunidad de Madrid, han ampliado la plantilla de personal, incluyendo 10 auxiliares de enfermería. Acuerdo por el que se suscribe el plan integral de Urgencias y Emergencia Sanitarias de la Comunidad de Madrid para el período 2004- 2007.

¹⁰ Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

F. Programas sociosanitarios. Participación y colaboración en la prestación a los usuarios y a las familias de un cuidado integral y coordinado con profesionales dependientes de las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social - habrá que estar al desarrollo y ejecución de los programas de atención a las personas en situación de dependencia.¹¹

¹¹ La atención sociosanitaria es amplia, porque recoge de forma global la necesidad sentida, que no siempre expresada, de una población que tiene reducida la capacidad de manifestar su derecho a la salud y a la asistencia social, como son los niños, los enfermos crónicos, los ancianos y los discapacitados. Además reduce el coste elevado que su carencia implica para la sociedad. Así por ejemplo, las mujeres de 30 a 50 años de edad - principales prestadoras de cuidados a la familia - sufren diversos - estados mórbidos, asociados a una gran sobrecarga familiar, ya que - el 38 % de las mujeres que trabaja fuera de casa, suman a esa jornada semanal laboral más de 44 horas dedicadas al cuidado de la familia.

La atención de la salud prestada por los servicios sanitarios no es más que la punta de un iceberg del sistema global de cuidados. En general, se admite que, teniendo en cuenta la gama de enfermedades existentes, el sistema sanitario formal - los profesionales - sólo dispensa el 12 por ciento del tiempo de cuidado que consume un enfermo. El 88 por ciento restante se incluye en el sistema informal de atención de la salud, en el trabajo doméstico - la familia, amigos.(Durán,1991). Ancianos, discapacitados, enfermos crónicos y niños, constituyen los principales beneficiarios de los cuidados de salud en el domicilio.

El 22% de los hogares españoles acogen a una persona de edad avanzada(1).

El 20% de los ancianos necesitan ayuda para ejecutar sus funciones básicas de mantenimiento, y un porcentaje aún mayor requiere atención permanente(2).

En el 10% de los hogares españoles viven una o más personas discapacitadas. El 90% de los minusválidos son cuidados por las familias y, sólo una minoría recibe apoyo institucional(3).

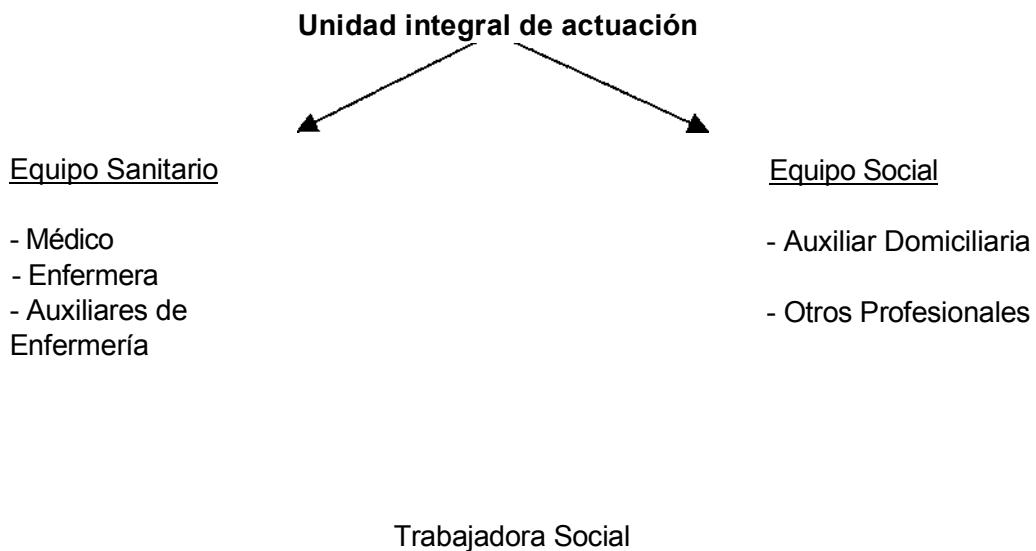
La población menor de 15 años suponen una sobrecarga de cuidados en las familias, tanto cuando se tratara de enfermedades crónicas y discapacitantes , como cuando se tratara de la atención a la patologías leves y agudas frecuentes en este grupo de edad(4).

Así mismo, la enfermedad crónica plantean una fuerte demanda en el ámbito domiciliario (paciente EPOC, SIDA, diabetes, anorexia, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, etc.(5).

Fuente: Duran, 1987 (1), (2),(3)

Durán,1991, (4)

Pons Sureda, 1990, (5)



G- GINECOLÓGICAS -MATRONA- Y ODONTOLÓGICAS.

H.- APOYO EN CONSULTAS MEDICAS ,PEDIÁTRICAS, OBSTÉTRICAS, Ordenamiento de la consulta, control de botiquines y del material necesario, colaboración en las exploraciones médicas, asumir la carga burocrática,-registro clínicos sin perjuicio de tipo de soporte utilizado, búsqueda de pruebas complementarias, tramitación de la prestación de incapacidad transitoria...-, preparar las revisiones pendientes, citación, testigo en el proceso asistencial, colaboración en intervenciones quirúrgicas y curas sencillas, movilización del paciente y ayuda en la deambulación, mediciones antropométricas, educación para la salud, espirometrías de control rutinario, técnicas básicas de apoyo psicológico, controles de anticoagulación oral, etc.¹²

I.- LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y EXTRACCIONES

Con funciones asimiladas a las que ejerce en atención especializada.

¹² La presencia del Auxiliar de Enfermería en las consultas auxiliadas de Medicina Familiar, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, y consulta de Matrona, Enfermera y Urgencia Extrahospitalaria-, permitiría un mayor tiempo de actividad asistencial

J.- SERVICIO DE REHABILITACIÓN. Revisión de los aparatos eléctricos, colocación de las pesas, colaboración en los ejercicios pasivos y del aparataje, termoterapia, crioterapia, control de almacén, etc.

K.- COLABORACIÓN EN ESTUDIOS DE CAMPO Y PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN QUE AFECTEN A LOS DIVERSOS PROGRAMAS Y A LA COMUNIDAD.

UN ESTUDIO O AUDITORIA SOBRE LAS FUNCIONES DE TODOS LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO O COADYUVAN AL MISMO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, PERMITIRÍA VALORAR LA NECESIDAD DE AUMENTAR LOS RECURSOS EN DETERMINADOS PUESTOS, O SU REASIGNACIÓN SI EL NÚMERO FUERE EXCESIVO, Y/ O CREAR NUEVAS CATEGORÍAS. ES DECIR, CONOCER QUÉ SERVICIO SE PRESTA PARA PODER ALCANZAR DE FORMA EFICIENTE Y RENTABLE PARA LA CIUDADANÍA Y EN LO ECONÓMICO EL SERVICIO QUE SE QUIERE DAR, CON UNA ADECUACIÓN DE RECURSOS HUMANOS SUFFICIENTE.

12º.- SITUACIÓN ACTUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

1. ASPECTOS ACADÉMICOS

RD 546/ 1995, DE 7 DE ABRIL.

Atendiendo el aspecto académico, el RD 546/ 1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, este técnico tiene la cualificación necesaria para el ejercicio profesional en los distintos servicios y programas de Atención Primaria y programas sociosanitarios. La adaptación académica al ámbito profesional de la norma, permite articular sus funciones en pro de las necesidades del servicio, de la población y del equipo.

2. Referencia del sistema productivo.

2.1.1 Competencia General.

Los requerimientos generales de cualificación profesional del sistema productivo para este técnico son:

Proporcionar cuidados al paciente / cliente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como; miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y atención primaria bajo la dependencia del diplomado en enfermería o, en su caso como miembro de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional del ejercicio liberal, bajo la supervisión correspondiente.

2.1.2 Requerimiento de autonomía en las situaciones de trabajo.

A este técnico, en el marco de las funciones y objetivos asignados por profesionales de nivel superior al suyo, se le requerirán en los campos ocupacionales, concernidos por lo general, las capacidades de autonomía en:

- Mantenimiento, conservación y limpieza y condiciones higiénico-sanitarias del paciente y su entorno.
- Citación y registro de los datos de los pacientes.
- Aplicación de cuidados auxiliares de enfermería.
- Aplicación de técnicas de primeros auxilios.
- Administración de medicamentos por vía oral, rectal y tópica.
- Participación en la preparación de la medicación (dispensación de unidosis, preparación de parenterales) bajo la supervisión del diplomado en enfermería.
- Manejo, calibración, mantenimiento de uso y control del equipo y material a su cargo.

2.2 Evolución de la competencia profesional

2.2.1 Cambios en los factores tecnológicos, organizativos y económicos

Los cambios previsibles en la evolución de la competencia de este profesional son:

Mayor grado de participación en los procesos de atención y prevención en atención primaria como consecuencia del desarrollo de las competencias de los EAP en la atención de ciertos tipos de enfermos (ancianos, crónicos, y terminales) en su habitat natural de vida.

Mayor grado de integración en equipos multidisciplinares de salud que permiten una humanización de la asistencia y una disminución de los costes sanitarios en relación con los centros hospitalarios.

Mayor flexibilidad entre los diversos puestos de trabajo descritos en el perfil profesional y mayor polivalencia de cada uno de ellos de forma que los profesionales puedan ser intercambiables entre los distintos puestos de un área de trabajo.

2.2.2 Cambios en las actividades profesionales.

La consolidación de la atención primaria y comunitaria desde el punto de vista asistencial, preventivo, y epidemiológico, implicará un aumento de los profesionales que realicen su actividad profesional dentro de este ámbito y, en particular, en atención domiciliaria, salud bucodental y salud escolar; igualmente es este aumento en balnearios y centros geriátricos.

La necesidad de utilizar técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria en pacientes clientes y su entorno para detectar las necesidades básicas de los distintos tipos de pacientes, y fomentar actitudes y hábitos de autocuidado, formar y promover hábitos saludables de alimentación y formas de vida e higiene personal y del medio.

La utilización de nuevas técnicas y aparataje que vayan incorporándose en atención especializada.

REAL DECRETO 777/1998, DE 30 DE ABRIL

El Real Decreto 777/ 1998, de 30 de abril, por el que se desarrollan determinados aspectos de la ordenación de la formación profesional en el ámbito del sistema educativo, en el art. 9, del Capítulo II cita del siguiente tenor literal: *"El título de Técnico Auxiliar en la correspondiente profesión tiene los mismos efectos profesionales que el título de Técnico, tal como se indica en el Anexo II del presente Real Decreto, según lo preceptuado en la Disposición adicional cuarta, punto 3, de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo"*.

Así las cosas, los efectos profesionales de los Títulos de Técnico Auxiliar de Clínica (Sanitaria), Psiquiatría (Sanitaria), Auxiliar de Enfermería (Sanitaria) son los correspondientes al Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería.

13º.- REGULACIÓN LABORAL NORMATIVA

1. No cabe discusión en cuanto al carácter profesional sanitario del Auxiliar de Enfermería. El *ESTATUTO DE PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO, CONTENIDO EN LA ORDEN DE 26 DE ABRIL DE 1973 Y MODIFICADO POR LA ORDEN DE 26 DE DICIEMBRE DE 1986, DE MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO*, introduce la categoría profesional "Auxiliar de Enfermería", y la *adscripción al equipo de enfermería*, en sustitución de la figura del Auxiliar de Clínica. El referido Estatuto está vigente a tenor de la Disposición Transitoria Sexta. I,d) del Estatuto Marco, que regula en el art. 84 las funciones de los Auxiliares de Enfermería en las instituciones sanitarias abiertas.¹³

¹³ "En relación con el art. 85.5 de la Orden Ministerial de 26 de abril de 1973, las Sentencias del Tribunal Supremo, de 19 de diciembre y de 14 de junio consideran que no toda función de auxilio al médico estén vedadas a los Auxiliares de Enfermería

2. Este reconocimiento también lo expresa la LEY 55/ 2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO, en el art. 6, que clasifica a este técnico como profesional sanitario:

1: "Es personal estatutario sanitario el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria".

2. Personal de formación profesional: quienes ostenten la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias, cuando se exija una concreta titulación de formación profesional. Este personal se divide en:

1º Técnicos superiores.

2ºTécnicos.

3. Así mismo se expresa en el art. 3.1.3 de la LEY 44/ 2003 DE NOVIEMBRE DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.

4. REAL DECRETO 137/1984, DE 11 DE ENERO, sobre estructuras básicas de salud, regula la dotación de personal de los centros de salud en consonancia con las necesidades de cada zona en los art. 2.3 y 8. Así mismo, considera a este profesional como parte integrante del equipo de atención primaria - art. 3.3,a), que cita del siguiente tenor literal: "*Los médicos de medicina general y pediatría, puericultura de zona, ayudantes técnicos sanitarios o diplomados en enfermería, matronas, practicantes de zona y auxiliares de clínica, adscritos a la zona*".

5. La organización del personal de enfermería, se indicará en el Reglamento Interno de cada Equipo - consulta, trabajo con grupos, actividades de educación de la salud, actividades específicas de formación, trabajo de programación y evaluación del Equipo, etc.

6. LA RESOLUCIÓN DE 26 DE JULIO DE 1999. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, para poder dar atención con los medios adecuados a pacientes que no precisen cuidados hospitalarios, y si los precisan en el domicilio habitual, articulada por la red de atención primaria, creó los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria -primero 1.1.2. La composición del equipo debe contar al menos con médicos, diplomados en enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar administrativo, que tendrán la consideración de personal de área -segundo-.

En conclusión, la actualización y redefinición de las funciones de los auxiliares de enfermería y su inclusión o aumento en las plantillas están sujetas, al igual que la de los demás profesionales que configuran el equipo, a las necesidades cambiantes de salud de la sociedad y la nueva demanda de servicios, enfocadas a la atención en la comunidad y con la comunidad, dirigida a la promoción y protección de la salud, a la curación de la enfermedad, a la rehabilitación y reinserción.

14.- SAE COMO AGENTE EXTERNO DE LA ADMINISTRACIÓN.

Hay otros aspectos en relación a la Atención Primaria y a los programas sociosanitarios que deben ser considerados y que, no sólo afectan a la calidad de vida de las personas, sino que también afectan a la política de pleno empleo.

El cambio en la demanda social es consecuencia del nuevo concepto de salud, y de otros factores, que se ligan a la mayor presencia de la mujer en el mercado laboral, al envejecimiento de la población, al aumento de las enfermedades crónicas y las discapacidades, a la progresiva medicación de la vida cotidiana, que ha fomentado expectativas de curación que hace que las enfermedades sin tratamiento efectivo y las deficiencias e incapacidades no evitables parezcan peores.

Así mismo, se ha generado un cambio cultural progresivo por el que se da traslado a la Administración y a sus instituciones de la responsabilidad de la atención de dicha demanda a través de nuevos servicios sanitarios y sociosanitarios. Sin embargo, no siempre están acompañadas la planificación de las políticas sanitarias y sociosanitarias a la necesidad real de la comunidad. En parte, motivado por un reducido o inadaptado presupuesto en materia de política social, lo que ha obligado a la familia a cubrir las insuficiencias del Estado de bienestar. Y en parte, por la necesidad de incentivar la política de pleno empleo, que impulsa a la mujer a adentrarse en el mercado laboral sin que se haya generado un cambio en las políticas públicas favorecedoras de esta integración: reducción retribuida de la jornada laboral, apoyo a la familia desde la creación de servicios de atención domiciliaria, tanto de adscripción a la atención primaria de los servicios sanitarios, como a la desarrollada por los servicios sociales comunitarios.

Una de las contradicciones más acentuada de nuestra sociedad es el contraste entre el discurso oficial dominante, que define a la familia como el módulo central de nuestra sociedad y, el escasísimo desarrollo de políticas públicas de apoyo a la familia. La solución a la sobrecarga de los familiares debe ir más allá de dar ventajas fiscales a las familias que cuidan a personas discapacitadas o ancianas. Debe incluir la provisión de servicios de apoyo que incluya programas de atención integral en el domicilio a la población mayor, con discapacidades, enfermos crónicos- infantiles y adultos-, como de guarderías, estableciendo el acceso por parte de todas las familias a los mismos como un derecho de ciudadanía, como lo es el acceso a la sanidad y a la educación. Sin embargo, existe resistencia a aceptar este principio de universalización, en parte, por una visión conservadora de la familia en la asignación de cuidados de sus miembros, sobrecargándola como consecuencia, especialmente a la mujer. Y en parte debido, a una supuesta carencia de presupuesto financiero.

La ausencia de estructuras públicas de apoyo a la familia tiene un coste económico importante, ya que explica la baja participación de la mujer en el mercado laboral. Sólo un 38% de las mujeres que configuran la población activa están integradas, cuando la media de la Unión europea es del 53 %. Por otra parte, la prestación de cuidados en el domicilio podría crear 650.000 empleos a jornada completa.

Es otro aspecto a considerar el hecho de que en España se vive una etapa de redefinición del Estado de bienestar en el que se reducen las funciones de producción de bienestar en favor del mercado y de las entidades sociales, mientras se mantiene la función de financiación estatal con una mayor implicación de los ciudadanos en la financiación de los servicios.

Se trataría de la consolidación de un modelo estatal de bienestar en que el Estado - Estado mínimo - pierde consistencia en favor de un más extenso Estado asistencial - Estado grande -, ampliándose las funciones de control social de la Administración mientras que el mercado, para ciertos estratos sociales, y la familia y las entidades humanitarias, para otros muchos, asumen sus funciones de producción de bienestar en las que los derechos sociales de los ciudadanos pierden su carácter político y subjetivo frente al precio, al vínculo o la solidaridad espontánea.

Por otro lado, no es menos excluyente, en cuanto a la estructura salarial en España, una distribución de ingresos deficitaria y las desigualdades en las rentas de los ciudadanos. En este sentido no podemos dejar sin comentario, el hecho de que las jubilaciones contributivas de los mayores se mantienen por lo general, en un nicho de 600 euros. Esta modesta cantidad permite sobrevivir pero difícilmente pagar los cuidados de salud. Esa misma circunstancia impediría instaurar un seguro de dependencia por resultar demasiado caro¹⁴.

En conclusión, *la economía es un medio y no un fin*. El objetivo fundamental y último de las intervenciones públicas debiera ser mejorar la calidad de vida de la población.

Así las cosas, SAE como agente externo del Sistema Nacional de Salud apuesta por la reforma de la Atención Primaria y de los programas sociosanitarios, pues la salud, la asistencia social son derechos constitucionales que deben abordarse desde la propia estructura del Estado y de la Comunidades Autónomas a través de políticas públicas sociales efectivas.

Pero también es un derecho constitucional el derecho al trabajo. Activar la política de pleno empleo, en el ámbito sanitario y sociosanitario podría tener efecto:

- ✓ En la reducción del alto nivel de desempleo en España -más de 45.000 auxiliares de enfermería están en situación de desempleo-.
- ✓ Facilitar la integración de la mujer al mercado de trabajo. Es necesario lograr la en misma tasa de población adulta trabajando en puestos de empleo de carácter social que la que tienen los países del norte de Europa, Dinamarca, Suecia, Finlandia, Reino Unido - 5% en España frente al 18 % en los referidos países, de la población-.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de las familias.

¹⁴ Según el informe de junio de 2003 del Centro de Investigaciones Sociológicas, el 58 % de las familias españolas no llega a fin de mes.

15.- SITUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA / TECNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA en ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La atención especializada es el segundo nivel de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria.

La atención especializada comprende:

- ✓ La atención hospitalaria
- ✓ Atención sociosanitaria
- ✓ Atención psiquiatra y salud mental
- ✓ Atención a drogodependientes
- ✓ Otros recursos de atención especializada
- ✓ Atención farmacéutica

La asistencia sanitaria especializada se presta a través de los recursos de internamiento, consultas ambulatorias especializadas, hospitales de día, urgencias y hospitalización a domicilio, y cuenta con el soporte de otros recursos, como las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias , y los programas de atención domiciliaria (equipos de soporte...)

Se hace patente la necesidad **de coordinar los dos niveles asistenciales** para garantizar la continuidad de los cuidados y evitar colapsos en las unidades de urgencia, ingresos evitables, reingresos innecesarios...

Desde esta perspectiva detectamos la falta de políticas innovadoras en la **mejor distribución de recursos humanos y empleabilidad**, así como la implantación de **indicadores de calidad en el trabajo**, que permitan una evaluación objetiva de profesionales del ámbito sanitario, como la de los técnicos en cuidados de enfermería, que asumen funciones con un alto grado de autonomía en algunos campos como el sociosanitario y de gran rendimiento y cualificación en otros como el ámbito hospitalario y que debido a una falta de actualización en la regulación de sus funciones así como un desconocimiento y no reconocimiento por parte de algunos sectores de la administración, se está pagando a otros profesionales más costosos por atenciones y cuidados básicos de enfermería que perfectamente puede realizar nuestro colectivo.

No queremos extendernos en este sentido que puede ser objeto de discusión en otro momento. Por último queremos resaltar la necesidad de **potenciar un cambio de cultura en que estén implicados todos los profesionales** no dejando al margen a colectivos como el de los AE/TCE que tienen una actividad asistencial directa con el usuario. Sirva de ejemplo las políticas de exclusión que se vienen realizando en los programas de formación de calidad como el de seguridad del paciente y efectos adversos que están dirigidos solamente a médicos enfermeras y farmacéuticos según estrategia numero 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del 2007 no haciendo partícipes al resto profesionales con atención directa al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Macías, B.E. y Arocha, J.L. Salud Pública y Educación para la Salud. ICEPSS Editores, S.L. Las Palmas. 1996.

Molina, C. Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria de las comunidades autónomas de régimen común: implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica. Aranzadi, S.A. Navarra. 2005.

Navarro, V. Bienestar insuficiente, democracia Incompleta. Anagrama. Barcelona. 2002

Duran, M^a. Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA. Madrid. 2000