

Modelos de atención en enfermería

Magdalena Alonso Castillo, Lucio Rodríguez Aguilar

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Palabras clave

- modelo
- atención
- enfermería
- sistema de salud

Resumen

Las condiciones de salud y los modelos de atención reflejan la estructura social en la que están inmersos. Los países de América Latina y México han enfrentado cambios muy importantes por la transición epidemiológica en las últimas décadas y, a nivel de las instituciones de salud, se han observado múltiples retos,

propios de los sistemas menos desarrollados; a saber: cobertura insuficiente o deficiente calidad técnica versus problemas inherentes en los adelantados —escalada de precios y expansión tecnológica entre otros—. De ahí que cada país diseñe un sistema y un modelo de atención a la salud acorde a su estructura económica: *público unificado*, *privado atomizado*, *contrato público*, *segmentado* o un innovador denominado *pluralismo estructurado*. Todos ellos representan para enfermería la oportunidad de reconocer áreas no atendidas en el cuidado de la salud, diversificar las técnicas para cuidar al enfermo y trabajar en productos terminales. Además; existen modelos para atención de enfermería basados en el reconocimiento y gestión: de asesoramiento, gestión por programas o líneas de productos, modelo en torno al paciente, cuidados dirigidos, atención a la salud con énfasis en el autocuidado, mantenimiento de la salud o de servicio a domicilio, los cuales han sido implementados en Europa, Asia y Estados Unidos. En México se tiene la experiencia del programa UNI-UANL que cuenta con modelos basados en los diagnósticos de enfermería en el primer nivel de atención para ofrecer servicios completos y terminales. Las experiencias descritas pueden ser útiles para reflexionar al interior de dicha profesión sobre la posibilidad de mostrar el valor y la contribución social de la enfermera.

Abstract

Nursing care models

The health conditions and its models for attention are a resemblance of the social structure. The latin american countries including Mexico are confronting very important changes as consequence of epidemiological transition at the last years. The Health Institutions have the challenge with health problems from less development countries, like insufficient spread, technical deficiencies versus the problems from more development system like high cost and technological expansion. For these reasons every country needs to develop its own model and health system according with its economic structure. There are a wide variety of health models like the unifique public, the atomize private, the public agreement, and others. There is an innovate model called structural pluralism. Every one of them represents for nursering the opportunity of the nurse to identify and works in the health care, to diverse thechnics and to look for end products. There are models for nursing practice like the model support on the gestion and acknowledgment, a model support on the adviser, the gestions of programs, the model support on patient's care, the model of own selfcare. There are many others models mentioned on the paper and they are discussing. All of them were established in United States of America, Europe and Asiatic countries. The UNI-UANL at Mexico had the experience with a program with a pattern supported on the nurse diagnostic at first contact level in order to offer a complete health services. The experience is useful for reflection in order to think about the value and the social contribution of nursing.

Key words

- models
- care
- nursering
- health systems

Correspondencia:

Magdalena Alonso Castillo.

Tel.: 01(8)348 1847, fax: 01(8)348 6328

Introducción

A partir de observar la salud se pueden analizar los procesos económicos, políticos, culturales, demográficos, científicos y tecnológicos que caracterizan distintos momentos de la sociedad. Las condiciones de salud y los modelos de atención institucionales revelan aspectos profundos de la estructura social en la que están inmersos.

Las radicales transformaciones sociales y económicas de las últimas décadas han influido para que la salud en México y América Latina esté cambiando de manera importante. Comprender la transición de la salud permite contextualizar los distintos modelos de atención y el diseño de las aportaciones que los profesionales de la enfermería pueden brindar.

Este trabajo pretende ser una aportación; se examinan algunos cambios sociales y epidemiológicos así como las implicaciones en los nuevos modelos de atención a la salud que son parte de las reformas de los sistemas de salud. Se sintetiza los modelos prevalecientes en otros países latinoamericanos y lo que se vislumbra para el futuro. En este mismo marco se espera identificar alternativas de atención en enfermería que den respuesta a las necesidades de los diferentes grupos sociales.

En la última década, en América Latina y en el resto del mundo se han aplicado mejores y nuevas formas para reglamentar, financiar y prestar servicios de salud debido a las transformaciones sociales. La heterogénea modernización en diversos segmentos de una misma sociedad con frecuencia ha producido una creciente desigualdad como la que América Latina y México enfrentan, traducándose en problemas característicos de sociedades desarrolladas, sin antes haber resuelto los antiguos problemas de sociedades empobrecidas.

En el campo de la salud se observa en la población e instituciones una dualidad compleja dado el cuadro

epidemiológico representado por enfermedades infecciosas, desnutrición y problemas de salud reproductiva que siguen provocando enfermedad y muerte. Simultáneamente aparecen enfermedades no transmisibles y lesiones degenerativas que hoy en día representan daños importantes a la salud. El aumento de ancianos, la disminución de la fertilidad, el proceso acelerado de urbanización, la degradación del medio ambiente y los estilos de vida no saludables son responsables de una carga cada vez más creciente de enfermedades no transmisibles, nuevas infecciones como HIV/SIDA y la reemergencia de problemas ya controlados como dengue, cólera, paludismo y tuberculosis.

Por otra parte, en las instituciones de salud se advierte una convergencia de retos acumulados y emergentes. En la mayoría todavía no se han resuelto problemas característicos de sistemas menos desarrollados (cobertura insuficiente, deficiente calidad técnica, inadecuada asignación de recursos e ineficacia administrativa), y ya se enfrentan aspectos sobre sistemas avanzados: escalada de precios, inseguridad económica, insatisfacción del paciente, expansión tecnológica y problemas derivados del manejo de un sistema de salud pluralista.

La fragmentación institucional representa una carga financiera excesiva por el desequilibrio de los gastos y la desprotección de los grupos más pobres.

Sistemas de salud latinoamericanos

Cada país ha elaborado un sistema de salud a partir de su estructura económica y, para que éste sea efectivo, ha tenido que integrar a la población con las funciones inherentes al mismo (financiamiento, modulación, articulación y prestación).

Existe una amplia gama de modelos de los sistemas de salud latinoamericanos, mencionaremos sólo algunos:

1. Público Unificado

El estado financia y suministra directamente los servicios de salud por medio de un sistema único constituido verticalmente. La variante extrema es Cuba, donde se integra de forma horizontal a la población, a costa de la libertad de elección, ya que es ilegal ofrecer servicios fuera del sistema gubernamental.

Una variante menos extrema es la que se lleva en Costa Rica donde el sistema público es casi universal y sin embargo no hay limitación para elegir otras opciones de servicio. El monopolio público virtual se debe a la capacidad del gobierno para ofrecer servicios de calidad razonable y a la vez competitivo en precios con el sector privado.¹

2. Privado Atomizado

En este modelo el financiamiento es mediante pagos efectuados a los múltiples prestadores, desembolsados por los consumidores o agencias privadas de seguros sin que haya integración vertical de las dos funciones. En esta modalidad hay dos formas:

2.1. *Libre Mercado.* Se da principalmente en países donde la inmensa mayoría de los gastos son privados y la prestación de servicios está desregulada con bajos niveles de seguros o prepago; un ejemplo es Paraguay donde 87% de los gastos es privado, hay libertad de elección pero las diferencias financieras generan un mercado privado segmentado en el cual se excluye a la mayoría de la población.

2.2. *Corporativista.* Segrega a diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos y no competitivos. Generalmente el financiamiento y la prestación están separados; con los fondos de enfermedad se paga la atención

que las instituciones públicas o privadas ofrecen. Este modelo no es frecuente en América Latina, sólo Argentina tiene sistemas de obras sociales y no se unen a la seguridad social única. La afiliación es obligatoria y basada en criterios ocupacionales.

3. De Contrato Público

En éste se combina el financiamiento público con una creciente participación privada. Esta separación de funciones se logra mediante la contratación de servicios de salud. Cuando el financiamiento público proporciona cobertura universal se logra la integración horizontal de la población: un ejemplo de este modelo es Brasil, comparado con los otros modelos, el contrato público aumenta las opciones, los prestadores tienen más autonomía y mayor competencia. El presupuesto no se asigna por adelantado a los prestadores públicos, independiente de su desempeño, sino que se dirige a una serie plural de prestadores que deben cumplir con criterios de productividad y calidad.

4. Segmentado

En este caso la organización de los servicios es por grupo social (derechohabientes por la seguridad social, asegurados por medio privado; los no asegurados pero que contratan directamente los servicios en forma privada, y quienes no tienen capacidad económica y son atendidos por los ministerios de salud). En este modelo se segregan los tres grupos y las cuatro funciones del sistema de salud — financiamiento, modulación, articulación y prestación— desarrolladas por cada institución creándose una serie de limitaciones como falta de cobertura, superposición de la demanda, desigualdades e ineficiencia en el uso de recursos. El caso típico es el de México y otros países andinos que están organizados de esta forma.

5. Innovador: Pluralismo estructurado

Las múltiples deficiencias en los cuatro modelos anteriores, así como las transformaciones económicas en salud y sociales han obligado a plantear la necesidad de la reforma del sector salud.

Algunos países han instituido recuperar la segmentación de la población nacionalizando los servicios de salud y unificando las instituciones en un sistema público único; reforma muy popular hasta los ochenta cuyo problema es que la equidad demostró ser incompatible con la eficiencia y preferencias del consumidor.

Otros países por razones ideológicas o limitaciones en su economía han entregado la organización de los servicios a otras instancias y no al gobierno central, mediante dos estrategias:

- Privatización respecto a la seguridad social —Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE'S) en Chile—.
- Descentralización, las responsabilidades recaen en el plano local como Brasil y Bolivia.

Un obstáculo de este modelo es la falta de modulación y transferencia de responsabilidades lo cual trae problemas de equidad y eficiencia.

Dado que la reforma del sector salud pretende minimizar las desventajas de los modelos anteriores y optimizar las ventajas, además de lograr un balance entre equidad, eficiencia y calidad, se menciona la propuesta del modelo denominado *pluralismo estructurado* el cual busca una posición intermedia entre extremos que tanto han obstaculizado a los sistemas de salud; evita el monopolio del sector público, la atomización del privado y los procedimientos autoritarios de mando y control del gobierno, como la falta de reglas transparentes para regular el mercado.

El sistema se organiza por funciones y la modulación como responsabilidad del ministerio le da dirección estratégica. El financiamiento es competencia de la seguridad social que se extiende con el fin de lograr cobertura universal, hay mayor énfasis en subsidios por demandas que por prestaciones, cada persona asegurada representa un pago potencial que depende de la elección *aseguradora* y *prestador* hecha por el consumidor. La articulación se logra mediante instituciones especializadas llamadas Organizaciones Articuladas de Servicios Integrales de Salud para administrar los pagos.

Las organizaciones referidas compiten para registrar individuos y familias, obteniendo contratos amplios y servicios a poblaciones específicas; por ejemplo, Colombia tiene Empresas Solidarias de Salud y en México el sistema de franquicias puede ser el caso.

El *pluralismo* obliga a un cambio en forma, contenido y organización del modelo de atención a la salud, mismo que obliga a privilegiar las necesidades de la población, trabajar en el concepto de bienestar y calidad de vida en una gran diversidad de escenarios y salir de los espacios tradicionales del hospital o clínicas. La responsabilidad del usuario es vital, el autocuidado, el fomento de estilos de vida y el apoyo social se fortalecen en una organización plural, de calidad y mejoramiento continuo.

En este nuevo orden, es indispensable que los profesionales reconozca las áreas no atendidas en el cuidado de la salud y el surgimiento de problemas emergentes y reemergentes, para lo cual se requiere desarrollar nuevos métodos de atención y cuidado. La necesidad de diversificar el cuidado enfermero y trabajar por productos terminales deben ser prioridades para organizar la práctica de enfermería.

Modelo de Atención en Enfermería

La atención sanitaria está pasando a ser competencia de todos. Los consumidores demandan servicios seguros, económicos, completos y aceptables; al mismo tiempo hay un movimiento hacia el autocuidado que pone mayor énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los ancianos y niños requieren de toda una diversidad de cuidados informales, en los domicilios y en otros espacios. Cada vez es más necesario involucrar a las comunidades y usuarios para planificar y distribuir equitativamente los servicios.

En este movimiento debemos preguntarnos ¿cuál es el lugar de la enfermera en el cambio?, ¿cómo debe enfrentar la enfermera el desafío de la reforma?, ¿cómo podemos ofrecer cuidados eficaces en función de los costos, mantener la calidad y contribuir a reducir la falta de equidad?

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (1992) señaló:

- Las enfermeras deben ser capacitadoras y motivadoras, para enseñar a las personas a valerse por ellas mismas.
- En todo el mundo las enfermeras son necesarias pues pueden contribuir para mejorar la situación de salud. Son el puntal en cuidados sanitarios eficaces, en relación con los costos de éstos.
- También en el año antes referido en el informe sobre Fortalecimiento de la Enfermería y Partería se declaró:

En todas las regiones las especialidades de enfermería y partería tienen una importancia esencial en la prestación de servicios eficaces y eficientes en cuatro sectores: atención preventiva y promocional, atención curativa, atención a pacientes crónicos y rehabilitación, y atención en casos de dependencia completa y de enfermedades terminales.

Además de otras responsabilidades como coordinar el cuidado del paciente, otorgar servicios eficaces en relación a costos, prestar servicios terminales completos, mantener sana a la población brindando cuidados especializados (centrados en el paciente) y cuidados con componente humano.

Sin embargo, a pesar de los progresos la enfermería enfrenta un desafío en esta época de reforma a los sistemas de salud: demostrar que tiene valor, que es eficaz en relación a los costos y que contribuye realmente a mejorar los sistemas de salud.

Hoy más que nunca la enfermería es necesaria y para esto debe mostrar un equilibrio adecuado entre la calidad de los cuidados y la efectividad de los costos; por lo tanto, para que la profesión demuestre su valor se requiere un esfuerzo vigoroso y conjunto en dos tendencias:

- Evaluar la eficiencia de diversas innovaciones organizativas para suministrar atención de enfermería en sistemas de cuidados sanitarios críticos y no críticos.
- Demostrar empíricamente la efectividad de los costos de las intervenciones de enfermería.

Para ser eficaces se necesita una definición de las intervenciones de enfermería y de los resultados previstos. La atención de enfermería es la principal razón por la que los pacientes se internan en un hospital ya que es un factor clave que distingue a dicho personal.

En un estudio realizado por Koska se demostró que la atención de enfermería es más significativo en la prestación de cuidados de alta calidad y el elemento decisivo en la certificación de las instituciones; por tanto, es necesario investigar y documentar las ventajas que el consumidor y los contratadores obtienen con el trabajo de enfermería. A continuación se detallan algunos ejemplos:

- a) Aiken, Smith y Lake demostraron que, si aumenta la proporción de enfermeras universitarias en un hospital, se disminuye tanto la tasa de mortalidad ajustada en función del riesgo como la estancia hospitalaria.
- b) Prescott refiere que los niveles de dotación de las enfermeras y la combinación de capacidades del personal guarda relación con resultados de mejoría, seguridad y calidad para el paciente.
- c) En 1994 *el Royal College Nursing* practicó el primer examen británico de estudios de investigación realizados en Estados Unidos y Reino Unido con el cual se demuestran las ventajas de contratar enfermeras calificadas. También se encontró significancia estadística entre la calidad y costos, basada en intervenciones especializadas.
- d) La Asociación de Enfermeras de Estados Unidos realizó un estudio en 1993 sobre proceso de cuidado, resultados clínicos, costo-efectividad en enfermeras de cuidado primario, y concluyó que las enfermeras tituladas que atienden partos utilizan procedimientos más naturales, menos invasivos y producen a la madre menos traumatismos (demostrado en estancias breves) menos partos prematuros y recién nacidos sanos; en comparación con los que son atendidos por médicos.
- e) La Asociación de Enfermeras Canadienses en 1993 realizó un estudio llamado *la Enfermería hace la diferencia* en el cual se demuestra el valor de éstas frente a la reforma de los servicios sanitarios.

La enfermería puede adquirir una ventaja estratégica, sobre el resto de los profesionales de la salud, si comienza a hacer esfuerzos concentrados y sistemáticos para comprender mejor cómo el comprador define los cuidados de enfermería de calidad y qué requiere de las enfermeras.

Esta rama de la salud efectuó tres estudios al respecto:

- a) Las enfermeras en Arizona, Estados Unidos, utilizaron el estudio de caso y la entrevista para identificar resultados significativos en 15,000 clientes (ancianos médicamente discapacitados). El modelo denominado *Organización del mantenimiento de la salud* se basaba en las interacciones con el cliente para ayudarlos a reconocer y gestionar las señales de alarma y exacerbación aguda de sus enfermedades crónicas, lo cual permitía que los pacientes actuaran rápidamente, reposaran en casa y se cuidaran más. Dicho modelo demostró que más de 50% de los pacientes tuvo menos hospitalizaciones y estancias breves, después de la introducción de la gestión de casos de enfermería.
- b) En el Reino Unido un modelo fundamentado en el asesoramiento a madres primigestas con niños hasta de dos años de edad mostró que 40% de las madres opinó que las enfermeras visitadoras eran el profesional más cooperativo; 84% dijo que el asesoramiento era bueno y que requerían más ayuda, consejo y seguimiento.
- c) Un estudio más, basado en el asesoramiento de enfermeras, se aplicó a 60 pacientes que sufrieron por primera vez un ataque de enfermedad coronaria. Ellos y sus esposas recibieron la asesoría de dicho personal, demostrando que cinco días después había una disminución radical de la puntuación media de ansiedad, comparativamente con pacientes del grupo control donde no intervenía enfermería, además los resultados se mantuvieron seis meses después. También disminuyó la depresión (posterior al infarto de miocardio) y el resultado se mantuvo tres meses después. Los pacientes y sus cónyuges

estuvieron satisfechos con la calidad de los cuidados otorgados.

Algunos otros modelos de atención de enfermería que han demostrado efectividad y calidad se presentan a continuación:

1. Gestión por Programas

Se aplica en Canadá en diversos hospitales y unidades de salud. El cuidado de enfermería se organiza por programas o línea de productos y se atienden grupos específicos de pacientes. Se ha observado mayor eficiencia, eficacia y reducción de costos.

Cuando se aplica en instituciones cada programa cuenta con un presupuesto el cual es administrado por un equipo. Se eliminan líneas jerárquicas tradicionales e infraestructuras específicas. Algunos casos omiten la jefatura de enfermería y la organización es mediante auto-dirección y autogestión. Este modelo puede ser el enlace entre el hospital y la comunidad.

2. Cuidados centrados en el paciente

Se utiliza en Estados Unidos y Canadá. Los hospitales y clínicas se reestructuran en torno al paciente y no a los departamentos especializados. El modelo termina con múltiples departamentos fusionándose en dos o tres unidades integradas por grupos de pacientes semejantes. La enfermera es la responsable de un pequeño grupo de pacientes con un trabajador polivalente encargado de distintas tareas de enfermería y con un médico a tiempo parcial.

Los principios básicos en este modelo de atención en hospitales son:

- Descentralización de los servicios para acercarlos al paciente.

- Formación diversificada para lograr trabajadores polivalentes.
- Reestructuración de tareas.
- Agrupamiento de categorías similares de pacientes y
- Manejo del presupuesto.

En un estudio de opinión dirigido a directores de hospitales en Estados Unidos se encontró que 87.6% estaba iniciando o deseaba intentar aplicar el modelo referido, dado que ofrece cuidados oportunos, calidad, reduce costos, exige compromiso, dedicación y hacer bien las cosas desde el principio.

Hasta el momento las enfermeras reportan que con este modelo el trabajador polivalente y ellas pueden cubrir 90% de los servicios, las estancias son cortas, hay menos errores en tiempo de espera para servicios rutinarios, ahorros, incremento en la calidad amén de que el personal y paciente están satisfechos. Sin embargo tiene un problema básico: la función de liderazgo de las enfermeras muchas veces no se equilibra con el cuidado directo y tiende al sistema tradicional.

3. Cuidados Dirigidos

Supone —según Lamb y Deber— un cuidado continuo que va desde atención de mínima complejidad a sistemas complejos y sofisticados; con este modelo se aplica una política o procedimiento de gestión que afecta el financiamiento y la prestación de servicios para alcanzar un objetivo preciso. La gestión de casos tiende a coordinar los cuidados y reduce la estancia hospitalaria. El gestor de casos es una enfermera que sigue al paciente a través del sistema y supervisa el camino crítico que debe seguir para obtener el resultado deseado y a tiempo.

Además, permite ofrecer (por una cantidad predeterminada de dinero) un paquete preciso y completo de los servicios que se requieren; la presta-

ción de éstos se organiza, supervisa y controla para alcanzar los objetivos de la atención. Se combina el financiamiento y la prestación de servicios completos de atención con un grupo definido de personas el cual presenta tres elementos:

- Acuerdos formales entre pagadores, usuarios y proveedores.
- Aceptación de riesgo por quienes dispensan los cuidados de salud.
- Gestión para la utilización de servicios a fin de minimizar riesgos financieros, cumplir los acuerdos formales y conseguir los objetivos.

4. Atención de salud con énfasis en el autocuidado

Esta experiencia se desarrolla en un centro de primer y segundo niveles de atención de la Universidad Pontificia de Chile: introduce cambios desde el momento que la persona demanda servicios de salud, (conceptos de apoyo social y autonomía del paciente). Se reconoce y se valora el rol activo del usuario, se refuerza la toma de decisiones y se fortalecen las capacidades de autocuidado. La meta del modelo es desarrollar, fortalecer o recuperar las capacidades de autocuidado durante el proceso de salud-enfermedad, para lo cual el equipo identifica las necesidades de autocuidado, se diseñan métodos e intervenciones y se fijan responsabilidades. La metodología incluye la educación participativa, el trabajo en redes sociales, y la autorresponsabilidad.

Este modelo ha aumentado la eficacia en tratamientos, la eficiencia en el uso de los recursos, y la competitividad que tiene como consecuencia la calidad.

El financiamiento es por medio de seguros médicos de prepago, y por fondos propios de la seguridad social.

5. Organizaciones de mantenimiento de la salud

Se dirige a población de adultos mayores que requieren cuidados domiciliarios y heterogéneos. Se trabaja con equipos integrados por personal de enfermería, terapia física, trabajo social, salud mental y distintos recursos dependiendo de los problemas de salud, nivel funcional y características de los pacientes. Se ofrece un paquete de servicios y cuidados completos e integrales que lleven a los resultados esperados por los pacientes, su familia y las instituciones. Este sistema es de prepago por seguros médicos o por pagos directos de los consumidores.

6. Servicios de Enfermería a domicilio

La Asociación de Enfermeras de Taiwan en 1987 inició este modelo seleccionando una población; planteó la creación de una agencia independiente de enfermería a domicilio y tuvo el apoyo del Departamento Nacional de Salud. El modelo establece una red con médicos de clínicas y hospitales para el tratamiento y la consulta; se atienden pacientes referidos de hospitales, de médicos o que acuden por ellos mismos. La agencia atendió entre cinco y 8.9% pacientes hospitalizados que podían permanecer en sus casas, lo que produjo ahorro considerable, nueve veces menos que los pacientes que se quedaban en el hospital. A los cuatro meses de aplicación del modelo, la oficina de seguros estatales lo aprobó, y en 1995 se incorporó como política nacional del sistema de salud. Después de ocho años del comienzo de este modelo lo han incorporado 64 unidades de salud y existen ocho agencias independientes de enfermería.

En México se tienen experiencias, en el programa UNI-Universidad Autónoma de Nuevo León, los profesores de la Facultad de Enfermería a

través de la estrategia docente-asistencia-comunidad desarrollan diversos modelos de atención basados en los diagnósticos de enfermería en primer nivel de atención, para ofrecer servicios completos y terminales, en lugar de acciones o procedimientos. Estos modelos han permitido ampliar el papel del personal de enfermería con los equipos de salud; mejorar la cobertura de servicios y contribuir con la mejoría de los niveles de salud.

Las experiencias antes descritas pueden ser útiles para reflexionar sobre el valor de enfermería, la manera como se puede ser efectivo a bajos costos y qué áreas no atendidas pueden representar para la profesión una manera de contribución con la sociedad.

Bibliografía

1. Frenk J, Londoño J. Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: Una visión de futuro. Atención a la salud en América Latina y el Caribe en Siglo XXI. México: Funsalud; 1998. p. 119-156.
2. Canadá Nueva Asociación. El Liderazgo en un periodo de cambio. El desafío para la profesión de enfermería. Documento de debate. Ottawa, Ontario: Asociación de enfermeras de Canadá. 1993; 1: 19-23.
3. Lamb M, Deber R. Managed Care: What is it, and can it be Applied to Canada. In R.B. Deber & Gail G. Thompson Eds. Restructuring Canada's Health Services System: How do we get there from here? Proceedings of the 4th. Canadian Conference on Health Economics. Toronto: University of Toronto Press; 1992. p. 159-164
4. Kosko. The name is Nursing Care. CEOs say Hospitals; 1989.
5. Consejo Internacional de Enfermeras. El valor de la enfermería en un mundo cambiante. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1996. p. 132-40.
6. Lange I, Urrutia M. Atención de salud con énfasis en autocuidado. Educación para el autocuidado en salud. Santiago de Chile: EPAS, REAL; 1996. p. 79-81

7. Hughes SL. Impact of expanded home care models on earber. University Illinois at Chicago; 1997. p. 165-179
8. Sherer, (1993). Putting Patients First. Hospitals.
9. Royal College Nursing. Leading nurses in health care markets: A nursing symposium, London U.K. Author; 1994.
10. Health News. More home visits says mums health. Visitor 1994; 67(9):284
11. Schorr T. Phyllis. Ethridge: Nurse-rum managed care? American Journal of Nursing; 1990: 10-25.
12. Thompson-Webster-Meddis, In Hospital counselling for first time myocardial, infraction patients and spouses: Effects of satisfaction journal of advance nursing; 1990: 130-142
13. OMS, WHO/A4514. Strengthening nursing and midwifery in support of strategies for health for al report by the director general. Geneve; 1992.
14. Chao, Wu, Chen. Afeasibility study on incorporating. Taipei, Taiwan: Home health services into National Health Insurance Scheme; 1991.