

Una aproximación rigurosa a la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico. La eficiencia como prioridad

A rigorous approach to Specialist Community Public Health Nursing (SCPHN) in the British National Health Service (NHS). The efficiency as a priority

Rubén Llada Suárez (*Enfermero especialista en EFyC. Doctorado en Medicina*)

Lucia Del Fresno Marqués (*Matrona, C.S Otero, Oviedo*)

C.S Lugones (Oviedo)

Manuscrito recibido: 18-03-2014

Manuscrito aceptado: 09-06-2014

Cómo citar este documento

Llada Suárez R, Del Fresno Marqués L. Una aproximación rigurosa a la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico. La eficiencia como prioridad. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014 Ago ; 2 (3): 24-35

Resumen

El análisis comparado de la sanidad en el campo de la Atención Primaria (AP) en otros sistemas sanitarios europeos, como es el modelo anglosajón, referente en el origen de EFyC y líder en innovación enfermera e investigación, ofrece un medio para examinar la realidad del panorama del Servicio Nacional de Salud (SNS) español con otra perspectiva, ampliar horizontes en la especialización enfermera y aprender viendo cómo funcionan otras combinaciones de recursos y esquemas organizativos basados en la evidencia científica y la igualdad de oportunidades.

Se plantean dilemas económicos, organizativos y éticos en dos paradigmas sanitarios con similitudes en el carácter público, equidad de cobertura, capacidad tecnológica, pero con importantes diferencias de gran interés para el debate sobre política sanitaria, identificación de carencias con potencial de cambio y consideración de medidas urgentes de mejora de recursos, así como la revisión de los modelos implantados para lograr un alto nivel de autonomía, especialización y calidad profesional en el campo de la AP por el progreso en salud comunitaria.

Palabras Clave

Especialidades de Enfermería; Enfermería en Salud Pública; Servicios de enfermería escolar; Educación de postgrado en enfermería; Enfermería de la familia.

Abstract

The comparative analysis in the field of Primary Care in other European health systems, such as the British model, a reference in the origins of public health nursing and leader in nursing research and innovation, provides a means to examine the reality of the Spanish panorama with a different perspective, broaden horizons on nursing careers and a way to learn how to implement organisational change within the Spanish NHS based upon equal opportunities, and promoting evidence based practice (EBP) within SCPHN.

Financial, managerial and ethical dilemmas arise in the practice of community nursing embraced by two health system paradigms with similarities such as a public funding, equity and access or technical equipment, but also with differences of great interest on specialisation or health policy development, identifying gaps and areas for improvement and consideration of urgent measures to improve management of resources. Revision of current models of healthcare is required to achieve higher levels of autonomy, expertise and service quality in Primary Care Nursing for an ultimate community health development.

Keywords

Specialties, Nursing; Public Health Nursing; School Nursing; Education Nursing, Graduate; Family Nursing.

Introducción

El SNS en España se puso en marcha a imagen y semejanza del NHS británico con la única diferencia de la provisión en la atención primaria, AP¹. No obstante, recientemente se han desarrollado modelos de características similares a la realidad en RU sin llegar a alcanzar el nivel de especialización entre los profesionales de enfermería británicos, lo que abre una puerta a la mejora en la profesionalización de la EFyC.

Objetivo

Contribuir a definir el perfil especialista mediante análisis comparado de la especialidad de EFyC en otros sistemas sanitarios europeos, como es el modelo anglosajón, y conocer el proceso de formación como residente y la práctica asistencial como especialista en EFyC en RU.

Metodología

Se trabajó con técnicas cualitativas incluyendo: revisión bibliográfica en PubMed, análisis documental de libros blancos (White Papers) y políticas sanitarias en RU con mención a la EFyC, programas formativos de la especialidad, publicaciones del Royal College of Nursing (RCN) y Nursing and Midwifery Council (NMC) en relación a la categorización de enfermeros especialistas en EFyC y definición de puestos de trabajo especialistas, así como la consulta a expertos de King's College London que imparten el programa docente.

Se realizó un estudio comparativo del proceso de especialización en EFyC (Specialist Community Public Health Nursing) en España y RU considerando la relevancia que le concede la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la formación de especialistas y a la práctica general de la salud comunitaria como sustento de los sistemas de promoción de la salud.

Se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores: contexto histórico, escenario de formación, modelo de atención enfermera, liderazgo y gestión enfermera, y desempeño de roles como especialistas.

Desarrollo

1. Contexto histórico de la EFyC en RU

La noción de cuidados de salud dirigidos a la curación o atención de enfermos mantuvo dominancia durante siglos. Con el desarrollo del pensamiento científico, en el siglo XIX, se inicia la evolución de los cuidados preventivos con el descubrimiento de los mecanismos de transmisión de enfermedades.

A mediados del siglo XIX Florence Nightingale defiende que la enfermedad es un proceso de reparación y las funciones de la enfermera consisten en manipular el entorno del paciente para facilitar este proceso², base de partida diferente a la tradicionalmente utilizada por los galenos en su ejercicio profesional. Esta teoría ha servido de punto de partida para desarrollar todas y cada una de las actuales teorías de enfermería, pero sobre todo, Nightingale merece el profundo reconocimiento de haber sido pionera del pensamiento científico y construir los principios de la enfermería de salud pública^{3,4}. Sus escritos sobre la materia hacen hincapié en la necesidad de una formación especializada para las enfermeras de salud pública, la importancia de la higiene y prevención de enfermedades a través de la educación para la salud. En el movimiento filantrópico victoriano en torno a la salud pública, Nightingale funda la primera escuela de Enfermería de Salud Pública en afiliación con el Liverpool Royal Infirmary⁵.

La enfermería comunitaria emerge personificada en la figura de la enfermera visitadora en una época donde el conocimiento científico en expansión y la objeción pública contra situaciones de vida insalubres dan lugar a los cuidados de salud preventivos. En respuesta a la alta prevalencia de mortalidad infantil en los municipios de Manchester y Salford, nace en 1862 la figura de la health visitor (HV)⁶, hoy reconocida, junto a la school nurse (SN) como Specialist Community Public Health Nurse, o lo que es lo mismo especialistas en EFyC. De este modo, la EFyC se abre camino alcanzando mejoras en las condiciones sociosanitarias de la población más vulnerable.

*"La enfermería
comunitaria emerge
personificada en la figura
de la enfermera
visitadora"*

Hacia 1917, las HV atienden a domicilio a madres tras el puerperio tardío tomando relevo de la matrona para continuar la educación en materias de higiene, alimentación, seguridad y cuidados del lactante⁷. Posteriormente estas tareas se extienden para dar cobertura a la familia y el niño hasta alcanzar la edad escolar.

La importancia que adquiere el compromiso con la especialidad de EFyC en RU se ve impulsada por una serie de informes de expertos^{8,9} y White Papers^{10,11,12} presentados en oposición al enfoque asistencial de la estrategia del gobierno y la deficiente inversión en salud pública. La preocupación por el aumento del gasto en atención sanitaria, y el gravamen extra que suponen las enfermedades crónicas, devuelven la atención a la salud pública, sobre todo tras la publicación del informe Lalonde¹³. Este informe del entonces Ministro de Sanidad de Canadá, fue el primero en decir que, en los países desarrollados, el enfoque de la sanidad no era el adecuado para prevenir enfermedades y era de hecho ineficiente como promotor de la mejora de la salud. El informe recomendaba reequilibrar los esfuerzos desde la atención sanitaria hacia factores ambientales y relacionados con el estilo de vida, es decir hacia la promoción de la salud.

En 1977 se publican, los cuatro principios que fundamentan la práctica enfermera en salud pública¹⁴: 1) buscar necesidades de salud, 2) estimular la conciencia sobre las necesidades de salud, 3) intervenir en las políticas que afectan a la salud, 4) facilitar actividades de mejora de la salud y sus determinantes. A partir de este hito se desarrollan los estándares de competencia para SCPHN.

Las desigualdades económicas y sociales crecen en los ochenta y un número cada vez mayor de investigadores señalan sus consecuencias negativas para la salud. En 1980, Sir Douglas Black publica el Black Report¹⁵ concluyendo que individuos de diferente origen socioeconómico experimentan diferentes probabilidades de sufrir enfermedades o morir prematuramente, evidenciando la conexión entre clase social y salud.

La salud pública se sitúa en el punto de mira a partir de 1990, etapa en que las políticas gubernamentales reconocen el papel capital de la EFyC en la mejora de salud comunitaria y el abordaje de las desigualdades sociosanitarias. La necesidad de empoderar su rol y hacerlas más visibles socialmente es reforzada desde el epicentro del NHS por numerosas publicaciones de expertos^{8, 11, 16}.

Desde entonces, una serie de estudios continúan exaltando la importancia de la EFyC y su liderazgo dentro del equipo de AP^{8,11}, culminando, una década más tarde, con un plan nacional de implementación para especialistas¹⁷.

2. La AP

Los profesionales de enfermería en AP incluyen, por un lado, a enfermeras generalistas (practice nurses, PN) que comparten cupo con un médico de familia (general practitioner, GP) en el centro médico (medical centre); y a enfermeras de distrito (district nurses, DN) que tratan a personas mayores en su propio hogar, enfermeras pediátricas (children's community nurses, CCN) que atienden cronicidad a domicilio en niños menores de 16 años, matronas (midwives), y enfermeras especialistas en EFyC, como las HV, y las enfermeras escolares (SN), todas ellas localizadas en centros de salud (CdS) dirigidos por enfermería o Nurse Led Clinics.

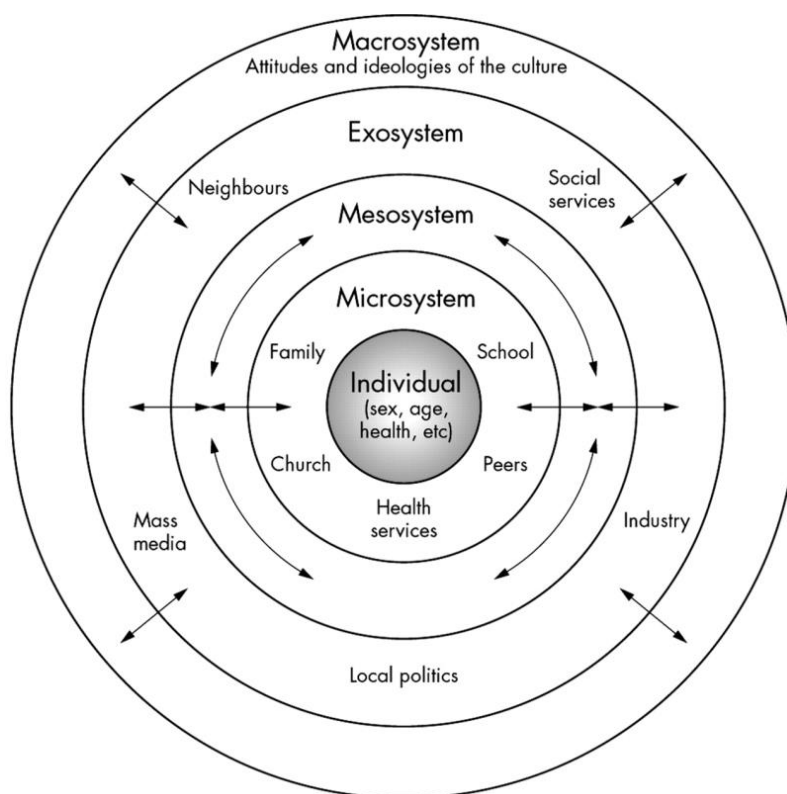
En RU, los especialistas en EFyC trabajan en entornos diversos incluyendo, pero no limitados a, el CdS, atención domiciliaria, centros escolares o asociaciones vecinales, colaborando con la consejería de sanidad, la consejería de educación, la administración municipal, bienestar social y organizaciones no gubernamentales entre otros. Grupos de riesgo social y poblaciones vulnerables son a menudo el foco de atención prioritario que pueden incluir individuos susceptibles, madres adolescentes, familias disfuncionales, violencia doméstica y de género, estilos de crianza disfuncional o codependientes con adicciones.

En el RU, como en España, la cronicidad se ha convertido en un problema de considerable magnitud. El envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades, el aumento de pacientes con patología degenerativa, dependencias físicas, psicológicas, etc, todo ello implica una mayor complejidad en los cuidados 'básicos' que requiere el paciente. La evidencia científica reafirma la relación categórica entre estas enfermedades, todas ellas susceptibles, hasta cierto punto, de ser prevenidas a través de acciones en la comunidad local⁽¹⁾, y factores relacionados con el estilo de vida. Bajo este panorama, el NHS no solo apuesta por la vigilancia, monitorización y seguimiento del paciente crónico en la figura de la DN, PN y CCN, sino que centra su política gestora en la prevención para llegar a la raíz de un problema insostenible para las arcas nacionales. Este modelo de acción preventivo requiere de un conocimiento académico avanzado para comprender las causas que subyacen en la enfermedad, y por tanto invita a la 'especialización' y subespecialización.

La disciplina enfermera, ante estos nuevos horizontes, ha desarrollado y perfeccionado nuevos roles especialistas tales como la HV, la enfermera de familia (FN), o la SN entre otros. Todos estos roles dependientes de la categoría de SCPHN (EFyC), ubican al paciente, la familia y la comunidad en el eje del cuidado, liderando la coordinación de la atención que recibe el usuario por parte de los diferentes profesionales de salud.

3. SCPHN un intento de aproximación

La EFyC tiene un enfoque poblacional dirigido a la prevención primaria y la promoción de la salud y por lo tanto requiere de conocimientos, competencias y habilidades específicas para analizar, diseñar, implementar y evaluar programas de intervención preventiva efectivos y eficientes, y así contribuir a la divulgación de la práctica basada en la evidencia. Estos roles precisan partir del modelo de la ecología humana de Bronfrenbrenner ⁽¹⁸⁾, para abordar problemas de salud emergentes (Figura 1).



Fuente: McLaren & Hawe (2005)

Figura 1. Modelo ecológico de Bronfrenbenner aplicado a la EFyC ¹⁹.

La enfermera especialista está plenamente integrada en la comunidad local e interviene sobre el mesosistema, el exosistema y el macrosistema para mejorar el acceso a los recursos sanitarios, promover la salud poblacional y prevenir problemas potenciales de salud.

Con la publicación en el BOE del Real Decreto (RD) 450/2005²⁰, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería se abre una etapa del proceso de desarrollo enfermero en un acercamiento a Europa, sin embargo, en España, comenzamos a formar especialistas sin aprobar una categoría independiente, sin tener definidos puestos de trabajo diseñados para

ellos, y excluyendo a la enfermería del proyecto de regulación de troncalidad y las áreas de capacitación específica (ACE) de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud. Además partimos de la idea de facilitar el acceso al título especialista por la vía excepcional, regulada por la disposición segunda del RD 450/2005, a todo enfermero generalista que cumpla con un periodo de dos a cuatro años de experiencia en el ámbito de la AP equiparando esta demarcada experiencia en el CdS a la formación avanzada adquirida por un sistema de residencia. ¿Qué sentido tiene especializarse para continuar realizando las funciones que tradicionalmente viene realizando una enfermera de AP con formación asistencial básica?, ¿cómo vamos a abordar la salud comunitaria desde la consulta de enfermería con una agenda congestionada por la atención a pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, úlceras y heridas crónicas o dependencias?. ¿Qué necesidad hay de formar especialistas si el mero ejercicio profesional nos capacita para ejercer como tales?. ¿No es más rentable el autoaprendizaje?. Pero la realidad es otra y la enfermería basada en la evidencia (EBE) lo avala.

Es muy lícito premiar el esfuerzo a todas aquellas enfermeras que han desempeñado funciones que han trascendido lo exigido por su titulación, pero si somos sensatos deberíamos de considerar el bagaje profesional de cada individuo. La obtención del reconocimiento profesional para ejercer las funciones propias del enfermero especialista debería de ser complementada con formación específica de acuerdo al RD 450/2005, conforme a la exigencia actual de una especialidad que avanza día a día en la asunción de nuevas competencias en salud comunitaria. No obstante, esas necesidades formativas podrían ser facilitadas por el SNS, una vez superada la prueba excepcional de la competencia prevista en la Disposición Adicional 2ª del RD de especialidades²¹.

4. La estéril batalla del corporativismo

Recientemente, la OMS ha concluido un estudio internacional dentro de la línea de investigación de salud pública que evalúa la gestión eficiente de personal necesario para el progreso de los servicios sanitarios concluyendo que 'los trabajadores sanitarios de rango medio son tan eficientes como los médicos'²². Dejando al margen la equívoca etiqueta del 'rango' (ambas categorías cursan estudios de grado y cada vez son más las enfermeras que emprenden estudios doctorales), los 53 estudios realizados en 18 países durante las últimas dos décadas que comparan resultados de la atención prestada por enfermeras en contraposición a la prestada por médicos, atestiguan que los resultados clínicos han sido tan buenos, y en algunos casos incluso mejores que cuando fue prestada por médicos.

Los modelos tradicionales de atención medicalizados que proporcionan servicios costosos han sido comparados a los servicios enfermeros que no solo pueden responder mejor a las necesidades de salud de los ciudadanos, sino que el coste es significativamente menor empleando recursos competentes de bajo gasto, y resultando más costo-efectivos para el sistema de contratación. En España, no sería casual obtener resultados afines dado que nuestra especialidad está orientada a la promoción de salud y la salud pública a diferencia de la especialidad médica de Medicina Familiar y Comunitaria que no desarrolla competencias específicas en este ámbito. El estudio destaca como áreas de mayor efectividad la salud materna y la salud infantil, tareas que en RU asume la EFyC junto con la matrona dentro del equipo multidisciplinar de enfermería especializada como hemos visto.

"Ante este panorama, no es de extrañar que esté en boga el éxodo de enfermeros españoles que optan por hacer las maletas"

Lamentablemente, los últimos datos de la OEDC²³ apuntan a que tenemos una media de 550 enfermeras por 100,000 habitantes, ratios muy por debajo del promedio de la OCDE (870 enfermeras). Esto supone un 36.8% menos que la media europea. Por el contrario, somos el tercer país en Europa en lo que respecta a mayores ratios médicos, por detrás de Austria, con 445,7 médicos por 100,000 habitantes (Asturias 462,8), mientras que la media europea se sitúa en 338 médicos ²⁴ (un 31,65% más) obedeciendo al modelo medicalizado imperante en oposición a la tendencia europea que establece un ratio 7:3 enfermera/médico.

Ante este panorama, sumado a la precaria situación del SNS español, no es de extrañar que esté en boga el éxodo de enfermeros españoles que optan por hacer las maletas para trabajar en países como RU, Noruega o Finlandia en busca de un mayor reconocimiento, estabilidad, desarrollo profesional, y un salario acorde con sus funciones y experiencia.

5. El desarrollo profesional en RU

Para tener una visión amplia del panorama británico en cuanto al ámbito asistencial, matizamos dos perspectivas elementales en relación a la práctica profesional. Por un lado, la visión anglosajona basada en el modelo de Patricia Benner ²⁵ “del aprendiz al experto” en el que expone que la enfermera adquiere diferentes niveles de destreza en su práctica clínica. Por otro lado, la visión española donde las enfermeras recién graduadas deben llevar a cabo actividades del ámbito más técnico de acuerdo a las expectativas y demanda del servicio.

Lo cierto es que en Europa, la enfermería española, goza de reconocimiento y buena proyección profesional, pero ¿realmente estamos instruidos a nivel experto en todos los ámbitos enfermeros, o más bien un sistema de contratación casual según necesidades de servicio y una mejorable gestión del conocimiento y de los recursos humanos nos obliga a creérnoslo?. La realidad es otra, y a pesar de nuestra intrepidez, nuestra formación es general y básica. ¿Acaso la complejidad en el campo de actuación, en cada uno de los servicios asistenciales, no debería de ir ligada a una mayor formación académica y profesional?.

El sistema salarial del, Agenda for Change²⁶, ha marcado un antes y un después en el desarrollo profesional de la enfermería especializada. A diferencia del SNS español, la enfermería en RU es una profesión claramente jerarquizada y regida por el mérito personal cimentado en la práctica y ratificado por la evaluación de competencias, no solo por la antigüedad (Tabla 1).

La enfermera graduada se incorpora a la vida profesional como grado 5 (band 5). Anualmente será evaluada por un especialista mediante “performance appraisal”, o evaluación de rendimiento, hasta la consecución de las competencias inherentes al puesto. Con el tiempo y la formación necesaria adquirirá nuevos conocimientos y destrezas hasta que esté preparada para asumir mayores responsabilidades y/o especializarse mediante un sistema de residencia que le facilitará el acceso al grado 6 (band 6). Posteriormente ampliará funciones de liderazgo, (grado 7), dirección (grado 8), y gestión (grado 9) (Tabla 2).

	Healthcare Sciences	Management	Midwifery	Nursing
Band 9 More senior staff	Director of Regional Genetics Service	Director of Human Resources	Director of Maternity Services	Director of Nursing
Band 8 Consultant Practitioners	Consultant Clinical Scientist (Medical Physics)	Maxillofacial Laboratory Manager	Consultant Midwife	Nurse Consultant in Public Health
Band 7 Advanced Practitioners	Specialist Respiratory Physiologist	Head of Accounts	Head of Midwifery	Team Lead Health Visiting (SCPHN)
Band 6 Specialist Practitioner	Senior Biomedical Scientist	Project Manager	Community Midwife	School Nurse
Band 5 Practitioners	Cardiac Physiologist	Payroll Manager	Midwife	Community Staff Nurse

Tabla 1. Estructura jerarquizada en ciencias de la salud, Reino Unido, de acuerdo a los criterios del RCN.

Tabla 2. NHS Agenda for Change pay scales – 2013/2014

Band 5	Band 6	Band 7	Band 8				Band 9
			Range A	Range B	Range C	Range D	
21,388	25,783	30,764	39,239	45,707	54,998	65,922	77,850
22,016	26,822	31,768	40,558	47,088	56,504	67,805	81,618
22,903	27,901	32,898	42,190	49,473	59,016	70,631	85,535
23,825	28,755	34,530	43,822	52,235	61,779	74,084	89,640
24,799	29,759	35,536	45,707	54,998	65,922	77,850	93,944
25,783	30,764	36,666	47,088	56,504	67,805	81,618	98,453
26,822	31,768	37,921					
27,901	32,898	39,239					
	34,530	40,558					

Fuente: Royal College of Nursing ²⁶

Nos hallamos ante un sistema de evaluación de la carrera del más apto, del más competente, de quién más se ajusta al perfil del puesto de trabajo y el que así lo demuestre en su práctica profesional irá ascendiendo, con igualdad de oportunidades, en el sistema de grados (bands) con el correspondiente aumento de salario de acuerdo a las competencias y funciones ejecutadas. Diametralmente opuesto, es bien conocida la carencia de autonomía del SNS español que se ajusta a la selección discrecional de los gestores con puestos de confianza en una administración politizada.

6. El programa de residencia

Atendiendo a un orden histórico, la enfermería basada en la evidencia surge en Inglaterra, conceptualmente del ámbito académico en la Universidad de York, primer centro que articula la investigación a las necesidades de la práctica clínica²⁷. RU es uno de los países que ha alcanzado un mayor desarrollo en la investigación enfermera lo cual implica que todos los avances realizados en AP tienen que ir avalados por la evidencia científica.

Una característica del programa formativo en RU es el cambio del paradigma educativo que supone un sistema de residencia orientado a la potenciación de las competencias y habilidades especialistas asentadas en la evidencia científica. A diferencia del programa docente español, el programa anglosajón de especialización consta de un componente académico universitario (50%) y otro práctico (50%) en completo equilibrio (Tabla 3).

Tabla 3. Programa de estudios Specialist Community Public Health Nurse (SCPHN) de King's College.

**Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery
King's College London**

PG Dip Specialist Community Public Health Nursing

	Term 1	Term 2	Term 3	Credits
Year 1	Leadership in Public Health Measurement & Evaluation for Healthcare Practice	Evidence Based Decision Making in Healthcare Child Protection: Assessment & Intervention Prescribing from the Community Nurse Prescribers Formulary	Option (If not taken in term 2)	120
	Professional Portfolio	Professional Portfolio	Professional Portfolio	

NB: Teaching for the Professional Portfolio spans all three terms

Fuente: King's College. <http://www.kcl.ac.uk/prospectus/>

Durante el primer año de residencia, el enfermero residente cursa 120 ECTS y se examina de 6 materias. Durante el segundo año completa el libro del residente o portfolio, y cursa una materia de investigación de 60 ECTS llamada Dissertation. En resumen atiende a un total de 4.500 horas académicas que incluyen la asistencia al aula, dedicación al estudio, realización de seminarios, resolución de casos clínicos, e investigación.

Un modelo avanzado donde el residente pasa de la docencia por enseñanza basada en la recepción de conocimientos, a la docencia por aprendizaje, planteada en base al desarrollo de competencias en la práctica supervisada de aprendiz a experto.

Conclusión

El SNS tiene aspectos de ineficiencia que son bien conocidos y que deben de abordarse de manera inmediata para mejorar su costo-efectividad y reforzar su sostenibilidad.

Se estima que el 70% de los factores que influyen en la salud de un individuo yacen en el ámbito demográfico, social, ambiental y económico¹, y por lo tanto, fuera del alcance actual de la AP. El ajuste presupuestario requiere una gestión rigurosa y responsable, que exhorta a revisar, y redefinir todos los aspectos organizativos que puedan generar ineficiencias.

La AP de Salud es la pieza clave de la accesibilidad y la eficiencia de nuestro sistema sanitario, sin embargo, sufre un proceso progresivo de postergación, tanto presupuestaria como de recursos de personal y de pérdida de protagonismo en promoción de salud y salud comunitaria. Al igual que en RU, en España debemos de abogar por el desarrollo de la especialidad y empoderamiento en EFyC, las ACE, la troncalidad, y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especialista iniciados por la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). No obstante, debemos de empezar por partir de una categoría independiente, definir puestos especialistas de acuerdo a las competencias contenidas en el RD de Especialidades de Enfermería 450/2005²⁰, y asignar a cada puesto de trabajo el perfil profesional más adecuado en función de la capacitación requerida teniendo en cuenta la complejidad de los cuidados a prestar. Reformas en este sentido se traducen, a corto plazo, en satisfacción profesional, reconocimiento y calidad asistencial, y a medio-largo plazo, en coste-efectividad y progreso en salud poblacional.

Bibliografía

1. Ruane S, Sánchez Bayle M, Gurucelain J, Lores M and Sánchez Llopis E. Un diagnóstico comparado de los sistemas públicos sanitarios de España y Reino Unido. Madrid: Fundación Primero de Mayo. 2012.
2. Woodham Smith C. Florence Nightingale. 1820-1910. London, UK: Constable and Company Ltd. 1992.
3. Monteiro L. Florence Nightingale on Public Health Nursing. Am J Public Health. 1985. 75: 181-186.
4. Brainard A. The evolution of public health nursing. New York: Garland. 1989.
5. The Queen's Nursing Institute. Health Visiting. London: QNI. 2010. Consultado 19/01/14. Disponible en: http://www.qni.org.uk/for_patients/the_work_of_nurses/health_visiting
6. Abbott P, Wallance C. Health visiting, social work nursing and midwifery: a history. En: Abbott P, Meerabeau L (eds). The Sociology of the Caring Professions. London, UK: UCL Press. 1998.

7. Baldwin S. Exploring the profesional identity of health visitors. *Nursing Times*. 2012; 108 (25): 12-15.
8. Department of Health. Making a Difference: strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and healthcare. HMSO, London. 1999.
9. Healthy Child Programme: pregnancy and the first five years. HMSO, London. 2009.
10. Department of Health. Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England. HMSO, London. 1999.
11. Department of Health. Saving Lives: our healthier nation. HMSO, London. 1999.
12. Department of Health. Choosing Health. Making healthier choices easier. HMSO, London. 2004.
13. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services. 1974.
14. Twinn S, Cowley S (ed). The principles of health visiting: a re-examination. London, UK: HVA/UKSC. 1992.
15. Department of Health and Social Security. Inequalities in health: report of a research working group. London: DHSS. 1980.
16. Department of Health. Health Visitor Practice Development Resource Pack. London, UK: Stationery Office. 2001.
17. Department of Health (2011) Health Visitor Implementation Plan 2011-15: A Call to Action. London, UK: DH. 2011
18. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979.
19. McLaren L, Hawe P. Continuing professional education: Ecological perspectives in health research. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 6-14.
20. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Publicado en el BOE número 108 de 5 de mayo de 2005.
21. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Publicado en el BOE número 45 de 21 de febrero de 2008.
22. Lassi Z, Cometto G, Huicho L et al. Systematic reviews. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the OMS*. 2013; 91: 824-833.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data. Base de données de l'OECD sur la santé 2013. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013. España en comparación. OECD. 2013. Disponible en:
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ESPANA-2013-in-Spanish.pdf>
24. Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos sanitarios en España y la unión Europea 2013. Análisis comparativo de la situación de médicos y enfermeros. CGE. 2013.
25. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley. 1984.

26. Royal College of Nursing. NHS Agenda for Change pay scales -2013/2014. London, UK: RCN. 2013
27. Alcolea M, Oter C, Martín A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure Investigación, Mayo-Junio.2011;52:1-7.