



**Universitat de les
Illes Balears**

**Título: IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE
AUSTERIDAD DE SANIDAD EN LA CALIDAD
ASISTENCIAL DE PERSONAS CON DIVERSIDAD
FUNCIONAL QUE ACUDEN AL SISTEMA
SANITARIO PÚBLICO DE MALLORCA.**

NOMBRE AUTOR: Maria de Lluç Martínez Avellaneda

DNI AUTOR:43189175M

NOMBRE TUTOR: Jesús Molina Mula

Memoria del Trabajo de Final de Grado

Estudios de Grado de Enfermería

Palabras clave: Recesión económica, Calidad de la atención en salud, Eficiencia organizacional, Personas con discapacidad, Gestión en salud.

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico **2012-2013**

En caso de no autorizar el acceso público al TFG, marque la siguiente casilla:

Resumen: El impacto de las políticas de austeridad sobre el sector sanitario en España está repercutiendo en la calidad asistencial tanto recibida como percibida por la población, la accesibilidad y en los cuidados proporcionados por los profesionales en el ámbito sanitario, especialmente público. Por ello, este artículo pretende ser una aproximación al análisis de este fenómeno, a través de una revisión bibliográfica, con el objetivo de describir la percepción que tienen los pacientes con diversidad funcional tras las reformas implantadas, valorando sus posibles consecuencias en materia de sanidad, costes-productividad-servicios-calidad, y los medios de optimización de recursos. Para llevar a cabo una gestión eficiente del fondo de inversión pública y alcanzar el equilibrio entre coste-eficiencia-calidad, los gestores deben conocer el sector sanitario y sus necesidades.

El factor de la discapacidad debe constituir un elemento esencial que esté presente y sea tomado en consideración en todas las reformas públicas que se apliquen, dado constituyen un grupo poblacional en riesgo de sufrir rápida y bruscamente los efectos de la crisis económica. La reflexión sobre las carencias de dichas políticas, las necesidades y derechos reales de este grupo poblacional son una prioridad para avanzar hacia la igualdad de condiciones en el contexto actual español.

Para alcanzar unos cuidados eficientes, óptimos y de calidad es necesario un esfuerzo multidisciplinar en materia de investigación para poder implementar políticas que nos permitan valorar sus consecuencias reales en salud y diseñar nuevas políticas sanitarias que avalen las reformas actuales. Enfermería se encuentra en una situación privilegiada para liderar nuevos modelos de atención basados en la evidencia científica y dar respuesta a las nuevas exigencias.

Palabras clave: Recesión económica, Calidad de la atención en salud, Eficiencia organizacional, Personas con discapacidad, Gestión en salud.

INTRODUCCIÓN

La crisis económica mundial entró en recesión técnica en 2009 tras el anuncio por parte del banco de España de una segunda recesión consecutiva de caída trimestral del PIB. Desde entonces la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos en

España se está viendo amenazada tanto por las reformas de las políticas de austeridad, recortes en los gastos e inversiones, como el aumento poblacional y la esperanza de vida en los últimos siglos (ganando cerca de 40 años de vida por persona), lo que modifica de forma radical la planificación de vida y la estructura social. (1)

La importancia de este trabajo recae en describir la percepción de pacientes con diversidad funcional* en la calidad de atención sanitaria recibida en entidades públicas de Mallorca tras los recortes económicos en la sanidad Española, y para ello será necesario conocer el impacto de las políticas de austeridad en salud, identificar la accesibilidad que tienen las personas con diversidad funcional en entidades sanitarias públicas tras los recortes, valorar la percepción de eficiencia en la atención recibida en dichas personas y las habilidades que tienen los profesionales para ofrecer cuidados de calidad desde el punto de vista de este mismo grupo poblacional.

A continuación se presentan las estrategias metodológicas empleadas para aproximarnos a la percepción que tienen las personas con diversidad funcional del impacto de las políticas de austeridad sobre la calidad asistencial que reciben. En el segundo apartado de este documento de revisión bibliográfica se ofrece información de la situación económica actual en España. Seguidamente se muestran algunos de los aspectos positivos o negativos derivados de la crisis económica y sus repercusiones en la salud de la población en general, mientras que en el cuarto apartado se describe dicho impacto sobre grupos específicos como es el caso de las personas con diversidad funcional. Para poder incentivar la participación de los profesionales ante la coyuntura actual, dedico el quinto capítulo a su reflexión. Finalmente presento una discusión y conclusión de la evidencia científica revisada.

Para la realización de este trabajo me he centrado en cuatro áreas de conocimiento: ciencias de la salud, economía, sociología y enfermería. Seleccioné como metabuscador *EBSCOhost* y Biblioteca Virtual en Salud España (BVS), incluyendo como bases específicas *Pubmed*, *IME*, *Ibecs*, *CUIDEN*, *CINAHL*, además de consultar algunas páginas webs como el Instituto Nacional de Estadística (INE), Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares (COIBA), Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Concluyendo mi búsqueda en *Cochrane Library Plus* como base de datos

*Diversidad Funcional es el nuevo término acuñado en el Foro de Vida Independiente (2005), heredero en España del Movimiento Internacional de Vida Independiente, nacido en la Universidad de Berkeley, para referirse a las personas con discapacidad.

de revisión para conocer si existían revisiones relacionadas con la temática de estudio. Finalmente centré mi búsqueda en revisiones publicadas los últimos 10 años (2003-2013) y en aquellos que fueron publicados tanto en español como en inglés.

Tras la obtención de la fuente primaria y su lectura crítica, la mayoría de estudios que versaban sobre el fenómeno a estudio, usaban una metodología cualitativa. Los estudios de corte cuantitativo analizaban aspectos relacionados con el impacto en la calidad de la atención de las políticas de austeridad.

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS POLÍTICAS DE AUSTERIDAD EN ESPAÑA.

Martín y López del Almo (1) afirman que el sistema sanitario es un elemento clave en la calidad de vida de las personas, sin embargo no atribuye la mejora de la longevidad al mismo en exclusividad atribuyéndolo en mayor medida al crecimiento económico y a las mejoras de la nutrición.

Dado que España se encuentra en una situación de recesión económica es importante analizar las relaciones causales entre crisis y salud, sus consecuencias en la salud de la población resaltando la importancia de la política y el contexto institucional que afecta a la reducción de presupuestos y programas sanitarios (mayores listas de espera) dónde la salud pierde prioridad. (2)

Las relaciones entre renta y salud son bidireccionales y no lineales debido a que los efectos de la crisis sobre la salud generan la pérdida de rentas de las familias y el empobrecimiento repentino que afecta a corto plazo a la salud. Una parte importante de los efectos de la renta se deben a la relación entre educación y salud, dado que la educación es considerada la base para conseguir resultados eficientes en términos de salud. (3)

Existen otros estudios que ligan la salud y el desempleo como un efecto enriquecedor de la calidad de vida como indican Delia y González (2) quienes afirman que el empobrecimiento empeora la dieta, las condiciones de vida y la salud mental, pero por otra parte reduce el estrés del trabajo, permite dormir más y dedicar tiempo al autocuidado de la salud. De modo que el efecto neto del desempleo sobre la salud dependerá de la resultante de esos vectores contrapuestos.

Tras analizar los últimos datos del INE (Instituto Nacional de Estadística Español) observamos que el producto interior bruto generado por la economía española registra una variación del -1.9% respecto al año anterior, de modo que la economía anual acelera su decrecimiento como consecuencia de la reducción de la demanda nacional. Al mismo tiempo el PIB del resto de la Unión Europea registra una variación del -0.5% en el mismo año con una evolución negativa que la del año anterior (+0.1%), pero aun así la de España dobla la media de la Unión Europea. Este decrecimiento se aprecia de forma común en la principales economías europeas a excepción de Holanda, que pasa de un -1% en el tercer trimestre de 2012 a un -0.2% en el cuarto trimestre. Por otra parte se ha reducido el consumo nacional y el consumo final de familias dado que se registra una reducción de inversión en construcción y en activos, y a su vez se han reducido las exportaciones e importaciones de forma significativa. (3)

En cuanto al sector primario español se refleja un mantenimiento de los precios mientras que en el sector secundario se registra una bajada de la producción a precios de mercado y en el sector terciario observamos una significativa reducción en comercio, comunicaciones y actividades profesionales remarcando una ligera reducción a precios de mercado en la producción de servicios públicos, sanidad y educación. Haciendo referencia al gasto en el consumo final de los hogares por su relación directa con la salud observamos que experimenta una bajada del 3%. Por lo que ha habido una reducción de salarios que repercute en una disminución del número de ingresos y en consecuencia menor capacidad de gasto para el consumo (-8.5%). (3,4)

En relación al gasto del consumo final de las administraciones públicas se ha situado en datos negativos del 4% para poder estabilizar el déficit público. Respecto a la oferta en la administración pública, sanidad y educación se observa en el tercer y cuarto trimestre del 2012 un ligero descenso de la oferta. (4)

Esta reducción del 4% tiene un impacto directo en las políticas sanitarias que afectan de manera directa o indirecta a la salud, por su capacidad de distribuir en el tiempo los efectos de la economía, como por ejemplo los planes de inversión. Así pues según los datos del INE se gasta un 1% menos del PIB que el resto de la Unión Europea en sanidad, invirtiendo en sanidad mucho menos de lo que le corresponde por su nivel de riqueza. Según Navarro (5) las causas del escaso gasto público sanitario se deben al

dominio que las fuerzas conservadoras políticas han tenido sobre el estado español a lo largo de su historia. (3)

Finalmente lo que refiere a la distribución de la renta hay un decrecimiento de la remuneración de los asalariados que como contrapartida positiva reduce el coste laboral unitario de los trabajadores y aumenta la productividad (relación producción-coste). (3)

Según las referencias del INE se ha reducido la producción de bienes y servicios frente al año anterior por una reducción del consumo y de la inversión pública y privada. Debido al escaso gasto público sanitario, España tiene el mayor porcentaje de gasto sanitario privado de la Unión Europea, con un 30% procedente del grupo poblacional con mayor nivel de renta (3). Navarro (5) refleja en sus estudios que las fuerzas conservadoras del estado son las causantes de una polarización por clase social del sistema sanitario en el que las más elevadas tienen una sanidad privada y la pública corresponde a las clases populares, situación acentuada por los recortes sustanciales de la sanidad pública. Esta dicotomía puede afectar a la equidad y eficiencia del sistema sanitario con medidas como el copago implantado para evitar el abuso del sistema público por parte del usuario, del cual no hay ninguna evidencia. Otros autores como Bover (6) sustentan esta opinión afirmando que la privatización de los servicios de salud y la tarifa por servicio son estrategias que aumentan la inequidad en salud y el impacto desproporcionado sobre los más vulnerables de la sociedad.

REPERCUSIONES DE LAS POLÍTICAS DE AUSTRERIDAD SOBRE EL SECTOR SANITARIO.

El impacto de la crisis económica viene determinada por el contexto institucional, estado de bienestar y los mecanismos de protección a los ciudadanos en el que se produce. En los países desarrollados como España existe consenso en que las mayores repercusiones de la crisis económica se encuentran en los grupos de inmigrantes, enfermos crónicos, discapacitados y población de menor renta, quienes presentan mayor vulnerabilidad a la subida de precios, a la pérdida de acceso en los servicios de salud, o a perder su condición de asegurados, porque al perder el empleo pierden los derechos en salud. (3)

Algunos autores indican que el objetivo de la sanidad ha de ser el beneficio de la salud pública y la equidad mediante la defensa de la universalidad, equidad, calidad y seguridad en los servicios de salud (7). Otros autores desde una reflexión ética plantean que la crisis económica no debería afectar al derecho a la salud ni a la accesibilidad de la asistencia sanitaria excluyendo a otros grupos. Por ello, las autoridades de salud deberían considerar medidas de eficiencia económica sin recortar los derechos civiles en términos de salud dado que su prioridad dese ser cubrir las necesidades en salud sin tener en cuenta las condiciones sociales, económicas o de nacionalidad (4).

España actualmente ocupa el último lugar en cama hospitalaria con 336 x 100.000 habitantes un 37% inferior a la media europea (534) y las camas de larga estancia para pacientes crónicos son de 336 por 100.00 habitantes, un 36.6% inferior a la media (520). Esto supone asistir a estos pacientes en camas para agudos e implica un dispendio económico que atenta contra la eficiencia y el uso racional de recursos, a la que se suma una discriminación para estos pacientes (8).

Los nuevos modelos de gestión de recursos han producido una reducción de las estancias hospitalarias, la integración del modelo de atención en el hogar, con sus repercusiones sobre la estructura familiar, los cuidados invisibles de mujeres que asumen el rol de cuidadora y sobre la reestructuración de recursos. En cuanto a los cambios organizativos en los trabajadores destacan el aumento de la carga de enfermería y ratio pacientes-enfermera/o (índice de enfermeras es de 744 por 100.000 habitantes (inferior a la media Europea con 902, lo que supone 17,5% menos), las cuotas de personal y un replanteamiento de los servicios ofrecidos. Dichos recursos están determinados por la gestión, la naturaleza de las organizaciones y el tipo de organización (privada o pública) (9).

En momentos de crisis económica podemos encontrar diferentes posturas sobre sus consecuencias en salud de modo que autores como González y Meneu (10); Soto Ruiz (11); Bancalero Herrera, Silva Vera, López Fernández y Abellán Hervas (12) ; Marqués Hernández, Expósito Godoy, Armenteros Pérez, Guzman Almagro, Guzmán Guzmán e Ibáñez Muñoz (13), realizaron un estudio de revisión bibliográfica con el objetivo de estudiar los efectos de las políticas económicas, sociales y laborales españolas sobre la salud y a su vez estudiar si la necesidad de reducir el déficit publico comporta la oportunidad de mejorar la eficiencia y la equidad en todos los sectores públicos, en

especial el sanitario. Como resultados, refieren que la crisis económica se ha relacionado con una deterioro de la calidad y esperanza de vida caracterizada por un aumento de los niveles de estrés, suicidio, enfermedades mortales, agravamiento de enfermedades crónicas, mayor aparición de enfermedades mentales (depresión, abuso de sustancias, ansiedad, disminución de compromisos sociales, ataques de pánico y adicciones) y trastornos alimentarios (desnutrición, obesidad, anemia).

A su vez Hernández (14), presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares (COIBA), publicó una nota de prensa titulada “*El deber de las enfermeras frente a los recortes, 2013*” en la que afirmó un aumento de situaciones como ansiedad, temor, alteraciones del patrón del sueño, baja autoestima, alteración de los procesos familiares, deterioro de la interacción social, trastornos adaptativos o de afrontamiento, impotencia y riesgo de lesión por autolisis en los grupos poblaciones con rentas bajas, resaltando el importante papel de la enfermería para promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, junto con el respeto de los derechos humanos sin distinción por etnia, color, sexo e ideología establecido por el Código Deontológico de la Enfermería Española.

Además, Marqués, et al. (13) presta especial atención a las repercusiones laborales derivadas de los cambios en gestión, de la incertidumbre laboral, la precariedad, la reestructuración de sistemas y el recorte de plantillas, los cuales han dado lugar a trastornos ansiosos-depresivos, actitud agresiva, conflictos laborales, aumento de la carga de trabajo en los empleados, mayor rapidez de respuesta en menor tiempo y disminución de la calidad ofrecida en la atención, con consecuencias negativas sobre la salud aunque de menor riesgo para los más jóvenes.

Las repercusiones anteriores son defendidas por Gene-Badía, Gallo, Hernández Quevedo y García (15), quienes afirman que las políticas sanitarias adoptadas conllevan a una reducción salarial, aumento de despidos laborales entre los trabajadores temporales del sector público de salud, la reducción del número de horas-médicos que trabajan en dicho sector, o bien un aumento de la carga de trabajo y actividad sin el correspondiente aumento de sueldo. Estos aspectos afectan física y mentalmente a las enfermeras y equipo profesional de las unidades, obligándoles a centrarse en los resultados más que en la calidad de prestación de esos cuidados Además los autores resaltan el descontento de los profesionales por no haber participado en la toma de

decisiones en cuanto recurso-coste, defendiendo el desarrollo científico para mejorar el sector del cuidado.

En cuanto a la relación entre crisis económica y acceso a los servicios de atención primaria, Mira y Lorenzo (16) estudiaron que la frecuentación en estas unidades era mayor en empleados que en personas autónomas y estaba condicionada por la gratuidad, el tipo de enfermedad y población, la proximidad del centro, la morbilidad y en su percepción en salud. Ambos autores concluyeron que en los últimos meses parece existir una disminución de la demanda de atención sanitaria entre empleados, un fenómeno que ha de seguir estudiando para conocer las causas, consecuencias y costes tanto para la población como para el sistema. Gene-Badía (15) defiende esta última postura en uno de sus artículos en el que especula que un gran porcentaje de la población tiene miedo a perder el trabajo si solicitan la ausencia laboral por enfermedad o por la falta de recursos para el coste de los medicamentos.

Por otra parte, las bajas inversiones de la administración pública repercuten sobre las organizaciones y asociaciones públicas las cuales se encuentran ante una situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, las entidades del tercer Sector (entidad de apoyo a personas con diversidad funcional) se han visto obligadas a trabajar con voluntariado, a ofertar servicios eficientes a través de la disponibilidad de los recursos, a priorizar la atención a los sectores más vulnerables en detrimento de los proyectos preventivos, formativos o de investigación debido a las dificultades para sostener sus programas sociales y las escasas inversiones procedentes de la administración pública. También se han producido cambios en organizaciones cuyos recursos eran de menor número que se han visto obligadas a centrar sus recursos en programas de atención directa como la atención psicológica, neuroestimulación, atención temprana y psicomotricidad, mientras que los programas de participación comunitaria tienden a desaparecer. Todos estos cambios además de producir recortes en recursos sociales y programas, darán lugar retrasos de los pagos vinculados a convenios o subvenciones de la administración pública. (7)

En contraposición a los efectos negativos presentados hasta el momento, Soto (11) se cuestiona que la recesión económica podría dar lugar a mejoras en salud afirmando que se reduce el estrés del trabajo, aumenta el tiempo libre, las relaciones sociales, fomento de la actividad física y se reduce la exposición a accidentes laborales y de

tráfico. Pero a pesar de esta aportación, la OMS establece que dichos efectos positivos se han observado en periodos recientes y cortos por lo que no podemos asegurar los efectos positivos en una recesión económica sostenida.

Una revisión sistemática realizada por Hussey, Wertheimer y Mehrotra (17) concluye que en 21 estudios realizados hay relación entre un mayor coste en el sistema sanitario con una mayor calidad de vida (asociación positiva); 18 estudios afirmaron que un menor coste estaba asociado a una mayor calidad (asociación negativa) y 22 estudios no establecieron diferencias. Las comparaciones entre el coste y calidad de los resultados fueron las siguientes: 17 artículos afirmaron que había una asociación positiva con los costes, 10 tuvieron una asociación negativa y 14 presentaron una asociación imprecisa e indeterminada. De modo que la asociación gasto-calidad no aparece lineal debido a que los beneficios en la calidad de los recursos adicionales pueden ser positivos o acabar siendo negativos con el aumento del coste.

En este sentido, la encuesta de condiciones de vida del INE concluye que los recortes sanitarios podrían ser apropiados dado que durante años el consumo inapropiado del mismo ha dado lugar a la ineficiencia e inequidad incluso a la iatrogenia de las intervenciones sanitarias. De ahí que sea necesario aprovechar la situación actual para dotar al Sistema Nacional de Salud de transparencia, calidad, eficiencia, equidad y satisfacción, que constituyen la condición esencial para la protección de la población antes, durante y en la recuperación de la crisis. Esta postura ha sido defendida por Bancalero Herrera, et al. (12) quienes consideran que la ineficiencia en tiempo de crisis es una buena noticia porque permitirán mejorar la salud sin aumentar el gasto (hacer más con menos). Sin embargo critica los recortes indiscriminados sobre el personal capacitado y defiende el profesionalismo que es lo que necesita la sociedad. Como dice el autor *“Recortar con cabeza no es sinónimo de recortar cabezas”*.

En este momento crítico de España, las enfermeras, los profesionales de atención de la salud y académicos se encuentran una vez más en la interfaz de políticas públicas y población. Muchos de ellos critican que se habla de reducción del gasto sanitario y recortes en gastos públicos, sin hablar de sus consecuencias sobre los determinantes de salud de la población, el acceso universal a la atención de la salud como un derecho, la promoción de la equidad en la misma y en su satisfacción con las prestaciones. De ahí que parezca difícil introducir reflexiones para promover la ética, la justicia, la equidad,

el humanismo y la solidaridad cuando las reglas que orientan las actividades académicas son la antítesis de estos principios (6, 15).

En general, se podría decir, muchos autores afirman que la situación de crisis económica no ha sido utilizada como la oportunidad para mejorar la prestación de recursos-servicios y debería verse cómo una posibilidad de mejora en la planificación sanitaria, la coordinación, la transparencia, la calidad y la gestión (13). Gene-Badía (15) asegura que la crisis económica tendrá un impacto en la salud de los ciudadanos a pesar que en España no ha sido claramente cuantificada por indicadores de salud. Anticipa que los recortes sanitarios tendrán un gran impacto sobre la satisfacción del paciente.

CONSECUENCIAS DE LAS POLÍTICAS DE AUSTERIDAD EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN CON DIVERSIDAD FUNCIONAL.

La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones en la participación, entendiendo la discapacidad como la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad mental o psíquica y factores personales y ambientales, como por ejemplo el apoyo social limitado. (7)

La importancia de estudiar el impacto de la crisis económica en este grupo de población se debe a que en España afecta a 3.847.900 personas residentes en hogares que afirman tener alguna discapacidad lo que supone una tasa de 8.5 % de la población, 2.30 millones de mujeres y 1.55 millones de hombres, sumadas a 269.400 residentes en centros, lo que conforma el 9% de la población (Anexo 1). Estas cifras están aumentando debido al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Las tasas de población con mayor número de personas con diversidad funcional en España se encuentran en Galicia, Extremadura, Castilla-León, Ceuta y Melilla, mientras que el menor porcentaje se da en La Rioja, Cantabria y Baleares. En las Islas Baleares la tasa de discapacidad de dependientes residentes en sus hogares es de 68.794 personas (1.82%) y en centros 3.550 (1.22%) lo que supone un total de 72.344 personas con discapacidad (1.77%). (7, 18)

El informe publicado el 31 de diciembre de 2011 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad afirma, que de las 2.552.880 personas que participaron en un estudio sobre discapacidad, las causas más frecuentes de la misma en España son por problemas osteoarticulares, neuromusculares, enfermedades crónicas, intelectuales, mentales, visuales, auditivas, expresivas y mixtas. En las Islas Baleares la prevalencia es de 17.990 personas debido a causas osteoarticulares, 5.254 personas con causa neuromuscular, otras 10.408 por enfermedad crónica, 5.402 por enfermedad intelectual, 8.648 por enfermedad mental, 3.979 visual, 2.802 auditiva, 393 expresiva y 344 personas debido a causas múltiples (19).

Este grupo poblacional se ha visto afectado directa e indirectamente por los recortes en las organizaciones del Tercer Sector (entidades de apoyo) generadoras de empleo y servicios financiados mediante prestaciones públicas como subvenciones o convenios. Estas organizaciones se han visto obligadas, a consecuencia de la reducción del gasto público, a reducir los presupuestos, créditos, recursos y servicios de atención social. (7)

El INE llevó a cabo durante el año 2008 una Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008) en la que se estimó que un 59.8% de las personas con diversidad funcional eran mujeres frente a la proporción de varones con discapacidad, salvo a partir de los 44 años cuya proporción aumenta. La causa más habitual de diversidad funcional es la reducción de la movilidad dado que un 67.2 % de la población presenta limitaciones para moverse, un 55.3% tienen dificultades para llevar a cabo las tareas domésticas y el 84.4% con las tareas del cuidado y la higiene personal. Por ello las ayudas técnicas disminuyen la severidad de la discapacidad, pero el problema radica en que tan solo 2.5 millones de personas con discapacidad reciben algún tipo de ayuda técnica, personal o ambas y son aquellas personas que presentan mayor grado de severidad formado por 1.8 millones de personas en España. (20)

Se han producido reconfiguraciones del mercado laboral, se han fragmentado y reducido las ofertas, siendo las personas con discapacidad uno de los grupos que mayores dificultades tienen para acceder al empleo y son los primeros en ser despedidos, lo que repercute en el deterioro de su calidad de vida. Las personas con dificultades auditivas y visuales tienen mayor probabilidad de ocupación respecto a los que presentan limitaciones de aprendizaje y aplicación de conocimiento. Este aspecto

deja entrever que la educación a este grupo es un elemento importante para su futura reinserción laboral. (7)

El 97% de los niños discapacitados están escolarizados, la mayoría cursan educación secundaria (29%), seguido de estudios universitarios (24%), bachiller (5.85%), grado superior (11.4 %) y el resto tienen un nivel de estudios primarios o de enseñanzas profesionales de grado medio. Entre los niños discapacitados escolarizados en 2008 un 19.1% recibían educación especial, un 32,2% ordinaria sin apoyo, un 45.9% ordinaria en régimen de integración y un 2.8% no estaban escolarizados. (7,20)

Tras profundizar en el estudio de satisfacción realizado por el INE a través de la EDAD se concluye que la mayoría de las personas discapacitadas que reciben ayudas están satisfechas y estas cubren sus necesidades, en concreto el 61.7% que reciben ayudas técnicas y el 64.4% de los que reciben cuidados personales. Por el contrario un informe técnico de la OMS (20) afirma que un 30-50% de las personas con diversidad funcional presentan más necesidades insatisfechas en los países desarrollados y un 76-85% en países en desarrollo donde no reciben asistencia ni tratamiento. El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) (7) afirma que entre la población insatisfecha, un 27.3% reclama ayudas técnicas y el 16.9% ayudas personales. De ahí la importancia de analizar cómo están viviendo y percibiendo este grupo de personas el impacto de la crisis económica actual.

Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades pocas veces se centran en personas con diversidad funcional sumadas a que su salud pierde prioridad para los gobiernos y visibilidad para las poblaciones. Se reducen los presupuestos de salud y asistencia sanitaria y se demoran los planes de inversión. Ante la urgencia de la crisis se corre el riesgo de perder la atención a la salud en todas las políticas y a la prevención y los programas a largo plazo. (21)

De las personas discapacitadas españolas, 269.139 residen en centros. Un informe publicado en el centro de prensa de la OMS afirma que las personas con diversidad funcional perciben al personal sanitario como carente de aptitudes para atender sus necesidades. Por ello, es interesante analizar bajo la situación económica actual como se perciben dichas aptitudes y de esta forma evaluar los servicios y las prestaciones actuales del sistema sanitario en función de su percepción personal para reducir las

desigualdades sanitarias y mejorar el acceso, la calidad, asequibilidad y utilización de recursos de forma óptima. (21)

La ley 39/2006 Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) cuyo objetivo era garantizar el carácter universal de las prestaciones de atención a la dependencia para poder acceder a servicios y prestaciones económicas del Estado. Dichas prestaciones no debían tener en cuenta la situación económica del dependiente, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada (estado de salud, incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria y la necesidad de ayuda de otras personas). El principio de igualdad y no discriminación en el acceso fue su segundo objetivo el cual permitía que si una persona se veía privada del acceso público o privado a un determinado servicio se le otorgaría una prestación económica que cubriese tales necesidades. De hecho, se planteó la participación de la iniciativa privada y del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia, además de la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas (CC.AA) y, en su caso, a las Entidades Locales. (22)

Albarrán y Alonso (23), establecen que entre todas las discapacidades hay un conjunto de los mismos que pueden ser considerados dependientes o no y la diferenciación entre ambos grupos se da en la capacidad de llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Así mismo la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (aprobada el 3 de diciembre de 2006), cuyo objetivo es salvaguardar y proteger los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, establece que entre las personas con discapacidad se encuentran aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales, o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva de la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. (23)

Esta definición, ampliamente aceptada, exige que se den simultáneamente tres factores: una limitación física, psíquica o intelectual que merme ciertas capacidades de la persona; la capacidad de la persona para realizar por si misma las ABVD y la tercera, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. De manera que la

discapacidad puede ser un atributo inseparable de la dependencia, pudiendo existir distintos grados de discapacidad sin que exista dependencia. (24)

Ante la necesidad del cuidado personal a personas dependientes en situación de dependencia se estableció la Ley 30/2006 Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), un reconocimiento de atención a las personas que no pueden realizar de manera autónoma las ABVD y que se caracteriza por el predominio de la prestación monetaria para dicha atención. No obstante, esta ley no pudo llevarse a cabo a consecuencia de la burocracia y los recortes. (24)

Un elemento importante en el cuidado y asistencial personal de las personas con diversidad funcional y/o dependientes es el cuidador, una figura invisible de asistencia o cuidado informal en salud. Es importante dedicarle especial atención al cuidado informal debido a que el aumento de la longevidad, la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades, junto al número de personas en dependencia conllevan un coste derivado tanto de las horas de cuidado, como del nivel socioeconómico del dependiente y cuidador, de las variables socioeconómicas de ambos y del acondicionamiento del hogar. De forma que en 2004 se reconoció la necesidad de apoyar a las familias para avanzar en el estado de bienestar Mediterráneo y en 2006 los servicios y recursos se destinaron a ayudar a cuidadores y personas que dependían de atención, otorgándole valor al cuidado familiar en la contribución del bienestar de la persona dependiente y la necesidad del apoyo público para la prestación de cuidados. Bover (6), expresa que estos son ejemplos claros de que las políticas de bienestar dirigidas a promover la justicia social mediante el apoyo a la capacidad de cuidadores mejoraban los determinantes en salud.

El cuidado informal era prestado por mujeres que poseían una función adscrita por su rol de género (modelo tradicional patriarcal), que residen en el mismo hogar que la persona atendida, asumiendo los cuidados y convirtiéndose en invisibles pero indispensables. El cambio en la estructura familiar, el papel de la mujer en la sociedad actual, la disminución del tamaño de los hogares, el aumento de hogares unipersonales o los patrones de migración rural-urbana e internacional, afectan a la disponibilidad de la mujer para continuar ejerciendo este apoyo, lo que supone menos cuidadores potenciales y menor tiempo para cuidar. Los cuidadores informales tienen dificultades

en términos de salud (deterioro físico, cansancio, depresión), vida personal (reducción del tiempo de ocio, consecuencias a nivel laboral y económico) y para desempeñar sus tareas (falta de fuerza física y emocional). (22, 25)

Por el contrario, las ayudas económicas destinadas a cuidadores de personas dependientes se vieron interrumpidas por la crisis económica que se inició en 2008-2009, dando lugar a recortes masivos en políticas, programas de bienestar y grandes inversiones para rescatar el sector privado. Esto acentuó las desigualdades en el acceso a la salud de las personas dependientes, limitando su acceso a los recursos, servicios y se redujo, a su vez, los derechos de los ciudadanos a tener al familiar como el principal proveedor de bienestar y antídoto para el impacto de la recesión, repercutiendo sobre la calidad de vida y salud de la población, especialmente en grupos vulnerables como los cuidadores familiares y atención dependientes de personas (5). El CERMI (7) defiende que las personas discapacitadas reclaman más apoyo a cuidados y recursos a sus familiares y cuidadores ante la carga física y emocional, pero son difíciles metas de alcanzar en nuestra sociedad.

La mayoría de familias se han visto obligadas a asumir los gastos derivados del cuidado informal (directos, indirectos, invisibles y sus repercusiones), de ahí la importancia de analizarlos y conocer a qué cargas económicas se enfrentan. Los costes directos son aquellos que corresponden a los gastos médicos, farmacéuticos y de infraestructura; los efectos indirectos son aquellos relacionados con los días de trabajo perdidos por enfermedad tanto de la persona cuidada como del cuidador e indemnizaciones y pensiones; Los costes invisibles son aquellos que afectan a la calidad de vida del cuidado y el que requiere la persona dependiente. (21)

Entre los servicios más demandados en primer lugar se encuentran los cuidados médicos y/o enfermeros, seguido de pruebas diagnósticas, atención psicológica y/o salud mental, rehabilitación médico-funcional, servicios de podología, atención domiciliaria programada, ayuda a domicilio de carácter social, centros de ocio y en último lugar centros de día. (Anexo 2) (22).

La Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD) clasifica la situación de dependencia en tres grados y son los organismos competentes de cada Comunidad Autónoma (CCAA) los encargados de aplicar el baremo de medición oficial y común a todo el estado. Con la

finalidad de coordinar este proceso en 2007 se constituyó el Consejo Interterritorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, encargado de establecer los mecanismos de cooperación entre la Administración General del estado y las CCAA. (Anexo 3). El catálogo de servicios comprende: teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centros de día/ noche, atención residencial y ayudas económicas vinculadas a los servicios, cuidados del entorno familiar y prestaciones a la asistencia personal. (23)

Dichas prestaciones y servicios se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas CC.AA en función de las competencias que estas tengan asumidas, lo que podría fomentar desigualdades en el principio de universalidad, equidad y accesibilidad. La prestación económica para cuidados familiares en 2012 fue la más utilizada a nivel nacional, seguida de servicios de atención residencial y servicios de ayuda a domicilio, sin aparecer la asignación de prestaciones económicas de asistencia personal. En España la distribución real a la dependencia fue la atención residencial, seguida de teleasistencia, centros de día/noche, prestaciones económicas vinculadas al servicio de ayuda a domicilio en último lugar. (23)

Bajo la posibilidad de desaparición del cuidado informal (y de la prestación económica diseñada para su cobertura) el coste total de la dependencia aumenta un 38.75% a nivel nacional, lo que supondría un aumento del 22.97% para el copago del usuario y un 25.88 % para la financiación pública. (23)

A medida que se multiplican las solicitudes de la Ley de Dependencia (Anexo 4) aparece una ligera disminución en las concesiones de pensiones no contributivas. Un estudio realizado por Pozo y Escribano (24), para cuantificar el coste derivado del cuidado informal en España, concluye que el coste anual inherente al cuidado asciende a 4.972,72€ para una dependencia leve y 21.479,15€ para una dependencia grave. Si la dependencia se debe solo a demencia, el coste es de 4.660€ y 7.926€ para ambos niveles de dependencia respectivamente. Reemplazar el cuidado informal por el formal implicaría una movilización de recursos del 3,24-5,37%. (24)

La vivencia de cuidadores informales asociada a la dimensión económica del proceso de cuidar a personas dependientes no ha sufrido variaciones antes y después de la aplicación de la Ley de Dependencia, porque consideran que los baremos no se ajustan a la realidad potencial de los usuarios y llegada la crisis económica solo existe frustración y los numerosos impagos y retrasos en las ayudas que les corresponde

recibir, sumado al desequilibrio existente entre las ayudas económicas y los servicios concedidos. Es más, dicha situación se ve agravada por los condicionantes económicos vinculados a la crisis actual. (26)

Un estudio realizado para estimar el número de personas dependientes en la población española y el coste global asociado a su cuidado hasta 2050 en España, establece que la Administración General del Estado debe garantizar unos mínimos por persona discapacitada en situación de dependencia, suscrita acuerdos con la comunidad autónoma, cuya aportación se determinara en función de su renta y patrimonio. De modo que a través del número de personas dependientes en España y los tres tipos de costes (sanitario, social y de farmacia) se calcula el coste medio como resultado por un lado del costes total dividido por el número de beneficiarios y por otro lado se calcula el coste medio a través del coste total por niveles/grados de dependencia entre el número de beneficiarios por nivel, obteniendo los siguientes resultados: (23)

	MODERADO	GRAVE	SEVERO
SERVICIOS SANITARIOS	1.600,42 €	2.689,51 €	4.318,55 €
SERVICIOS SOCIALES	2.575,51 €	5.942,48 €	10.042,90 €
FARMACIA	645,20 €	654,20 €	645,20 €
NUMERO PERSONAS AFECTADAS	350.820 €	590.137 €	235.387 €
COSTE MEDIO ANUAL			
COSTE MEDIO =coste total/número de beneficiarios.	9.103,73 €	9.103,73 €	9.103,73 €
COSTE MEDIO= coste total por nivel de dependencia/ número de beneficiarios por nivel.	1.830,13 €	9.286,19 €	15.015,65 €

COSTE MEDIO ANUAL Y P OBLACION AFECTASDA A PARTIR DE LOS DATOS DE RODRIGUEZ Y MONTSERRAT,
ELABORADA POR ALBARRÁN y ALONSO (23).

De modo que dichos autores calculan mediante los datos obtenidos a través del INE e IMSERSO el número de posibles beneficiarios de la Ley de Dependencia y el nivel de crecimiento poblacional de personas dependientes para poder estimar el número de beneficiarios de los próximos años y la variación de costes de los tres servicios citados. Tras realizar dichos cálculos concluyen que en el año 2015 , fecha en la que se supone que estará en funcionamiento a pleno rendimiento el Sistema Español de Dependencia, sitúa la cifra de costes entre 17 y 20.000 millones de euros, importe

muy superior a los 4.426 millones que esperaban aportar las Administraciones Públicas (AA.PP). Las estimaciones indican que los fondos que parten tanto la Administración General del Estado como las CC.AA no llegaran a cubrir el 30% del coste estimado, es más, en los mejores de los casos únicamente se podría cubrir las necesidades de las personas dependientes del Grado III. Esto supone que los beneficiarios tendrán que asumir gran parte de los gastos y los objetivos planteados en la Ley de Autonomía y Atención a la Dependencia (LAAD) no serán cumplidos. Además que tales gastos suponen un alto costo para el estado Español, de forma que se prevé en 2020 un 38% menor de personas beneficiarias de ayudas. (23)

El objetivo de lograr una atención de calidad para las personas en situación de dependencia y lograr que el sistema sea el cuarto pilar básico de bienestar, supone un esfuerzo económico mucho mayor del inicialmente previsto por las autoridades económicas españolas, lo cual abre el debate sobre la forma de poder financiar estos servicios. De los 3.4 millones de personas con diversidad funcional, el 40% serán dependientes y sólo un 22% de discapacitados-dependientes recibirán ayudas. De modo que se prevé que en 2020 habrá un millón de personas en situación de dependencia con derecho ayudas en comparación con las 447.00 mil personas dependientes beneficiarias de las mismas. (23)

Por todo ello se elaboró la Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020 (18) con el que se pretende adoptar un plan nacional de acciones para la discapacidad con el objetivo de mejorar que estas personas puedan disfrutar de todos sus derechos y que tanto la sociedad en su conjunto como las propias personas con discapacidad puedan beneficiarse de la aportación de estas en la economía. En dicho documento definen la discapacidad como el desajuste entre el ecosistema social y las capacidades diferenciadas de las personas, entre las cuales encontramos políticas, normas insuficientes, actitudes negativas basadas en prejuicios, prestación insuficiente de servicios, financiación, la falta de participación, así como la falta de accesibilidad. Esto, produce que personas con discapacidad tengan peores resultados sanitarios, tasas más altas de pobreza, dependencia y participación limitada. (18)

El ejercicio de la igualdad y el derecho de las personas con discapacidad debe ser independiente a la situación actual de crisis económica que sufre España y por ello, tras la aprobación en 2008 de la Estrategia Global para el Empleo de personas con

Discapacidad se ha promovido el acceso de las mismas al mercado laboral. Sin embargo, los objetivos de dicha estrategia no se están cubriendo en el 2012-2013 dado que la tasa de ocupación es del 28.8% respecto al 68.3 % total de ocupación en España y un 30.5% de personas discapacitadas están por debajo del umbral de pobreza.(18)

Según el Informe de Mercado de Trabajo de las personas con discapacidad en Marzo de 2008, 107.500 personas con discapacidad y activas demandaban empleo, 65.892 estaban paradas (61.29%) y 41.610 trabajan (37.71%).Las empresas de Economía Social son las clave para la integración laboral, pero la crisis económica ha repercutido negativamente en el número de contratos destinados a este grupo. (7,18)

El gasto monetario directo anual por hogar ocasionado por la discapacidad es de 2.874 € una cantidad que supone el 9% del gasto medio anual por hogar, cifrado en 31.953 € por la encuesta de presupuestos familiares que no llega a compensarse con las ayudas, bonificaciones y subvenciones. Los hogares en los que viven personas con discapacidad reciben 500-1000 €/mes y algunas rentas mensuales de 3.000€, por lo que estos hogares deben asumir gastos adicionales y se hace necesario aumentar sus prestaciones. Por ello, las aportaciones informales de familiares o amigos son esenciales en momentos de crisis económica que complementan las prestaciones económicas del Estado. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad pretende ser un instrumento para que los gobiernos introduzcan cambios en sus legislaciones con el objetivo de mejorar y promover el acceso al empleo y sistemas de salud, así como proteger y garantizar el disfrute y la igualdad plena con el resto de personas.(15)

IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE AL NUEVO RETO DEL SISTEMA SANITARIO Y EL CUIDADO DE PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL.

La calidad asistencial se verá deteriorada si se sigue vulnerando el Estado de Bienestar de toda la población y entre ellos las personas con diversidad funcional-dependientes. El predominio actual basado en el paradigma médico-técnico y el impacto de los recortes humanos y económicos en sanidad están poniendo en peligro el cuidado integral y la calidad asistencial, por ello es necesario llevar a cabo políticas que

prioricen el profesionalismo reflexivo (producto es el resultado del razonamiento práctico) sobre la racionalidad técnica positivista. Aprender a actuar desde la reflexión debería ser nuestra tarea cotidiana como profesionales del cuidado para ofrecer unos cuidados asistenciales óptimos y de calidad que cubran las necesidades de la población. (27)

La implicación en equipo de los profesionales sanitarios es el elemento esencial para iniciar la búsqueda de soluciones y cambios sostenibles antes la situación que estamos viviendo. La circular nº 28- 2013 del Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares (COIBA) (14) establece con claridad el posicionamiento conjunto de médicos y enfermeros para mantener con calidad asistencial y seguridad de los pacientes con una eficiencia, que pese a sus múltiples posibilidades de mejora, constituyen el verdadero eje sustentador de la excelente calidad percibida por la sociedad española en relación a su SNS.

De Pedro Gómez y Morales Asencio (28) sustentan esta aportación afirmando que la colaboración entre médico y enfermera garantiza el alcance de la calidad en los resultados y defiende la consolidación del rol de las enfermeras como proveedoras de salud a través del desarrollo científico para dar respuestas eficientes a las necesidades reales de la población, aunque su autonomía sigue estando condicionada por las organizaciones.

La crisis económica actual es una situación costo-efectiva en la prestación de la atención, que a su vez implica una crisis de valores, crisis social, donde enfermería juega un papel importante como defensores de los usuarios. Enfermería desde la ética profesional y el compromiso social debe continuar respondiendo a las necesidades de Salud de la población, recogido en el Código Deontológico de la Enfermería Española, especialmente de los más vulnerables. Debemos trabajar para evitar la pérdida de calidad de los cuidados y reivindicar la vertiente ética y humanitaria de nuestros cuidados asistenciales, especialmente en países cuya esperanza de vida poblacional aumenta como es el caso de España, donde los usuarios del sistema de salud tienden a relacionar la calidad con la percepción de seguridad, confianza, disponibilidad, cercanía y honestidad que les trasmite el personal, más que la capacidad y destreza técnica. Otros elementos invisibles pero cuantificables son la amabilidad percibida o buen trato, escucha, tacto, sentirse acompañados, el apoyo emocional, afecto y comunicación,

valores que debe predominar ante la situación actual. Proporcionar cuidados de enfermería de calidad es una cuestión moral, pues las condiciones laborales actualmente no ayudan y enfermería se encuentra en una posición privilegiada para dar voz al principio de calidad y liderar nuevos modelos de atención. (29).

Para finalizar, recalcaré la importancia de la implicación enfermera en la que Hewison Alistair (30) defiende la figura de las enfermeras gestoras y su liderazgo centrado en el cuidado como medio para mejorar la productividad en el cuidado de la salud a través de mejoras en el proceso, en la experiencia del paciente con el objetivo de elevar los niveles de calidad y reducir los costes. Este pensamiento plantea que si las enfermeras gestoras pudiesen aprovechar el enfoque de la política actual, podrían motivar y movilizar al resto del equipo con el fin de hacer frente a dicha recesión. Este papel central de la enfermería en gestión fueron plasmadas en *The prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery (2010)* que pone de manifiesto la gestión como instrumento para responder no solo a la crisis económica actual sino también para afrontar los restos de la sanidad futura.

Sin embargo, las organizaciones no favorecen el desarrollo profesional enfermero y privan de autonomía a la enfermería para orientar nuevos Modelos de Práctica Clínica basados en la evidencia, con el fin de dirigir las organizaciones hacia la calidad de los servicios prestados. (28)

DISCUSIÓN

En primer lugar se debe hacer mención a las dificultades a la hora de obtener resultados introduciendo los términos descriptivos de mi pregunta de investigación (DeSC) en las bases de datos seleccionadas, a consecuencia de tratarse de un fenómeno reciente. Por lo que se recurrió a términos no indexados entre los cuales se encuentran: Crisis económica (Economic crisis) y Discapacidad (Disability). Seguidamente a medida que profundizaba en la búsqueda era necesario que tal revisión bibliográfica contuviese descriptores como Calidad de Atención en Salud (Quality of Health Care) y Accesibilidad a los Servicios de Salud (Health Services Accessibility). Para acabar, no se obtuvieron resultados relacionados con Eficiencia organizacional (Efficiency Organitacional) ni Gestión en Salud (Health Management) relacionado con la

discapacidad y recesión económica. Esto demuestra que es necesario avanzar en el desarrollo de investigaciones al respecto, que sin duda está en marcha, ante la situación de crisis económica actual y su impacto en la salud.

Tras examinar los efectos de las políticas de austeridad sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes con diversidad funcional, los artículos publicados hasta el momento se refieren a revisiones bibliográficas dirigidas a grupos poblacionales en general, es decir, son escasas las investigaciones sobre las repercusiones en salud de los cambios en gestión sanitaria en grupos específicos.

Sumado a esto, los autores no proporcionan detalles respecto a cómo estos cambios de gestión repercuten en la calidad ofrecida a los pacientes o en la relación coste-efectividad. Además son pocos los artículos que hablan del consumo inapropiado de recursos y gastos desmesurados de años anteriores que dieron lugar a la ineficiencia, inequidad e iatrogenia del sistema de salud. La mayoría concluyen, a nivel personal, que los recortes no son más que el inicio de la mejora asistencial a través del profesionalismo e implicación multidisciplinar. Afirmando que se debe mantener la seguridad y calidad asistencial de los cuidados, reivindicando la vertiente ética, humanitaria, de confianza, cercanía y honestidad debe ser nuestra meta más que destrezas técnicas y recursos materiales.

No ha sido posible recabar información de la relación coste-efectividad de programas a personas con diversidad funcional, como tampoco se han observado recomendaciones sobre el tipo de cuidados o intervenciones que requieren. Pero todos ellos coinciden que la renuncia de financiación laboral en momentos de crisis como la que estamos viviendo podría repercutir en un empeoramiento de su calidad de vida y en la accesibilidad a los sistemas de salud, así como en sus recursos disponibles para hacer frente a la enfermedad.

De igual forma, no se han estudiado los obstáculos que tiene este grupo para acceder a la asistencia sanitaria y por lo tanto, tampoco sobre los motivos, de forma que no podemos concluir si los cambios de gestión sanitaria han influido en la misma.

CONCLUSIÓN

Las conclusiones de esta revisión están limitadas por la necesidad de profundizar en el fenómeno a estudio, los cuales serán fundamentales para la aproximación y comprensión de la percepción que tiene la población sobre el impacto de las políticas de austeridad en la atención sanitaria recibida, y tampoco se ha recogido ninguna aportación de sus familiares o allegados. El que no existan revisiones bibliográficas concluyentes sobre dicha situación, potencia el desarrollo del estudio planteado.

Las políticas de austeridad actuales han dado lugar a numerosos cambios en la gestión sanitaria pública, como son la negación de protección en salud de aquellos que no cumplen la condición de asegurados ni la nacionalidad española o la repercusión del copago sobre la utilización de fármacos prescritos que ha repercutido en aquellos con menor nivel de renta por lo que perjudica a los más pobres, desconociendo todavía sus repercusiones en salud. Se reduce el gasto sanitario sin reconocer sus consecuencias sobre los determinantes de la salud, el acceso universal a la atención, la promoción de la equidad y su satisfacción con los servicios prestados.

En el momento actual debería preocupar más la salud que el gasto sanitario, dado que son muchos los autores que afirman que el gasto no se traduce en mejora de salud porque reducir el déficit público comporta la oportunidad de mejorar la eficiencia y la equidad en todos los sectores públicos, en especial el sanitario. El objetivo de todo profesional sanitario debe ser el beneficio de salud pública, la equidad mediante la defensa de la universalidad, calidad y seguridad en los servicios de salud. Desde el punto de vista ético la crisis no debe afectar a la salud, al igual que no deben recaer sobre el derecho a la salud. Si bien es cierto, muchos autores han relacionado la crisis económica con el aumento de enfermedades mentales pero el impacto de la misma dependerá del contexto institucional y del estado de bienestar.

La importancia de estudiar la percepción del impacto de las políticas de austeridad sobre las personas con diversidad funcional recae en que las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades pocas veces se centran en las personas discapacitadas sumado a que actualmente son un grupo poblacional cuya salud pierde prioridad para los gobiernos y visibilidad para las poblaciones.

La Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020, no ha cumplido sus objetivos en el año 2012-2013, entre las que se encuentran: reforzar los servicios e instalaciones sanitarias accesibles y no discriminatorias, fomentar la sensibilización hacia la discapacidad en las escuelas de medicina y en los planes de estudio de los profesionales de salud, ofrecer unos servicios adecuados y rehabilitación, promover la asistencia sanitaria pública y el desarrollo de servicios de intervención temprana y de evaluación de necesidades. Alcanzar una calidad de vida óptima en este grupo de población, es alcanzar la igualdad de condiciones en la sociedad.

Para poder llevar a cabo una gestión eficiente del fondo de inversión pública los gestores y economistas deben conocer el sector sanitario y sus necesidades, pero actualmente la relación entre profesional de la salud y economista es inexistente. Para conseguir la eficiencia organizacional que deseamos y llevar a cabo unos cuidados óptimos, eficientes y de calidad hay que promover la investigación y el análisis de la situación actual desde todas las perspectivas tanto del profesional como del paciente. Este es un deber de todos los profesionales sanitarios y en especial enfermería, quien gracias a su implicación ética y compromiso social, se encuentran en una situación privilegiada, para dar voz al principio de calidad y liderar nuevos modelos de atención.

El liderazgo y la gestión enfermera centrado en el cuidado es el medio para hacer frente a la recesión actual, ayudar a afrontar los retos de la sanidad futura, alcanzar unos resultados eficientes en salud y mejorar la productividad del cuidado.

ANEXOS:

ANEXO 1: Personas con diversidad funcional en España.

CC.AA	HOGARES		CENTROS		TOTAL	
	PERSONAS	%	PERSONAS	%	PERSONAS	%
Andalucía	716.136	18,91	30.684	10,56	746.820	18,31
Aragón	111.581	2,95	14.451	4,97	126.032	3,09
Asturias	104.548	2,76	8.806	3,03	113.354	2,78
BALEARES	68.794	1,82	3.550	1,22	72.344	1,77
Canarias	135.778	3,58	7.343	2,53	143.121	3,51
Cantabria	37.540	0,99	4.986	1,72	42.526	1,04
Castilla- León	255.901	6,76	36.538	12,58	292.439	7,71
Castilla- La Mancha	182.884	4,83	19.894	6,85	202.778	4,97
Cataluña	511.675	13,51	51.735	17,81	563.411	13,82
Com. Valenciana	452.784	11,95	19.304	6,64	472.088	11,58
Extremadura	110.965	2,93	9.234	3,18	120.199	2,95
Galicia	292.938	7,73	12.709	4,37	305.646	7,50
Madrid	434.813	11,48	41.129	14,16	475.942	11,67
Murcia	127.470	3,37	3.790	1,30	131.261	3,22
Navarra	41.578	1,10	6.973	2,40	48.551	1,19
País Vasco	169.376	4,47	15.775	5,43	185.151	4,54
La Rioja	17.938	0,47	2.986	1,03	20.924	0,51
Ceuta Y Melilla	17.748	0,39	642	0,22	15.390	0,38
Total	3.787.447	100	290.530	100	4.077.977	100

ANEXO 2: Prestaciones a personas beneficiarias de ayudas para la dependencia.



FUENTE: Elaboración propia

ANEXO 3:

PERSONAS BEFECIARIAS CON RPESTACIONES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS CCAA (situación a 31 de Marzo 2013).

ÁMBITO TERRITORIAL	POBLACIÓN CC.AA		PERSONAS BENEFICIARIOS CON PRESTACIONES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Andalucía	8.449.985	17,88	183.186	2,17
Aragón	1.349.467	2,86	19.783	1,47
Asturias	1.077.360	2,28	15.566	1,44
BALEARES	1.119.439	2,37	9.487	0,85
Canarias	2.118.344	4,48	11.756	0,55
Cantabria	593.861	1,26	14.252	2,40
Castilla- León	2.546.078	5,39	62.278	2,45
Castilla- La Mancha	2.121.888	4,49	37.389	1,76
Cataluña	7.575.908	16,02	139.531	1,84
Com. Valenciana	5.129.266	10,85	41.137	0,80
Extremadura	1.108.130	2,34	19.541	1,76
Galicia	2.781.498	5,88	39.785	1,43
Madrid	6.498.560	13,75	80.391	1,24
Murcia	1.474.449	3,12	25.381	1,72
Navarra	644.566	1,36	8.584	1,33
País Vasco	2.193.093	4,64	39.289	1,72
La Rioja	323.609	0,68	7.163	2,21
Ceuta Y Melilla	164.820	0,35	1.919	1,16
TOTAL	47.265.321	100,00	756.423	1,60

FUENTE: IMSERSO (SAAD. Sistema para autonomía y la atención a la dependencia).

ANEXO 4: Personas beneficiarias de ayudas con derecho a prestaciones por Comunidades Autónomas.

ÁMBITO TERRITORIAL	SOLICITUDES	TOTAL PERSONAS BENEFICIARIOS CON DERECHO A PRESTACIÓN
Andalucía	402.322	239.141
Aragón	46.949	29.017
Asturias	35.185	19.025

BALEARES	24.228	15.587
Canarias	40.249	24.291
Cantabria	24.306	16.072
Castilla- León	104.443	64.726
Castilla- La Mancha	88.647	49.566
Cataluña	278.922	166.739
Com. Valenciana	107.631	65.277
Extremadura	47.402	26.565
Galicia	86.898	60.846
Madrid	174.846	101.912
Murcia	54.819	34.114
Navarra	17.416	9.468
País Vasco	85.088	46.404
La Rioja	14.492	7.827
Ceuta Y Melilla	3.906	2.062
TOTAL	1.637.749	980.639

FUENTE: IMSERSO (SAAD. Sistema para autonomía y la atención a la dependencia).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín JJ, López del Almo MP. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. Cien Saude Colet (Río de Janeiro). 2011; 16(6):2773-2782.
2. Delia C, González B. Crisis económica y salud. Gac Sanit (Barc). 2009; 23(4):261-265.
3. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid:INE; 28 de febrero de 2013 [acceso 19 Marzo 2013]. Notas de prensa [Sección]. Contabilidad Nacional Trimestral de España. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/cntr0412.pdf>
4. Economistas frente a la crisis [Sede web]. Madrid: 29 Agosto 2010 [acceso 27 Abril 2013]. Colaboraciones [sección]. Crisis Económica, Salud y Sistema Sanitario. Disponible en: <http://economistasfrentealacrisis.wordpress.com/2012/08/29/crisis-economica-salud-y-sistema-sanitario/>
5. Navarro V. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. Gac Sanit (Barc). 2012; 26(2):174-175.

6. Bover A. Economic crisis, austerity discourses and caregiving: how to remain relevant through engagement and social justice. *Nurs Inq (And)*. 2011; 18 (3):188-190.
7. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). El impacto de la crisis económica en las personas con discapacidad y sus familias. CERMI: Madrid, 2009.
8. Martín García M. La situación de salud en España. Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1ª Mayo. 2010.
9. Molina-Mula J, De Pedro-Gómez JE. Impact of the politics of austerity in the quality of healthcare: ethical advice. *Nurs Philos (Oxford)*. 2013; 14:53-60.
10. González B, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. *Gac Sanit (Barc)*. 2012; 26 (2):176-177.
11. Soto MN. Impacto de la crisis económica en salud. *Rev Paraninfo Digital* [Revista en internet] 2011. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/011d.php>
12. Bancalero P, Silva ME, López C, Abellán MJ. Influencia de la situación económica en la calidad de vida percibida. *Rev Paraninfo Digital* [Revista en internet] 2011. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/068p.php>
13. Marqués MT, Expósito R, Armenteros E, Guzmán MI, Guzmán L, Ibáñez J. El desafío de la salud en tiempo de crisis. *Rev Paraninfo Digital* [Revista en internet] 2011. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/040d.php>
14. Colegio oficial de Enfermería de las Islas Baleares [Sede web]. Palma de Mallorca: COIBA. [Actualizada el 28 de Marzo de 2013; acceso 2 de Abril de 2013]. Disponible en: <http://infermeriabaleares.com/>
15. Gene-Badía J, Gallo P, Hernández-Quevedo C, García Arnedo S. Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish? *Health Policy*. 2012; 106:23-28.
16. Mira JJ, Lorenzo S. ¿Se acude menos a consulta en un entorno de crisis económica? *An Sist Sanit Navar*. 2011; 34 (3):505-506.
17. Hussey P, Wertheimer S, Mehrotra A. The Association Between Health Care Quality and Cost. *Ann Intern Med*. 2013; 158:27-34.
18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Sede web] .Madrid: Gobierno de España. 2012[acceso 2 Abril 2013]. Servicios sociales e igualdad [sección].

- Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020. Disponible en: http://www.msc.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf
19. IMSERSO (SAAD. Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia). [Sede web] .Madrid: Gobierno de España. 31 Diciembre 2011 [acceso 10 Abril 2013]. Base Estatal personas discapacidad [sección]. Disponible en: http://www.msc.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf
 20. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: INE; Octubre 2010[acceso 20 Marzo 2013]. INE base [Sección].Panorámica de la discapacidad en España. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>
 21. Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Suiza: OMS. 2012 [acceso 20 Marzo 2013]. Notas de prensa [Sección].Discapacidad y salud. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/cntr0412.pdf>
 22. Urcola F, Callén M, García MP, Ruiz L. El coste del cuidado y los mecanismos de compensación oficiales existentes. Rev Tesela [Revista en internet] 2012. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/tesela/ts1104.php>
 23. Albarrán I, Alonso P. La población dependiente en España: Estimación del número y coste global asociado a su cuidado. Estud Econ. 2009; 36(2):127-163.
 24. Pozo R, Escribano S. Impacto económico del cuidado informal tras la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Rev Esp Salud Pública (Madrid). 2012;86:381-392.
 25. Germán C, Hueso F, Huércanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enferm Glob (Murcia) [revista en internet] 2011 [acceso 25 Marzo 2013]; 23: 221-232.
 26. Martorell-Poveda MA, Jiménez-herrera M, Burjalés-Martí MD. La Ley de Dependencia: más allá de la crisis. Ética de los cuidados. 2011;4 (7). Disponible en: <http://0-www.index-f.comllull.uib.es/eticuidado/n7/et7751.php>
 27. Lozano-León T, Romero EM, Lozano MP. La enfermería reflexiva como paradigma ante la coyuntura socio-económica actual. Rev Paraninfo Digital [Revista en internet] 2011. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/181d.php>

28. De Pedro Gómez JE, Morales JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm.* 2004; 13(44-45): 26-31.
29. Huercanos I, Anguas A, Martín F. El cuidado invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Rev Tesela*[Revista en internet] 2012. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/tesela/ts11/ts_1106.php
30. Hewison A. Feeling the cold: implications for nurse managers arising from the financial pressures in health care in England. *J Nurs Manag.* 2010; 15: 520-525.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

MÉTODO:

1.- Pregunta de investigación:

¿Cómo impactan las políticas de austeridad en sanidad en la calidad asistencial de pacientes con diversidad funcional que acuden al sistema sanitario público de Mallorca?

2.-Objetivos generales y específicos:

Objetivo general:

Describir la percepción de pacientes con diversidad funcional en la calidad de atención sanitaria recibida en entidades públicas de Mallorca tras los recortes económicos en sanidad Española.

Objetivos específicos:

- Describir el impacto de las políticas de austeridad en el sistema sanitario.
- Identificar la accesibilidad que tienen los pacientes con diversidad funcional en entidades sanitarias públicas tras las políticas de austeridad en sanidad.
- Evaluar la percepción de la eficiencia en la atención recibida en pacientes con diversidad funcional tras la reducción de las aportaciones económicas a la sanidad Española.
- Describir la calidad en la atención de salud percibida por los pacientes con diversidad funcional, tras las políticas de austeridad en sanidad, cuando acuden al sistema sanitario público de Mallorca.

3.-Tipo de estudio y aspectos del diseño:

Planteo un estudio piloto observacional descriptivo de encuesta o transversal sobre población española con diversidad funcional residentes en Mallorca que acuden a asociaciones de enfermos crónicos de la isla, quienes son atendidos por enfermeras/os.

La necesidad de este estudio surge por la pretensión de describir la situación actual de la sanidad española en Mallorca para ser presentado como trabajo de fin de Grado de Enfermería, así para ser expuesto en la 11 th International Summer School: “*Impact of economic crisis on health*” organizada por la Universitat de les Illes Balears- Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la UIB- que se celebrará del 15 al 19 de Julio de 2013 en la universidad de Mallorca, y tal vez una puerta al trabajo fin de Máster.

3.1 Estrategia de revisión bibliográfica:

En función de las variables de estudio propuestas en los objetivos específicos, procedí a la traducción de los conceptos nucleares al lenguaje documental a través de la base de datos DeCs.

Palabras clave y descriptores:

Palabras Clave	Crisis económica, Sistema de salud, Calidad de la atención en salud, Eficiencia organizacional, Personas con discapacidad, Gestión en salud, Accesibilidad.		
Descriptores		Castellano	Inglés
	Raíz 1	Sistemas de salud.	Health systems.
	Raíz 2	Recesión económica.	Economic Recession.
	Secundario(s)	1. Personas con discapacidad. 2. Accesibilidad a los Servicios de Salud.	1. Disabled Persons. 2. Health Services Accessibility.
	Marginale(s)	1. Eficiencia organizacional. 2. Gestión en Salud. 3. Calidad de la Atención de Salud.	1. Efficiency, Organizational. 2. Health Management. 3. Quality of Health Care.
	Límite (s)	1. Ámbito público. 2. España.	1. Public sector. 2. Spain.

Tabla 1: jerarquía de los descriptores utilizados.

Seguidamente proseguí a la combinación de dichos conceptos nucleares mediante operadores booleanos, dividiéndolos en 3 niveles de jerarquía, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Los cruces realizados son:

Booleanos	1er Nivel	Sistemas de salud AND Recesión económica.
	2do Nivel	(Recesión económica AND Sistemas de salud) AND Personas con discapacidad.
	3er Nivel	(Recesión económica AND Sistemas de salud) AND Personas con discapacidad AND (Eficiencia organizacional OR Gestión en salud).

Dado que quería estudiar el impacto económico sobre la calidad de la atención en salud, accesibilidad, eficiencia organizacional y gestión en salud de pacientes con diversidad funcional que acuden al sistema sanitario público de Mallorca, me centré en 4 áreas de conocimiento: ciencias de la salud, economía, sociología, enfermería.

Seleccioné como metabuscador *EBSCOhost* y Biblioteca Virtual en Salud España (BVS), incluyendo como bases específicas *Pubmed*, *IME*, *Ibecs*, *CUIDEN* y *CINAHL*, además de consultas algunas páginas webs como el Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto para Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares (COIBA) y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Concluyendo mi búsqueda en una base de datos de revisiones como *Cochrane Library Plus* para conocer si existían revisiones relacionadas con la temática de estudio.

Finalmente centré mi búsqueda en revisiones publicadas los últimos 10 años (2003-2013) y en aquellos que fueron publicadas tanto en español como en inglés

Resultados de la Búsqueda			
Metabuscador 1	EBSCOhost		
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel
	2do Nivel		Otros
Límites introducidos	Publicaciones entre 2003-2013.		
Resultados	1er Nivel	Nº 2	Resultado final
	2do Nivel	Nº	2
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión

	Otros	N°	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
Metabusador 2	Biblioteca Virtual de Salud (VBS)			
Combinaciones	1er Nivel	x	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	
Límites introducidos	Publicaciones entre 2003-2013.			
Resultados	1er Nivel	N° 12	Resultado final	
	2do Nivel	N°	12	
	3er Nivel	N°	Criterios de Exclusión	
	Otros	N°	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
No obtuve resultados a partir del 2º nivel.				
Base de Datos Específica 1	PUBMED			
Combinaciones	1er Nivel	x	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	
Límites introducidos	Publicaciones entre 2003-2013.			
Resultados	1er Nivel	N° 90	Resultado final	
	2do Nivel	N°	90	
	3er Nivel	N°	Criterios de Exclusión	
	Otros	N°	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
<p>Dado que el número de referencias bibliográficas eran escasas, en el caso del 1er nivel opté por introducir el término <i>Economic recession AND Health</i> donde obtuve 704 artículos; Si introducía <i>Economic crisis AND health system</i> obtenía 329 artículos (Economic crisis es un término no indexado, no reconocido por DeSC).</p> <p>Respecto al 2do nivel si introducía [<i>Economic recession OR health system</i>]s AND <i>disabled persons</i>, los resultados eran 0, sin embargo al combinar: <i>Economic crisis AND disabled persons</i> (20); [<i>Economic recession AND Health</i>] AND <i>Disability</i> (5); [<i>Economic crisis AND Health system</i>] AND <i>Disability</i> (7); [<i>Economic crisis AND Health</i>] AND <i>Disability</i> (28).</p> <p>Respecto al 3er nivel: [<i>Economic recession AND Health system</i>] AND <i>Health services accessibility</i> (12); [<i>Economic crisis AND Health services accessibility</i>] OR <i>Health systems</i> (51); [<i>Economic crisis AND Health</i>] AND <i>Health services accessibility</i> (214); <i>Economic recession AND Health services accessibility</i> (74); <i>Economic recession AND Quality of health care</i> (308); <i>Economic crisis AND Quality of health care</i> (86); <i>Economic recession AND Health system</i></p>				

<i>and efficiency (4); Economic recession AND Health system efficiency (22); Economic crisis AND Health system (14).</i>				
Base de Datos Específica 2	CUIDEN			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	
Límites introducidos	Publicaciones entre 2003-2013.			
Resultados	1er Nivel	N° 0	Resultado final	
	2do Nivel	N°	0	
	3er Nivel	N°	Criterios de Exclusión	
	Otros	N°	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<p>A pesar de no obtener ningún resultado con el cruce de booleanos del 1er nivel opté por introducir los términos no indexados siguientes:</p> <p><i>Crisis económica AND Sistema de salud con 13 resultados; Crisis económica AND Salud (56); Crisis económica AND Calidad asistencial (3); Crisis económica AND Calidad de atención en salud (4); Crisis económica AND Enfermería (38); Crisis económica AND Calidad de vida (6); Crisis económica AND Ética en salud (7); Crisis económica AND Calidad de atención en salud (4).</i></p>				
Base de Datos Específica 3	CINHAL			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	
Límites introducidos	Publicaciones entre 2003-2013.			
Resultados	1er Nivel	N° 1	Resultado final	
	2do Nivel	N°	1	
	3er Nivel	N°	Criterios de Exclusión	
	Otros	N°	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
<p>Al igual que en la base de datos anterior desde la combinación del 1er nivel no obtuve resultados por lo que de nuevo me vi obligada a usar términos no indexados de la siguiente forma: <i>Economic recession AND Health (10); Economic crisis AND Health systems (15); Economic crisis AND Disability (1); Economic recession AND Health (42); Economic recession AND Health AND Disability (2); Economic recession AND Quality (1); Economic crisis AND Quality (7); Economic crisis AND Disability (3).</i></p>				
Base de Datos Específica 4	IME			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	

Límites introducidos	Publicaciones entre 2003-2013.			
Resultados	1er Nivel	N° 0	Resultado final	
	2do Nivel	N°	0	
	3er Nivel	N°	Criterios de Exclusión	
	Otros	N°	Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Únicamente obtuve resultados introduciendo el término <i>Discapacidad</i> con un total de 422 artículos.				
Base de Datos Específica 5	Ibecs			
Combinaciones	1er Nivel	X	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	
Límites introducidos	Publicaciones entre 2003-2013.			
Resultados	1er Nivel	N° 0	Resultado final	
	2do Nivel	N°	0	
	3er Nivel	N°	Criterios de Exclusión	
	Otros	N°	Sin interés para mi tema de investigación	
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Únicamente obtuve resultados introduciendo el siguiente término no indexado: <i>Crisis económica AND Salud</i> (31);				
Base de Datos de Revisión 1	COCHRENE			
Combinaciones	1er Nivel	x	3er Nivel	
	2do Nivel	x	Otros	
Límites introducidos	Publicaciones entre 2003-2013.			
Resultados	1er Nivel	N° 2	Resultado final	
	2do Nivel	N° 1	3	
	3er Nivel	N°	Criterios de Exclusión	
	Otros	N°	Sin interés para mi tema de investigación	x
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Nuevas combinaciones usando entre ellas términos no indexados: <i>Crisis económica AND Sistemas de salud</i> (16); <i>Crisis económica AND Sistemas de salud AND Discapacidad</i> (5); <i>Crisis económica AND Discapacidad</i> (11); <i>Crisis económica AND Sistemas de salud AND Personas con discapacidad</i> (4).				
Obtención de la Fuente Primaria				
Directamente de la base de datos				3

Préstamo Interbibliotecario	
Biblioteca digital de la UIB	
Biblioteca física de la UIB	
Otros (especificar)	Revistas electrónicas 13

El hecho de tener que recurrir a términos no indexados (no reconocidos por el DeSC) y el no avanzar del primer nivel no hace más que sustentar y reforzar que el planteamiento de mi pregunta de revisión bibliográfica requiere de una investigación futura. Respecto a los términos no descriptivos más utilizados en las bases de datos encontré: Crisis económica (*Economic crisis*) y Discapacidad (*Disability*). Seguidamente a medida que profundizaba en la búsqueda era necesario que tal revisión bibliográfica contuviese descriptores como Calidad de Atención en Salud (*Quality of Health Care*) y Accesibilidad a los Servicios de Salud (*Health Services Accessibility*). Finalmente no encontré resultados relacionados con Eficiencia organizacional (*Efficiency Organizational*) ni Gestión en Salud (*Health Management*).

3.2 Estudio de campo:

Tras la revisión de la literatura relacionada con la temática, objeto de mi estudio, procederé a la elaboración de un estudio de campo con el objetivo de aproximar las variables de estudio a familiares y pacientes con diversidad funcional que acuden a asociaciones de la isla de Mallorca y poder obtener así mayor exactitud en cuanto a la percepción de estos pacientes sobre los recortes económicos en sanidad.

Dicha fase consistirá en elaborar una encuesta siguiendo la información recogida tras la revisión de la literatura y repartidas en centros y asociaciones de discapacitados existentes en Mallorca, siempre bajo el previo consentimiento de los dirigentes de la asociación, profesionales y consentimiento informado de los participantes, o en su defecto de familiares o personas autorizadas. Seguida de recogida, análisis y difusión de resultados y conclusiones en función del tiempo disponible y del plazo de presentación del trabajo ante el tutor de dicho proyecto y asignatura de la universidad de les Illes Balears.

3.3 Población de estudio:

Se realiza un estudio sobre la población con diversidad funcional residente en las isla de Mallorca que forman parte de asociaciones tanto públicas y concertadas.

Según los datos obtenidos por la página web del IMSERSO (España) el número total de personas con diversidad funcional en las Islas Baleares es de 72.344 personas de las cuales 68.794 residen en hogares y 3.550 en centros.

Dado que muchos de estos pacientes no puedan contestar a las encuestas de forma autónoma debido a la patología derivada que produce una situación de discapacidad y teniendo en cuenta los aspectos que pretendo pilotar en este estudio he considerado la colaboración de familiares o tutor legal en la respuesta de las mismas e incluso la total independencia de los tutores legales para responderlas en función de las características de la persona a su cargo.

3.4 Tamaño muestral y tipo de muestreo:

Planteo seleccionar una muestra representativa, del grupo poblacional que pretendo estudiar, en función de las personas que integran las 8 asociaciones y centros Mallorquines seleccionados (*Ver criterios de inclusión*). Se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple según acudan al centro o asociaciones seleccionadas en Mallorca que presentan personal sanitario para satisfacer las necesidades de este grupo y se seleccionarán aquellos usuarios que tras informar del estudio piloto propuesto acepten participar asegurando el anonimato de dicha encuesta.

3.5 Limitaciones del estudio:

Entre las limitaciones del estudio se encuentran en que la técnica de recogida de datos a través de la encuesta formulada no ha sido validada, el sesgo de respuesta deseada y el sesgo de selección (pérdidas de estudio).

4.- Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión.

- Se incluyen en la muestra los participantes que acuden a las siguientes asociaciones y centros de Mallorca:
 - ASPACE
 - ADDEN
 - MATTER
 - REHACER
 - APROP
 - APROSCOM
 - JUAN CRESPI
 - JUAN XXIII
- Centros dotados con personal sanitario.
- Mayores de 18 años.
- Residentes en Mallorca
- Presenten diversidad funcional en su nivel bajo, medio o alto.
- Usuarios de entidades públicas o concertadas.
- Pacientes con diversidad funcional de más de 2 años.
- Usuarios que recibiesen información y firmasen el consentimiento informado.
- Familiares o tutores legales del usuario.

Criterios de exclusión.

- No haber tenido contacto con el sistema de salud.
- Incapacidad para responder al cuestionario sin tutor legal o que este no acepte el consentimiento informado.

5.- Variables de estudio:

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Situación civil

- Nivel de estudios
- Número de hijos
- Tipo de discapacidad
- Nivel de discapacidad
- Nivel de dependencia

Variables económicas

- Situación laboral
- Residencia
- Existencia de un cuidador/a
- Ingresos, prestaciones, ayudas recibidas
- Percepción de la situación laboral
- Percepción de las prestaciones sociales públicas (subsidio por discapacidad)
- Medidas de protección social
- Calidad de vida
- Estado de bienestar
- Apoyo formal e informal

Variable de aproximación

- Concienciación de la problemática por parte del personal de salud
- Accesibilidad a la asistencia sanitaria
- Estado de salud
- Cobertura sanitaria

Variable de atención recibida

- Aporte de seguridad y confianza
- Disposición del personal
- Disponibilidad de recursos materiales y humanos
- Valoración general de la calidad asistencial
- Efectividad de la atención recibida
- Relación coste-efectividad es equitativo
- Frecuencia de acceso atención primaria
- Frecuencia de atención en hospitales
- Frecuencia de ingresos hospitalarios

- Programas de rehabilitación vocacional
- Recursos humanos

3.9 Tipo de análisis de los resultados:

El análisis de los datos incluirá un primer acercamiento mediante sus descriptivos donde se expondrán las frecuencias más relevantes. El análisis estadístico incluirá para las variables cualitativas un cálculo de la *Ji cuadrada de Pearson*, para la combinación de variables cuantitativas y dicotómicas se realizará una *t de Student* según la distribución de la muestra y para las variables cuantitativas se calculará un *Coefficiente de Correlación de Pearson* que determinará la dirección y magnitud de posibles asociaciones. Se realizarán descripciones de la distribución de cada variable, pruebas de normalidad y gráficos de dispersión. El intervalo de confianza será del 95% y se calculará, en la totalidad de la muestra y se analizará según presencia/ausencia de los factores asociados. Finalmente, se realizará un análisis comparativo con las variables en participantes. Para el análisis y proceso de los datos se empleará el paquete estadístico SPSS versión 21.

4.- Aspectos éticos:

Esta investigación contará con fuentes y datos anónimos de los datos personales del paciente y familiares. Además, los participantes del estudio, habrán recibido información sobre la investigación y deberán dar su Consentimiento Informado elaborado para dicho estudio; Se asegurará en materia de Protección de Datos, la legislación vigente, tanto la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal como la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Los resultados de este estudio no vincularán participantes de forma directa y serán publicados, tanto los resultados positivos como los de carácter negativo y se respetarán los Códigos de Buena Práctica Ética para investigaciones en salud así como los Principios de la Bioética.

5.-Difusión de los resultados:

Comunicación oral en un encuentro internacional que tendrá lugar en 15 de Julio de 2013 en la Universitat de les Illes Balears (Palma de Mallorca): “11 Th INTERNATIONAL SUMMER SCHOOL: *Impact of economic crisis on health*”.

ANÁLISIS DE LAS FICHAS DE REVISIÓN

BIBLIOGRÁFICA

TIPO DE ESTUDIOS CONSULTADOS				
Revisión bibliográfica	15	Ensayo Clínico		
Revisión Sistemática	1	Casos controles		
Meta-análisis	1	Cohortes		
Marco Teórico		Descriptivo	8	
Revisión histórica	1	Cualitativa	2	
Revisión bibliográfica y descriptivo	1	Revisión bibliográfica y cualitativo	1	

FICHAS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nº Ficha	Código de Referencia interna
1	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Martín JJ, López del Almo MP. <i>La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España</i> . Cien Saude Colet (Río de Janeiro). 2011; 16(6):2773-2782.	
Introducción	Justificación del artículo	Elegido este primer artículo para averiguar los problemas económicos presentes en el SNS tanto presentes como futuros.
	Objetivo del estudio	Crear un marco de defectos y virtudes del SNS en cuanto a su financiación y eficiencia.

Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática		Casos controles		
		Meta-análisis		Cohortes		
		Marco Teórico		Descriptivo		
		Revisión histórica		Cualitativa		
Año de realización		2011				
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)				
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)				
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)				
	Registros	(especificar)				
	Técnicas cualitativas	(especificar)				
	Otras	Bases de datos específicas, revistas de economía, diarios de actualidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Actas de encuentros de economía, y fundaciones bancarias (Banco Bilbao Vizcaya Argentaria).				

	<i>Población y muestra</i>	Documento secundario.
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Los principales problemas del SNS son: el sistema de financiación actual esta descentralizado en territorios, depende de la financiación estatal y de la recaudación de tributos. En casos de crisis económica se reducen los ingresos financieros, desigualdad en el gasto per cápita entre las diferentes CCAA y existen desigualdades sociales en salud. Además manifiesta que el aumento de la población, su envejecimiento repercutirá sobre el aumento del gasto sanitario - Se abordó el Plan de Calidad del SNS 2006-2010 con el objetivo de garantizar la coordinación y sostenibilidad del sistema, el problema es que su generalidad no permite el desarrollo de un plan ambicioso de reformas. - La transferencia de sanidad a las CCAA aumenta la corriente de los gastos y en el aumento de los salarios. Ahora con la crisis se están reduciendo los salarios y la cantidad de empleo. - En el SNS se están llevando a cabo cambios organizativos mediante 4 estrategias: <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia gerencial: consiste en la profesionalización en la gerencia y organización, así como en la gestión directa e indirecta de los servicios. • Transformación en las empresas públicas de los servicios de salud. • Dotación de personal jurídico a centros de atención como fundaciones y consorcios. • Desarrollo de contratación externa y gestión indirecta de la atención sanitario (Modelo Alcira). - La crisis no es coyuntural, es estructural de medio plazo en la que el sector sanitario precisa de mayores ingresos y aumento de la eficiencia, que va unido a reformas institucionales, fiscales, financieras de la organización sanitaria y administraciones públicas. - Las estrategias para aumentar los ingresos a financiar el sistema 	

	<p>sanitario son el copago y los impuestos específicos para la asistencia sanitaria actualmente universal en España.</p>		
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - El autor del artículo propone mejorar la eficiencia del SNS mediante una buena gestión en el gobernar sanitario que sea a su vez transparente y se rindan cuentas claras. - Desarrollar un sistema integrado, conjunto de toda la información sanitaria con participación del ministerio sanitario y de las CCAA. - Se precisan estrategias homogéneas de salud pública a nivel nacional - Considera necesario crear una agencia de calidad clínica para evitar las desigualdades en la oferta y acceso y del uso a la sanidad. - Plantea el desarrollo de marcos institucionales para organizar la integración de servicios sanitarios y sociales. - Los acuerdos sobre políticas de recursos humanos a nivel nacional, así como un escenario homogéneo en formación, selección y retribución de médicos y profesionales del sector, incluyendo la profesionalización urgente de la gestión sanitaria. 		
Conclusiones del estudio	<p>La crisis es importante dado que no sólo no se va avanzar en salud, sino que va a retroceder en servicios no esenciales y recortes en los esenciales y si bien el SNS es universal, siempre hay un colectivo de desfavorecidos que no tienen acceso a él.</p> <p>Se precisa una reforma institucional, no solo ante el sistema sanitario, sino de ampliación de reformas políticas sobre la gestión de los servicios públicos a nivel estatal, para evitar el empeoramiento de la crisis y que esta no afecte al sistema sanitario presente y, lo más importante, es un futuro.</p>		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad

			metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. <i>La salud de la población española en el contexto europeo del Sistema Nacional de Salud: indicadores de salud</i>. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [acceso en 12 enero 2011]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/Indicadores5.pdf 2. Cantarero D, Pascual M. Impacto de la desigualdad de la renta sobre los indicadores de salud: un estudio empírico. In: <i>Actas del VII Encuentro de Economía Aplicada</i>; 2004; Vigo, España [acceso en 9 enero 2010]. Disponible en: http://www.revecap.com/encuentros/anteriores/viieea/autores/C/29.doc 3. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España. <i>Gaceta Sanitaria</i> 2006; 20(3):1-5. 4. Sánchez Fernández J, Sánchez Maldonado J. Necesidades de gasto sanitario público inducidas por factores demográficos: un análisis por comunidades autónomas. <i>Revista de Estudios Regionales</i> 2009; 7:157-180. 		
Otros aspectos u observaciones	Cuando hablamos de políticas sanitarias debemos tener en cuenta también las políticas sociales.		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
2	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Delia C, González B. <i>Crisis económica y salud</i> . Gac Sanit (Barc). 2009; 23(4):261-265.				
Introducción	Justificación del artículo	Selecciono este artículo para abordar los dos puntos de vista de las políticas de austeridad, tanto aquellas que las consideran beneficiosas con consecuencias positivas sobre la salud de las personas, como las apreciaciones contrarios sobre esta temática. Además este artículo esta realizado en base a una revisión bibliográfica muy riguroso por lo que sus aportaciones abarcan casi todos los puntos de vista aportado por diferentes autores hasta el 2009 (año en el que se publicó este artículo).			
	Objetivo del estudio	Ver qué factores en materia de salud son efectos o pueden ser afectados por la crisis.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2009			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)			

		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Búsqueda bibliográfica en bases de datos específicas y revistas en ciencias de la salud.
	<i>Población y muestra</i>	Es un artículo secundario centrado en los beneficios y consecuencias de la crisis económica sobre la salud de la población.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Existe crisis económica en nuestro país desde que oficialmente el Banco de España publicó en Enero de 2009 el segundo trimestre de caída del Producto Interior Bruto. - Los efectos de la crisis económica pueden ser a corto, medio o largo plazo, directos e indirectos y pueden presentar consecuencias reversibles o no. - Los efectos más directos del desempleo sobre la salud dependen de la cobertura de la seguridad social. - Con el estado actual de crisis económica aumentan las desigualdades en la renta, el desempleo y con ello problemas de salud. Ante esta postura la autora defiende que si aumentasen los gastos sociales (por ejemplo, a familias monoparentales) se reduciría la mortalidad infantil; Si se reducen las pensiones aumentaría la mortalidad en ancianos; Si disminuye la cobertura de desempleo, también afecta a la salud. 		

	<ul style="list-style-type: none">- La importancia del impacto de la crisis económica sobre las familias se encuentra en la pérdida de la renta y el empobrecimiento repentino que conlleva a la emigración, cambios en la pauta de alimentación, obesidad, disminución de la calidad de la dieta, violencia, delitos, marginalidad y exclusión social.- Los niños y los ancianos son los grupos más vulnerables antes las repercusiones de las políticas de austeridad, los niños de familias pobres adquieren enfermedades crónicas porque la baja renta de sus padres empeora su salud. Además los niños que gozan de salud tienen un mayor rendimiento escolar y de adultos serán más sanos, pues podrán desarrollar habilidades cognitivas para procesar información en materia de salud (de ahí que se diga que los beneficios de la educación sobre la salud, es el beneficio no monetario de la educación).- La crisis produce efectos sobre la salud pero matizables, por ejemplo entre los aspectos positivos de la crisis la autora defiende que la pérdida laboral reduce el estrés del trabajo, permite dormir y descansar más, dedicarle más tiempo al autocuidado de la salud, reduce la exposición a accidentes laborales y de tráfico, y el descenso de la productividad industrial reduce la contaminación. Por el contrario, los efectos negativos que plasma en este documento son: el desempleo está directamente relacionado con la mortalidad por suicidio, alteración en la dieta, empeoramiento de las condiciones de vida y salud mental.- En épocas de crisis es esencial el sector público en políticas de activación económica (inversiones, subsidios, distribución de la renta), sanitarias (preventivas) y sociales (educación, atención a menores y tercera edad).
--	--

<p>Discusión planteada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tras realizar varios estudios empíricos de crisis económicas en otros países en busca de la relación entre salud y crisis económica, la autora concluye que en la mayoría de los casos se asocia la crisis económica con la pérdida de salud a medio plazo, pero sus efectos dependerán del nivel de vida del país, de la profundidad, intensidad y duración de la crisis, así como de la protección e inversión del Estado para mitigarla. - La situación de crisis económica es una oportunidad para mejorar los aspectos organizativos de entidades sanitarias, permitiendo racionalizar los sistemas de salud y priorizar los recursos con criterios explícitos.
<p>Conclusiones del estudio/Autor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El lado positivo de la crisis se encuentra en que el desempleo puede ser una oportunidad para capitalizar la salud, mejorar el estilo de vida y el nivel educativo. También puede dar lugar a una disminución de la producción industrial y con ello a una reducción de la contaminación ambiental, sin olvidar que se reducen las congestiones y los accidentes de tráfico. - Las reacciones de la crisis económica sobre la salud dependerán del contexto institucional (estado de bienestar, mecanismos de protección social) y cultural, así como de la intensidad, duración y la velocidad de instauración de la misma. - Los efectos de la crisis dependen en gran medida de las políticas de protección social, de la red de seguridad, del estado de bienestar y de las redes sociales y familiares. - Actualmente es demasiado pronto para detectar los efectos de la recesión económica sobre la salud. Sin embargo podemos empezar a entrever sus repercusiones sobre el desempleo, el incremento de la pobreza entre los más pobres y las desigualdades sociales. Además los jóvenes desempleados no parecen aprovechar el tiempo

	libre para formarse, se han producido cambios en los patrones alimentarios, aumentando el consumo de bollerías, y se duplicaron las peticiones de ayuda económica para alimentos.		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No he seleccionado ningún artículo de interés dado que el objetivo de mi trabajo no se centra en la situación actual en España, únicamente requería conocer en rasgos generales la situación como método para justificar mi pregunta de investigación.		
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha	Código de Referencia interna
3	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: INE; 28 de febrero de 2013 [acceso 19 Marzo 2013]. Notas de prensa [Sección]. <i>Contabilidad Nacional Trimestral de España</i> . Disponible en: http://www.ine.es/prensa/cntr0412.pdf	
Introducción	Justificación del artículo	He seleccionado este artículo para conocer la situación económica actual en España: el consumo de los hogares españoles, el gasto de

		las administraciones públicas y su oferta de servicios (con especial atención el sector sanitario), conocer el número de ocupados, asalariados o desempleados en los últimos años, el decrecimiento de las rentas familiares, el valor del PIB, la subida de impuestos, IVA (que han agravado el coste del consumo) y la inversión pública y privada.			
	Objetivo del estudio	Valorar las variaciones de la economía española del cuarto trimestre de 2012.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2010			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registros	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		

		Otras	Estadísticamente.
	Población y muestra	Población española 46.815.916 personas.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - En el sector primario hay un mantenimiento de los precios. - En el sector secundario hay una bajada de la producción a precios de mercado. - En el sector terciario hay una significativa reducción en el comercio, comunicaciones y actividades profesionales, con una ligera reducción a precios de mercado de la producción de servicios públicos, sanidad y educación. - El gasto en el consumo final de los hogares experimenta una bajada del 3% con una reducción de los bienes duraderos. - Habido una reducción de los salarios que repercute en el bajo número de ingresos y en consecuencia menor capacidad de gasto para el consumo. - El gasto en el consumo final de las administraciones públicas se ha estabilizado en datos negativos del 4% para poder estabilizar el gasto público. - Respecto a la oferta de la administración pública, sanidad y educación se observa un descenso. - Bajada en el empleo medido en términos de puestos de trabajo a tiempo completo. - Se observa un decrecimiento de la remuneración de los asalariados que como contrapartida traduce el coste laboral unitario de los trabajadores y aumenta la productividad (producción-coste). - Habido aumento de impuestos y del IVA. - Se ha reducido la producción de bienes y servicios frente al año anterior por una reducción de la inversión pública y privada. 		

Discusión planteada	NO PLANTEA		
Conclusiones del estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento anual del PIB es del -1.9%, tres décimas inferior a las del año anterior. - Disminución de la demanda nacional. 		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No presenta.		
Otros aspectos u observaciones	Es un documento primario.		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
4	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Economistas frente a la crisis [Sede web]. Madrid: 29 Agosto 2010 [acceso 27 Abril 2013]. Colaboraciones [sección]. <i>Crisis Económica, Salud y Sistema Sanitario</i> . Disponible en: http://economistasfrentealacrisis.wordpress.com/2012/08/29/crisis-economica-salud-y-sistema-sanitario/	
Introducción	Justificación del artículo	Creo que debía seleccionar este artículo porque hace aportaciones de economistas, defensores del sistema sanitario, frente a la crisis y a su vez

		introduce aportaciones de políticos a favor de los recortes. De modo que este documento es una crítica continua que permite ver los dos puntos de vista e incita a la reflexión.			
	Objetivo del estudio	Hacer una crítica sobre las razones políticas expuestas para llevar a cabo los cambios en la política sanitaria y reflexionar sobre las mismas.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	X
	Año de realización	2012			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)			
Escala (Validada/No validada)		(especificar)			
Registros		(especificar)			
Técnicas cualitativas		(especificar)			
Otras		Se basa en publicaciones, notas de prensa y discursos políticos.			
Población y	Es un artículo primario, construido en base a				

	<i>muestra</i>	discursos políticos y de economistas defensores del sistema sanitario.
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El autor (economista) defiende que el gasto sanitario no es la causa de la crisis económica como acusan los políticos, por ello la ignorancia y la infravaloración de los efectos que estos recortes pueden desencadenar sobre la salud de la población de la personas deberían ser abordadas como una prioridad. - La crisis aumenta las desigualdades en salud, la inequidad y crisis social porque ha repercutido y lo seguirá haciendo sobre los determinantes sociales de la salud. - Uno de los indicadores de la sostenibilidad financiera es la salud de la población dado que las condiciones en las que la gente vive y muere viene determinada por las políticas sociales y económicas. - La reforma actual ha dado lugar a aumento de la precariedad laboral y desempleo, empeoramiento de las condiciones del trabajo, debilitación sindical e infravaloración de la salud laboral. - El copago ha sido implantado como una forma de sostenibilidad del sistema, ahorrando recursos a través de las aportaciones de los ciudadanos para aumentar ingresos sin reducir las prestaciones. - La OMS en 2010 publico un Informe sobre Salud en el que se explicaba que el copago reducía la equidad en el acceso al sistema sanitario con un mayor impacto en la infancia, personas mayores, enfermedades crónicas y discapacitados. - Entre los factores que aumentan el gasto sanitario se hayan principalmente la atención especializada. 	
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - La crisis se ha producido con la existencia del estado de Bienestar y sin él, por lo que es falso justificar los recortes en sanidad basándose en el abuso de los recursos sanitarios y del estado de Bienestar. 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Por otra parte, la evidencia del sostenibilidad del sistema sanitario a través del copago es limitada y no existen resultados que demuestren la evidencia de la medida tomada. - Plantea que se debe reflexionar sobre las medidas adoptadas y permitir la participación de Juntas Clínicas, Juntas de Personal y quipos directivos de centros sanitarios e todos aquellos que afecten a la estructura y gestión del sistema sanitario y a su calidad asistencial. - Aunque los determinantes sociales de la salud impactan más en la equidad de salud que en la posibilidad de acceder al sistema sanitario de calidad y al elevado nivel de prestaciones, el autor defiende que sin estos no sería posible solventarlos efectos de las desigualdades en los Determinantes Sociales de la Salud.
<p>Conclusiones del estudio/Autor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los políticos y economistas vinculan la causa de los recortes sanitarios a los derroches de los recursos sanitarios, de modo que únicamente intentan justificar sus medias culpabilizando a la población. - Los cambios frecuentes en las políticas sanitarios, las nuevas imposiciones como el copago y los recortes improvisados deterioran la imagen del sistema sanitario y repercuten en la calidad del mismo. - Ahora más que nunca es necesario reforzar la sanidad pública universal, redistributiva y de financiación fiscal, alcanzar la calidad excelente, la participación y la implicación de los profesionales en la mejora continuada de la eficiencia, acceso, igualdad y calidad. - Las repercusiones que el acceso tiene sobre las desigualdades sociales debería ser una prioridad en las agendas políticas. - Se está expulsando al ciudadano del sistema público sanitario

	<ul style="list-style-type: none"> - Los recortes sanitarios repercuten en el resto de sectores productivos porque sin salud no hay productividad a ningún nivel. - El copago es un repago que dota de responsabilidad al ciudadanos sobre su salud 		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	Este documento es una aportación personal basada en la reflexión de discursos políticos por lo que no presenta referencias bibliográficas.		
Otros aspectos u observaciones	Este artículo no tiene rigor científico pero me parecía interesante abordar el punto de vista de un economista defensor de las inversiones sanitarias para comparar ambas perspectivas sobre los recortes en la financiación pública (sanitaria y social).		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
5	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Navarro V. <i>El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública</i> . Gac Sanit (Barc). 2012; 26(2):174-175.	
Introducción	Justificación del artículo	Selecciono este artículo porque describe la baja inversión pública en el sector sanitario y lo vincula al predominio de las fuerzas

		políticas conservadoras. A su vez considera que el crecimiento de los recortes en el gasto sanitario no mejora su eficiencia, sino que aceleran el crecimiento de la sanidad privada dando lugar a inequidad, ineficiencia del sistema, acentuando la desigualdad y la polarización social. Además critica las políticas implantadas para evitar lo que los políticos llaman “abuso” de la sanidad pública, de la cual el autor considera que no hay ninguna evidencia.			
	Objetivo del estudio	Reflexionar sobre las consecuencias negativas del bajo gasto sanitario en la sociedad.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2012			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registros	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		

		Otras	Búsqueda bibliográfica en bases de datos específicas.
	Población y muestra	No se centra en ninguna muestra dado que es un documento secundario, sin embargo si podemos decir que habla de la situación en España y hace algunos incisos de la región de Cataluña.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El gasto de la sanidad pública en España es de los más bajos de la Unión Europea y se gasta en sanidad mucho menos de lo que le corresponde por su nivel de riqueza. Entre las causas se encuentran cuestiones meramente políticas como las fuerzas políticas conservadoras. - Los recortes en e gasto publico acelera el auge de la sanidad privada. - La <i>Generalitat de Catalunya</i> implanto un sistema de aseguramiento sanitario para las rentas superiores, reduciendo el sector público a un sector asistencial de mínimos para las clases populares, lo que dará lugar a la inequidad e ineficiencia del sistema sanitario. - Los recortes (de carácter político) acentúan más las desigualdades. 		
Discusión planteada	No hay ninguna evidencia de que los recortes estén mejorando la calidad del sistema sanitario, considerando que acentúa más las ineficiencias a causa de la polarización del acceso al sistema en función de la clase social a la que pertenezca.		
Conclusiones del estudio/Autor	Propone buscar otras alternativas para aumentar los recursos sanitarios pero reclama la voluntad política. Alguno de esas alternativas son: adquirir fondos eliminando la baja de impuestos a las empresas que facturan más de 150 millones de euros al año, recuperar el impuesto del patrimonio y eliminar la reducción de		

	impuestos como los de sucesiones, o incluso combatiendo el fraude fiscal.		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1	X	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	1. Navarro V. Los determinantes del gasto público sanitario. Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. 2010; 128:10.		
Otros aspectos u observaciones	Tras valorar su exclusión o inclusión en mi marco teórico he decidido introducirlo, porque es interesante reflejar en mi trabajo cómo las políticas de austeridad polarizan los derechos en salud.		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
6	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Bover A. <i>Economic crisis, austerity discourses and caregiving:how to remain relevant through engagement and social justice</i> . Nurs Inq (And). 2011; 18 (3):188-190.	
Introducción	Justificación del artículo	<p>Selecciono este artículo porque habla de la importancia de las familias y cuidadores invisibles en la promoción del bienestar y salud de los miembros más vulnerables.</p> <p>Mi marco teórico va enfocado a los pacientes con diversidad funcional quienes necesitan la figura de un cuidador informal para cubrir</p>

		<p>alguna de sus actividades de la vida diaria e incluso un alto porcentaje requiere atención continua. Dada la situación económica actual son de cada vez más las familias que no reciben ninguna ayuda o las que reciben están en riesgo de reducción o desaparición, sumadas a que la mayoría no disponen de empleo y son ellos mismos los que deben invertir su dinero para cubrir las necesidades de ese miembro con diversidad funcional.</p>				
	Objetivo del estudio	<p>Discutir la necesidad de que académicos y profesionales de atención e salud se comprometan a desarrollar nuevas alternativas al cuidado de la salud centradas en la justicia social para garantizar la salud de las poblaciones.</p>				
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática		Casos controles		
		Meta-análisis		Cohortes		
		Marco Teórico		Descriptivo		
		Revisión histórica		Cualitativa		
	Año de realización	2012				
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado		(especificar)		
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)				
Escala (Validada/No validada)		(especificar)				

		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Búsqueda bibliográfica en bases de datos específicas y revistas en ciencias de la salud.
	Población y muestra	Es un artículo secundario centrado en el cuidado invisible en la región del Mediterráneo.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El estado de Bienestar ha disminuido en la región del Mediterráneo así como también en el resto de España lo que otorga de mayor responsabilidad de cuidado al entorno familiar del paciente. - En la región mediterránea las inversiones e intervenciones del estado central, autonómico y local destinadas al bienestar y calidad de vida de los ciudadanos son bajas y se caracteriza por menos impuestos y aumento de la responsabilidad familiar para el cuidado individual de sus familiares. - Actualmente las familias tienen una gran responsabilidad para promocionar los cuidados de sus miembros más vulnerables y dependientes. - Al aumentar la esperanza de vida ha aumentado la necesidad de trasladar los cuidados al entorno familiar, lo que ha supuesto nuevas formas de cuidados. Sin embargo la incorporación de la mujer al entorno laboral y los cambios estructurales familiares, hizo necesario promover nuevas políticas de bienestar para promover la justicia social destinada a servicios y recursos para cuidadores y 		

	<p>personas que requerían atención. Por el contrario, la crisis de 2008 repercutió sobre las reformas sociales y programas sociales con consecuencias importantes en la calidad de servicios y salud para cuidadores y personas dependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La situación de crisis económica ha supuesto la necesidad de que los profesionales de atención en salud estudien los resultados de las nuevas políticas para identificar los riesgos que estas tiene sobre la salud de la población. 	
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - Los discursos políticos están anclados en la reducción del gasto sanitario y recortes de los gastos públicos en lugar de las consecuencias del acceso a la salud, equidad, seguridad o sobre la calidad de atención prestada. 	
Conclusiones del estudio/Autor	<p>Las políticas de austeridad que apoyan el sistema económico neoliberal suponen un riesgo para la salud de la población española, especialmente en la región mediterránea. Por ello, resalta la importancia de la profesión enfermera en su posición privilegiada próxima a la población para abordar alternativas y lograr responsabilidad y justicia social, la promoción, la atención en salud, la equidad y por consiguiente una transformación social.</p>	
Valoración (Escala Liker)	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajsenstadt M and J Gal. 2010. Children, gender and families in Mediterranean welfare states. London: 	

	<p>Springer Science.</p> <p>2. Frenk J, L Chen, AB Zulfiquar, J Cohen, N Crisp, T Evans, H Fineberg et al. 2010. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. <i>The Lancet</i> 376: 1923–57.</p> <p>3. Peiro´ S, JJ Artells and R Meneu. 2011. Identification and prioritization of interventions to improve efficiency in the National Health System. <i>Gaceta Sanitaria</i> 25: 95–105.</p>
Otros aspectos u observaciones	

Nº Ficha	Código de Referencia interna
7	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad (CERMI). <i>El impacto de la crisis económica en las personas con discapacidad y sus familias</i> . CERMI: Madrid, 2009.				
Introducción	Justificación del artículo	Escogido este artículo por su aproximación a la dimensión de las políticas de austeridad sobre la discapacidad. Además este documento contiene información derivada de fuentes primarias y secundarias, de modo que contiene un gran rigor científico.			
	Objetivo del estudio	Conocer las principales características de las personas con discapacidad frente a la crisis económica.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	

		Meta-análisis		Cohortes		
		Marco Teórico		Descriptivo		
		Revisión histórica		Cualitativa		X
	Año de realización	2008				
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionari o validado	(especificar)			
		Encuesta/cuestionari o de elaboración propia				
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
		Registros	(especificar)			
		Técnicas cualitativas	Grupos de discusión y entrevistas dirigidas a: un representante técnico-político, gestor/a público de apolíticas de atención a la discapacidad, experto en crisis y el Tercer Sector, gestor/a de entidad de inserción laboral en discapacidad, representante de la ONG que se ha visto afectada por la crisis, gerente o directivo de la plataforma de personas con discapacidad y sus familias y gerente de la			

			entidad de apoyo a personas con discapacidad.
		Otras	Estudios, documentos e investigaciones secundarias sobre la discapacidad y administraciones como INE, IMSERSO, Observatorio Estatal de la Discapacidad y Observatorio Ocupacional del Servicio Público del Empleo Estatal.
	<i>Población y muestra</i>	<p>Grupos de discusión :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Mujeres con discapacidad, mayores de 40 años y con experiencia laboral en empleo protegido. 2.-Varones con discapacidad, mayores de 40 años y con experiencia laboral en empleo ordinario. 3.- profesionales de servicios básicos (públicos y privados) de apoyo a personas con discapacidad. <p>Perfil de las personas con discapacidad del grupo de discusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres con discapacidad intelectual han perdido su empleo a raíz de la crisis económica, recibiendo únicamente la paga de desempleo. - Hombres con movilidad reducida que se encontraban desempleados antes de la crisis. - Mujeres con dificultad auditiva con empleo y cuidadoras, a su vez, del hogar. 	
Resultados	- Las dimensiones más afectadas de la economía española son:		

<p>relevantes</p>	<p>la capacidad adquisitiva de las familias, el empleo, el consumo y las cuentas públicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La educación es el eje de las políticas de bienestar, sin embargo se está viendo afectada por la baja inversión pública en dicho sector. - Los grupos poblacionales más afectados por la crisis económica son: inmigrantes, personas con diversidad funcional y personas mayores de 45 años. - Las entidades de apoyo son las responsables de generar empleo y son financiados por entidades públicas, las cuales en épocas de crisis han visto reducirse sus aportaciones económicas, recursos y servicios de atención social. - El número de personas con discapacidad aumenta con la edad y las condiciones de vida. - El mayor porcentaje de personas con discapacidad corresponde a las mujeres hasta los 45 años edad, a partir del cual su proporción se asemeja a la de los varones. - El mayor porcentaje de tasa de población con diversidad funcional se encuentra en Galicia, Extremadura, castilla y León, Melilla y Ceuta. Por el contrario, el menor porcentaje se encuentra en La Rioja, Cantabria y las Islas Baleares. - Del total de personas con diversidad funcional, tres cuartas partes tienen dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). De ahí que reciban algún tipo de ayuda personal, técnica o asistencia. Los varones suelen recibir ayuda personales (27%), ayudas técnicas (15%) y un 23% ambos tipo de ayudas. Las mujeres precisan asistencia personal en un 34% de los casos, ayudas técnicas en un 11% o ambas en un 30% de los casos. - Seis de cada diez personas con discapacidad que reciben ayudas afirman que estas cubren sus necesidades (61.7%), pero las personas que no las reciben expresan la necesidad de aumentar las prestaciones técnicas (27.3%) antes que la
--------------------------	---

	<p>asistencia personal (16.9%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas con discapacidad tenían dificultades para acceder al trabajo antes de la crisis económica, situación que se agrava con la crisis en la que los primeros en ser expulsados de dicho ámbito son las personas con diversidad funcional (exclusión social) - En 2008, 1.48 millones de personas con discapacidad se encontraban en edad de trabajar, pero únicamente 526.100 personas eran población realmente activa (aproximadamente un 70% de la población activa). - Se ha potenciado el aumento de la demanda de empleo entre las personas discapacitadas debido al aumento de las familias con la mayoría de sus miembros desempleados. De forma que parece ser que las personas con discapacidad podrían llegar a ser la fuente de ingresos para la sostenibilidad del medio familiar. - El mayor porcentaje de personas con discapacidad tienen dificultades auditivas y visuales, seguido de limitaciones en el aprendizaje, aplicación de conocimientos o desarrollo de tareas, y las interacciones sociales y personales. - En 2008, 7111.700 personas con diversidad funcional tuvieron que dejar de trabajar o cambiar su empleo por motivo de su discapacidad., entre los cuales 3.18.500 pasaron a recibir una pensión, pero unas 172.800 personas no lograron recibirla. - La Confederación Empresarial Española de la Economía Social (CEPES) afirma que el sector de la construcción es el sector que mayor porcentaje de personas con discapacidad acoge. - Las Empresas de Economía Social son las que permiten el mantenimiento del empleo a las personas con diversidad funcional por lo que es importante conocer cómo afecta la economía a dichas empresas. Según la Memoria de la Economía Social, en España 2007 había 2.497.846 personas
--	--

	<p>con empleo, en 2008 fueron 2.354.296 por lo que actualmente nos enfrentamos a dificultades para cumplir con los objetivos de inserción laboral establecidos. Estos Centros Especiales de Empleo son clave en la integración de las personas con discapacidad los cuales han visto reducir su facturación en 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La principal fuente de ingresos de las personas con discapacidad provienen del trabajo seguido de las pensiones no contributivas. - En los hogares que viven personas con discapacidad reciben ingresos entorno 500-1.000 euros mensuales. De modo que los hogares deben asumir gastos adicionales para los que no todos disponen de cobertura económica. - Los mayores gastos en las personas con discapacidad se encuentran en las ayudas técnicas, seguido de tratamientos médicos, terapéuticos, habilitadores, rehabilitadores, asistencia personal, adaptaciones, fármacos y en último lugar transporte y desplazamiento. - Los principales problemas surgidos entre los cuidadores principales son: no pueden plantearse trabajar fuera del hogar, tiene problemas económicos, su vida profesional se ha resentido, ha tenido que dejar de trabajar, tiene problemas para cumplir sus horarios o a tenido que reducir su jornada de trabajo perciben las prestaciones económicas y ayudas del estado como limitadas., aun así en general valoran positivamente las ayudas económicas d aportada por la Administración, pero no están conformes con la cantidad y los retrasos en los procesos de pago mayoría de ayudas económicas provienen de familias y amigos. - Del total de personas discapacitadas un 93% han recibido en 2008 asistencia en centros sanitarios de forma gratuita, pero han debido costearse la al asistencia a centros de día u ocupacionales, servicios de ayuda a domicilio, actividades de
--	---

	<p>tiempo libre o diferentes tipos de rehabilitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas con discapacidad perciben que la crisis económica tiene consecuencias sobre la salud y que la situación de desempleo y los bajos ingresos provoca estrés, ansiedad y depresión que afectan a su autoestima, relaciones sociales y su estado de salud general. - Las personas discapacitadas manifiestan su preocupación económica a través del cansancio, tristeza, nerviosismo, pesimismo e irritabilidad. Si las personas con discapacidad presentan alguna de estas enfermedades podrán perder su fuente de ingresos y a la vez una disminución de acceso a los recursos sanitarios o de atención a la discapacidad. Sus consecuencias serán una reducción del bienestar social de la persona y de su calidad de vida. - Según la EDAD el 21.26% de personas con discapacidad presentan depresión crónica y un 16.31% sufre ansiedad crónica. En nuestro país 226.800 personas con discapacidad han requerido asistencia sanitaria y no lo han recibido, debido a las listas de espera, los procesos administrativos y la falta de recursos o que no pueden costearse el recurso que necesitan. - El principal problema se encuentra en la fuente de ingresos de las familias que repercute en el acceso a medicamentos tratamiento y servicios médicos para el mantenimiento de la salud física y mental. Esta situación es agravada por el desempleo en este grupo de población, subida de precios de medicamentos, o recursos escasos. - En cuanto a la dificultad de acceso, defiende que en época de crisis económica no se realizan las adaptaciones de las instalaciones sanitarias para el acceso a personas con discapacidad. - Las personas con discapacidad expresan que gracias a las ayudas aportadas por amigos pueden afrontar los momentos difíciles fruto de la recesión económica, no solo por la
--	--

	<p>prestación económica, sino por la compañía y apoyo que les prestan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas con discapacidad defiende que las administraciones podrían dispensar mucho más apoyo tanto económico como social. - Las asociaciones sociales se enfrentan a las consecuencias de la crisis económicas desde múltiples vías: descenso de las fuentes de financiación, cambio en las necesidades de la población o las prioridades de los organismos financiadores, que a su vez provocan efectos tanto directos (como la disminución de actividades y servicios) como indirectos (menor creación de empleo y oportunidades).
Discusión planteada	<p>Debemos aprovechar la coyuntura económica como momento de reflexión y replanteamiento de los principios sustentadores entidades sociales y asociaciones, como las del Tercer Sector, que se hayan enclavadas en modelos asociativos vinculados a la gestión o cogestión de centros y servicios dependientes del soporte financiero del Estado y/o de aportaciones privadas.</p>
Conclusiones del estudio/Autor	<ul style="list-style-type: none"> - Las crisis económicas acentúa la exclusión social de las personas con discapacidad. - La población con discapacidad presenta índices de inactividad laboral inferiores a los de la población general. Además las actividades laborales que realizan las personas con discapacidad no suelen ser de alta cualificación y los ingresos salariales son menores. Es un impedimento en la igualdad de derechos y oportunidades. - Los hogares de personas con discapacidad deben asumir gastos extraordinarios, así como costes no monetarios que entorpecen la realización de actividades tales como formación, empleo o actividades de ocio. - Algunas personas con discapacidad ven afectado su estado de salud psicológico a través de cuadros de ansiedad y estrés.

	<p>- La coyuntura económica ha afectado directamente a las entidades del Tercer Sector, claves para el grupo de personas con discapacidad. Muchas de estas entidades se han visto implicadas por del desempleo, la pérdida de liquidez y la gran dependencia de la financiación pública. En realidad, estos problemas no son nuevos sino que emergen con mayor virulencia en época de crisis económica.</p>		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alonso LE. (1998): La mirada cualitativa en España. Madrid. Fundamentos. 2. Caamaño M. Intervención del Municipio en la política social para las personas con Discapacidad [Online]. URL < http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p2.1.htm> (Consultado el 5 de Octubre de 2009) 3. Eroles C, Ferreres C. Discapacidad y políticas públicas: Una mirada crítica. [Online] URL http://www.urosario.edu.co/rehabilitacion/documentos/facultades/Rehabilitacion/raes_centro_integracionsocial/RAE38.pdf (Consultado el 11 de Mayo de 2009) 4. FAMMA. Alerta de que la crisis ya afecta al acceso al empleo de las personas con discapacidad. [Online] URL http://www.famma.org/comunicacion/comunicacion/Bibliografia127dos/080814_NP_CRISIS%20Y%20EMPLEO%20AGOSTO.pdf (Consultado 11 de Mayo de 2009) 		

	<p>5. Fantova, F (2007): “Discapacidad, calidad de vida y políticas públicas”, Revista FEPAPDEM (Federación Ecuatoriana pro Atención a la Persona con Deficiencia Mental), 8: 10-11.</p> <p>6. Huete, A. Discapacidad y exclusión social: Cruce de caminos. CERMI [Online]. URL http://www.intersocial.net/Documentos/Discapacidad-y-Exclusion(cermi-es-diciembre08).pdf (Consultado el 5 de Mayo de 2009)</p> <p>7. Malo, MA, Dávila, CD. (2006): La protección social de las personas con discapacidad: Ayudas técnicas, ayudas personales y pobreza. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.</p> <p>8. Vidal, P. El tercer sector social y la prestación de servicios [Online] URL http://www.tercersector.net/pdf/ponencias/2006-05_prestacio_serveis.pdf (Consultado el 5 de Octubre de 2009).</p> <p>9. VIDAL, P. y VALLS, N. (2008): La crisis y el tercer sector: una oportunidad para la transformación social. Una visión a partir del Consejo Asesor de Investigación del OTS. Barcelona: Colección Debates Observatorio del Tercer Sector, 9.</p>
Otros aspectos u observaciones	

Nº Ficha	Código de Referencia interna
8	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Martín García M. <i>La situación de salud en España</i> . Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1ª Mayo. 2010.
---	---

Introducción	Justificación del artículo	Escogido este artículo para conocer la situación de los hospitales en la situación actual de crisis en comparación con el resto de la Unión Europea y un aspecto interesante es el número de camas, de larga estancia, el ratio de médicos y enfermeras por paciente y el promedio de días de estancia hospitalaria.			
	Objetivo del estudio	Proponer medidas necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2010			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)			
Escala (Validada/No validada)		(especificar)			
Registros		(especificar)			
Técnicas cualitativas		(especificar)			
Otras		No conocida			
Población y muestra	Artículo primario.				

<p>Resultados relevantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas mayores de 65 años consumen 3 veces más recursos que los menores de esa edad lo que supone un incremento a medio-largo plazo del gasto sanitario, camas de media-larga estancia, servicios de atención primaria, recursos de atención sociosanitaria y planificar y desarrollar programas integrales y multidisciplinares (Perspectiva al parecer algo contradictoria ante la situación actual). - España es uno de los países de la Unión Europea cuyo esfuerzo económico para el acceso universal y gratuito es todavía inferior al resto de países. - El número de médicos por habitante en España es de 322 médicos por 100.000 habitantes lo que supone un número inferior a la media de la Unión Europea situada en 350 médicos. En cuanto al índice de enfermar-pacientes presenta 747 e frente a 100.000, donde la media debería situarse en torno a 902. Todos estos resultados suponen un obstáculo para la oferta de cuidados tanto en centros asistenciales como en los cuidados domiciliarios de enfermeros crónicos, discapacitados o terminales. - España ocupa el último lugar en camas hospitalarias con 336 por 100.000 habitantes (37% inferior a la media de 534). - Las camas de larga estancia son de 336 por 100.000 habitantes ante un 30.6% inferior a la media de 530 camas. Esto nos obliga a ubicarlos en camas de agudos cuyas consecuencias suponen un gasto que dificulta la eficiencia, el uso racional de recursos y una discriminación para este grupo de pacientes. - La estancia hospitalaria es similar a la media europea con 8.5 días frente a los 8.7 días en el resto de la Unión Europea.
-------------------------------------	---

Discusión planteada	No plantea ninguna discusión en relación a los datos obtenidos, además es un artículo primario en la que se desconocen la técnica de recogida de datos.		
Conclusiones del estudio/Autor	<ul style="list-style-type: none"> - La financiación del sistema es insuficiente y la gestión de los centros podría mejorar solventado las ineficiencias y mejorando la calidad de la atención. La privatización podrá dar lugar a dificultades en el acceso a recursos. - El nivel de funcionamiento y calidad de los servicios es aceptable. - En lo referente a la salud pública, se debe fomentar la prevención y promoción de la salud. 		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones	En un primer momento seleccioné este artículo porque introduje datos sobre los ratios de la situación en hospitales en España en comparación con la media de la Unión Europea pero no he seleccionado más información relevante que esa para mi trabajo, lo que me lleva a reflexionar sobre la importancia de introducirlo o no.		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
9	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Molina-Mula J, De Pedro-Gómez JE. <i>Impact of the politics of austerity in the quality of healthcare: ethical advice</i> . Nurs Philos (Oxford). 2013; 14:53-60.	
Introducción	Justificación del artículo	<p>Entre los numerosos artículos publicados sobre impacto de las políticas de austeridad sobre la salud, este es de los pocos que hablan de su impacto sobre la calidad de los cuidados sanitarios.</p> <p>Plantea que las nuevas formas de gestión condicionar las organizaciones y este a su vez repercute en los resultados clínicos y sobre el derecho a la salud. Por ello, los derechos en salud y el acceso a los servicios, se deben tener en cuenta los principios de solidaridad y equidad, así como la capacidad de poder cubrir las necesidades en salud independientemente de la situación socio-económica de la población, es un derecho civil.</p> <p>Afirma que las enfermeras dado su ética profesional y compromiso social deben defender los derechos humanos, la ética, garantizar la seguridad y la calidad de la atención, por lo que su papel en el análisis de la deficiencias es esencial para tomar medidas en el beneficio de la salud pública.</p>
	Objetivo del estudio	Ofrecer una reflexión sobre las consecuencias del nuevo modelo de gestión del sistema de

		salud en los ciudadanos y sobre la calidad asistencial prestada en las organizaciones sanitarias en el momento de crisis económica actual.				
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática		Casos controles		
		Meta-análisis		Cohortes		
		Marco Teórico		Descriptivo		
		Revisión histórica		Cualitativa		
	Año de realización	2013				
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)				
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)				
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)				
	Registros	(especificar)				
	Técnicas cualitativas	(especificar)				
	Otras	Búsqueda bibliográfica en base de datos específicas y de revisión, páginas web (COIBA) y revistas de las ciencias de la salud				

			y economía.
	<i>Población y muestra</i>	Artículo secundario.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - La nueva gestión de recursos sanitarios ha dado lugar a reducir las estancias hospitalarias, aumento de la rotación paciente-cama, aumento del cuidado informal en el hogar, aumento de la carga de enfermería ratio enfermera-paciente, cambios en los servicios ofrecidos y en las cuotas de personal. - Se pretende realizar cambios en la práctica profesional con el fin de optimizar los recursos sin que este afecta a la calidad de atención prestada. Estos cambios deben adaptarse a las necesidades e intereses de las personas y su entorno, donde enfermería tiene un papel muy importante independientemente de los procesos médicos. - Los nuevos modelos de gestión se basan en la biotecnología de la salud, pérdida de autonomía de los médicos a decidir sobre la atención, atención deshumanizada, visión enfocada al mercado de la salud, perdida de la privacidad, confidencialidad y dignidad. - Enfermería respeta los derechos del paciente y son considerados defensores de los pacientes. - Los recursos del sistema de salud están determinados por los modelos de gestión (modelos biomédico), naturaleza de las organizaciones (organizaciones de atención médica tienen la identidad, principios y valores que los gerentes transmiten a sus trabajadores , la cual tienen un efecto positivo en la calidad de atención prestada; las organizaciones no asistenciales tiene un efecto negativo en la calidad por la carga de trabajo mayor, condiciones de trabajo precarias, menos autonomía profesional, polivalencia en la atención y desigualdad en la jerarquía profesional) y las organizaciones de salud pública frente a 		

	<p>la privada (instituciones privadas hay mayor desigualdad de poder).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermería debe reflexionar sobre las políticas de austeridad implantadas en el sector sanitario para que se mantenga cobertura de las necesidades de la población, la defensa de los derechos humanos, las normas éticas, la seguridad y la calidad de los cuidados. - Se debe tener en cuenta las información científica y estudios antes de llevar a cabo reformas que pueden repercutir sobre la salud de la población, acceso a la atención, equidad, originar una crisis social y debilitar los sistema de protección pública. - La solución de los efectos de la crisis económica es una cuestión política y no técnica, en la que se lleven a cabo medidas de eficiencia pero sin recortar los derechos civiles en salud.
<p>Discusión planteada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los políticos centran sus discursos sobre los costes y valores económicos sin abordar las necesidades en salud, el acceso universal a la atención como un derecho, la promoción de la equidad y en su satisfacción. - Los pacientes se controlan mediante monitores, indicadores de calidad, consumo de servicios y costes para el sistema cuyo objetivo son los resultados de la práctica sin tener en cuenta la situación de cada paciente (necesidades). - Autores consideran las organizaciones sanitarias como empresas de comercio y si enfermería accede a esta perspectiva será absorbida por los discursos dominantes y tradicionales de la gestión sanitaria, siguiendo en una posición subordinada.
<p>Conclusiones del estudio/Autor</p>	<p>La figura de enfermería se encuentra en una posición privilegiada para promover la ética, la equidad, la igual y garantizar el derecho a la salud. A su vez plantea la coordinación entre</p>

	<p>profesionales sanitarios, investigadores y académicos para desarrollar nuevos conocimientos que sean tenidos en cuenta para modificar las políticas de austeridad actuales y alcanzar el beneficio de la salud pública y la equidad, universalidad y calidad. Será necesario que las enfermedades adquieran una mayor actitud de defensa del paciente hacia un mayor compromiso y participación.</p>		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears (Ethical Committee COIBA) (2012) <i>Manifiesto de la Comisión Deontológica del COIBA</i>. COIBA, Palma de Mallorca. 2. Comité español de representantes de personas con discapacidad (CERMI) (2009) <i>El impacto de la crisis económica en las personas con discapacidad y sus familias</i>. CERMI, Madrid. 3. De Pedro Gómez J. & Artigues Vives G. (2008) Los profesionales de enfermería soportan los modelos organizacionales, los pacientes los sufren. <i>Evidentia</i>, 5(23), 12–25. 4. De Pedro Gómez J. & Sales Girona D. (2007) La autonomía del paciente es una prioridad para la enfermera. ¿Por qué no lo es para el paciente ni para el 		

	<p>médico? <i>Evidentia</i>, 4(16). Available at: http://www.index-f.com/evidentia/n16/366articulo.php</p> <p>5. De Pedro Gómez J.E. & Morales Asensio J.M. (2004) Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? <i>Index de Enfermería</i>, 13(46), 32–50.</p> <p>6. Fajardo M. & Germán B. (2004) Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. <i>Index de Enfermería</i>, 13(46), 9–12.</p> <p>7. Morales Asencio J.M., Morilla Herrera J.C. & Martín Santos F.J. (2007) ¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos. <i>Evidentia</i>, 4(16). Available at: http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/evidentia/n16/346articulo.php</p> <p>8. Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M. & Zelevinsky K. (2002) Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. <i>New England Journal of Medicine</i>, 346(22), 1715–1722.</p>
Otros aspectos u observaciones	Este artículo de revisión bibliográfica está documentado en base a 67 referencias por lo que presenta gran rigor científico.

Nº Ficha	Código de Referencia interna
10	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	González B, Meneu R. <i>El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario</i> . Gac Sanit (Barc). 2012; 26 (2):176-177.	
Introducción	Justificación del artículo	Lo escogido porque es de los pocos artículos que defienden los recortes del gasto sanitario

		como algo productivo, eficaz y oportunidad de mejora de la calidad ofrecida.			
	Objetivo del estudio	Conocer para qué y a costa de qué habría que destinar más gasto a la sanidad.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2012			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	(especificar)			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			
	Otras	Artículo secundario de revisión bibliográfica en bases de datos.			
	Población y muestra	Al ser un artículo de revisión no se centra en ninguna muestra para elaborar el artículo, si bien es cierto, la población sobre la que lo			

		elabora es la sociedad española.
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Hemos vivido etapas de derroche en el gasto sanitario debido a desaprovechamientos y duplicaciones, sin ganancias en salud equiparables. - No es necesario destinar todo el dinero al sector sanitario porque las inversiones educativas en la primera infancia son muy eficientes en términos de salud. - Algunas inversiones que intentar ser beneficiosas son a su vez un riesgo (más dinero, más prácticas quirúrgicas a veces innecesarias de las cuales al final deriva mayor riesgo para la salud de la persona). - Mayor inversión, mayor recursos empleados en prácticas iatrogénicas, considerado simplemente una carga costosa., mayor recursos para prevenir alteraciones lipídicas antes que permitir una adecuada nutrición. - El aumento de las retribuciones de los profesionales sin cambios en su productividad aumentan el gasto pero no la salud. - La crisis económica hace primar lo urgente sobre lo necesario y permitirá el cumplimiento del pago de deudas. 	
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - Destaca la integración asistencial para mejorar la profesionalidad del personal sanitario, porque considera que con ellos quienes deben asumir la reordenación del sistema y la reducción de gastos. - Critica los recortes indiscriminados de personal, especialmente los más jóvenes, los “nuevos, quienes a veces son los más formados, motivados, activos y enérgicos. 	
Conclusiones del estudio/Autor	<ul style="list-style-type: none"> - La situación actual permite mejorar la salud sin aumentar el gasto. - No es necesario solventar los problemas actuales mediante convenios públicos-privados, así como tampoco lo es que los profesionales se sientan ajenos a la 	

	participación en las nuevas políticas, deben fomentar la investigación y fomentar una reestructuración y reorganización adecuada a las necesidades actuales de la población.		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones	No me parecía interesante revisar alguna de sus referencias bibliográficas porque algunas eran documentos de debate. Sin embargo su apreciación sobre las posibles mejoras de los recortes (de este artículo) me parecía importante.		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
11	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Soto MN. <i>Impacto de la crisis económica en salud</i> . Rev Paraninfo Digital [Revista en internet] 2011. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n11-12/011d.php	
Introducción	Justificación del artículo	He incluido dicho artículo en mi marco teórico porque abarca tanto las consecuencias negativas como positivas de la crisis

		económica sobre la salud de la población.			
	Objetivo del estudio	Conocer la información que aporta la literatura científica sobre la relación entre crisis económica y salud.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2011			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	(especificar)			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			
	Otras	Bases de datos consultadas: <i>Pubmed y Cinhal.</i>			
	Población y muestra	Es un artículo secundario de revisión bibliográfica, por lo que no se centra en ninguna población y por tanto no hay selección de muestra.			
Resultados	- El tipo de crisis, la intensidad, duración y velocidad de la				

relevantes	recesión, el contexto institucional y cultural en el que se desarrolla la crisis influirá en los efectos positivos o negativos de la crisis económica sobre la salud.
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - Hay estudios que relacionan la crisis económica con una disminución de la esperanza de vida, el aumento de los niveles de estrés, el suicidio, enfermedades mortales y de salud mental (depresión, ansiedad, abuso de sustancias, y compromisos antisociales, fobias, ataques de pánico y adicciones). - Del desempleo deriva la disminución de recursos económicos de las familias que repercute en la alimentación y da lugar a problemas de obesidad o empobrecimiento de la dieta ocasionando un aumento de movilidad y mortalidad. - El empobrecimiento empeora las condiciones de vida y pueden aparecer problemas de salud mental. - La salud puede mejorar durante la recesión económica porque se reduce el estrés del trabajo, aumentan el tiempo libre, las relaciones sociales y familiares y fomento de actividad física, reduce la exposición a accidentes laborales y de tráfico, - OMS establece que los efectos positivos de la crisis únicamente se han observado durante periodos recientes y cortos, por lo que no se encuentre en una recesión económica sostenida como España. - Las políticas sanitarias a través del reajuste de presupuestos, reducción de costes y la demora en los planes de inversión deja sin protección en salud a la población en el momento que más lo necesitan. Ante eso plantea el uso eficaz de los presupuestos actuales para proteger el gasto en salud. - Plantea la importancia de las políticas públicas para reducir el impacto de la crisis económica en la salud

	donde los grupos más desfavorecidos son los más desprotegidos.	
Conclusiones del estudio/Autor	<ul style="list-style-type: none"> - Es tarde para evitar la crisis pero no para evitar sus efectos negativos sobre la salud - Hay que aprovechar la situación actual para desarrollar estrategias de cambio positivas. - El desarrollo de estudios de investigación en este aspecto que permitan reducir los errores de las decisiones tomadas en política sanitaria. 	
Valoración (Escala Likert)	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. La crisis económica es un factor de riesgo sobrevenido para la salud, según la OMS. Disponible en: <http://salud.laverdad.es/salud-mental/psicologia/1066-la-crisis-economica-es-un-factor-de-riesgosobrevenido-para-la-saludsegun-la-oms.> [Consultado el 4.1.2011]. 2. Levy BS, Sidel VW. Crisis económica y salud pública. Medicina Social 2009; 4 (2): 92-98. 3. Bezruchka S. The effect of economic recession on population health. CMAJ 2009; 181 (5): 281-5. 	
Otros aspectos u observaciones		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
12	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Bancalero P, Silva ME, López C, Abellán MJ. <i>Influencia de la situación económica en la calidad de vida percibida</i> . Rev Paraninfo Digital [Revista en internet] 2011. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n11-12/068p.php				
Introducción	Justificación del artículo	Escogido este artículo porque es el único estudio que relaciona la situación económica con la percepción de calidad los pacientes.			
	Objetivo del estudio	Evaluar la influencia de la situación económica en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con VIH. Específicos: identificar la CVRS percibida por los pacientes que acuden a la consulta de infecciones del hospital de Jerez e identificar la situación económica de dichos pacientes.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	x
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2011			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)			
	Escala	(especificar)			

		(Validada/No validada)	
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Búsqueda bibliográfica en bases de datos específicas.
	Población y muestra	Población con VIH que acuden a la consulta de infecciones del Hospital de Jerez., con capacidad intelectual para responder el cuestionario y que hayan formado el consentimiento informado. Muestra aleatoria de 50 pacientes.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciona empleo con la percepción que tienen las personas a una mejor calidad de vida relacionada con la salud. - El 84% de la muestra gana 900 euros o menos, un 30% de los pacientes se encuentran activo laboralmente y existe un 12% de pacientes analfabetos. - La salud física, salud general y salud mental son las peores consideradas - Relacionada el empleo con mejor salud física y salud mental. - las personas con salud mental relacionan salud mental y situación laboral con una mejor calidad de vida relacionada con la salud. - La mayoría de la población con patologías en salud mental tienen un nivel de ingresos mayor a 600€, viven en centros y son analfabetos. 		
Discusión	Este estudio plantea que la proporción de pacientes con estudios		

planteada	<p>superiores a primaria es de un 32% por lo que podría deberse a factores culturales o económicos. En cuanto a la situación laboral la media de pensionistas se dispara al 46%.</p> <p>Ha conseguido asociar el empleo con la percepción de una mejor calidad de vida tanto física como mental, pero no ha conseguido una significación estadística entre salario-calidad de vida.</p>		
Conclusiones del estudio/Autor	<ul style="list-style-type: none"> - Su conclusión principal es que una atención integral y de calidad implicara promover actividades que fomenten la formación y la inclusión laboral. - Existe una mayor tendencia a mejor CVRS cuando existe mayor formación académica e ingresos - Relación directa entre empleo y percepción de una mejor CVRS. 		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espinosa Gonzalez L, Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol 2004; 41(3). 2. Badía X, Podzamezer D, García M, Grupo Español de Validación de los cuestionarios MOS-HIV y MQOL-HIV. Medicina basada en la evidencia y la validación de cuestionarios de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. Enf Infec Microbiol Clin, 1999; 17:103-13. 3. Teva I, Bermudez MP, Hernandez-Quero J, Buela-Casal 		

	G, Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH, <i>Terapia Psicológica</i> 2004; 22(2):111-121.
Otros aspectos u observaciones	<p>Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante un cuestionario de recogida de datos.</p> <p>Como revisión dirigida únicamente me parecía interesante escoger la referencias citadas en el apartado anterior porque el resto se centraban en el VIH, pero esto no le resta validez a mi elección porque los aspectos relacionados con la calidad percibida que aborda el artículo me han ayudado a reflejar algunos aspectos en mi marco teórico.</p> <p>Por otra parte las dos últimas referencias me parecen interesantes para poder consultarlas en un futuro como guía para poder elaborar un cuestionario que me permita conocer la percepción de tienen los pacientes con diversidad funcional en la calidad del sistema sanitario.</p>

Nº Ficha	Código de Referencia interna
13	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Marqués MT, Expósito R, Armenteros E, Guzmán MI, Guzmán L, Ibáñez J. <i>El desafío de la salud en tiempo de crisis</i> . Rev Paraninfo Digital [Revista en internet] 2011. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n11-12/040d.php	
Introducción	Justificación del artículo	He seleccionado este artículo porque engloba aspectos positivos y negativos de las políticas de austeridad sobre la salud de la población y analiza 3 grupos poblacionales importantes (inmigrantes, población mayor e infantil) destacando la importancia de dicho impacto sobre la salud mental, la equidad,

		igualdad y eficiencia del sector sanitario.			
	Objetivo del estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar hasta qué punto y de qué manera, al actual situación de crisis económica puede estar afectando a la salud de los ciudadanos y su calidad de vida en general - Evaluar las consecuencias de la crisis económica en nuestro sistema público sanitario. 			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2011			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionari o validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionari o de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	(especificar)			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			
	Otras	Bases de datos consultadas: Biblioteca Virtual			

			del Sistema Sanitario Público de Andalucía, Gerión e internet. Análisis de la opinión y punto de vista de profesionales del ámbito sanitario.
	<i>Población y muestra</i>	Al igual que en el caso anterior, este es un artículo secundario de revisión bibliográfica, por lo que no se centra en ningún grupo poblacional específico, pero sí es cierto que el documento está enfocado a la situación española de recesión económica por lo que podríamos decir que se centra en la población española sin tomar ninguna muestra.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - La crisis económica se asociado con problemas de salud, especialmente de salud mental, aumento de suicidios, trastornos ansioso depresivos, conflicto entre compañeros, aumento del volumen de trabajo entre los empleados, y aumento de problemas en el entorno familiar. - El estrés duradero se asociado con infecciones, diabetes, hipertensión arterial, infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares, depresión y agresividad. (más frecuentes en las clases desfavorecidas). - La incertidumbre laboral, precariedad, la reestructuración de empresas y el recorte de plantillas tienen un riesgo para la salud, aunque es menos común entre la población joven aunque su ocupación sea insatisfactoria. - Cuanto más duraderas son las situaciones socioeconómicas desfavorables mayor impacto sobre la salud mental y muerte 		

	<p>prematura.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En los jóvenes perder el trabajo o cambiarlo por otro se ha asociado con un aumento del consumo de alcohol. - La población infantil es uno de los grupos más vulnerables para sufrir el impacto de la crisis económica, debido a las desigualdades sociales, un menor nivel educativo, y en consecuencia en la edad adulta tendrán una situación laboral y condiciones de trabajo peores con ingresos más bajos. - Las personas mayores también son muy vulnerables ante la conyuntura actual, en España (INE, 2008) 54.5% de personas mayores están empobrecidas, lo que supone un obstáculo para un envejecimiento activo y saludable. - En los inmigrantes la crisis económica repercute en el ámbito social. - Los efectos de la crisis económica es mayor en mujeres, dado que parten de una dificultad en el acceso al empleo y trabajan en sectores precarios con bajos salarios sumado a la carga doméstica. - Las políticas que disminuyen los ingresos de la población mayor deterioran su calidad de vida, alimentación, inclusión social, actividad física, capacidad funcional y aumento de la dependencia. - El déficit público debería aprovecharse para mejorar la eficiencia y equidad.
<p>Discusión planteada</p>	<p>La única discusión que puedo extraer de lo explicado por el autor en el texto es que el impacto de la crisis económica depende del contexto institucional y del Estado de Bienestar, principalmente, por ello podría tener mayor o menor repercusiones/impacto la crisis económica.</p>
<p>Conclusiones del estudio/Autor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El uso inapropiado de los recursos y tecnologías, el despilfarro económico, la ineficiencia e inequidad en el sector sanitario ha dado lugar a limitar el consumo inapropiado de recursos, especialmente los recursos económicos financiados

	<p>públicamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La situación actual es una posibilidad de mejora en la planificación sanitaria, la coordinación, la transparencia, calidad y gestión. - Reducir el déficit público es una prioridad y es la base de la sostenibilidad del gasto público y social. - Importante valorar la información científica antes de llevar a cabo políticas sanitarias para poder valorar otras alternativas. - Se debe evaluar las políticas implementadas para conocer sus consecuencias reales sobre la salud y la equidad con especial atención en el ámbito de salud mental. - Valora la necesidad de implementar la estrategia nacional de Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para guiar las políticas públicas; medir las desigualdades sociales en salud y Luchar contra las desigualdades de poder, dinero y recursos. 		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wang J, Smailes E, Sareen J, Fick GH, Schmitz N, Patton SB. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. Can J Psychiatry. 2010; 55:598-605. 2. Goldman-Mellor S, Saxton K, Catalano RC. Economic contraction and mental health. A review of the evidence 1990- 		

	<p>2009. Int J Mental Health. 2010; 39:6-31.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts (2nd edition). Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2003. 4. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: A review of the evidence. Ulster Med J. 2009; 78:142-5. 5. Lahelma E, Kivelá K, Roos E, Tuominen T, Dahl E, Diderichsen F, et al. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. Soc Sci Med. 2002; 55:609-25. 6. Stuckler D, Basu S, McKee M. How government spending cuts put lives at risk Nature. 2010; 20: 465. 7. Urbanos R. La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades?. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24(Suppl 1):7-11. 8. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdad salud/EquidadSalud y DSS.htm 9. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701spa.pdf
<p>Otros aspectos u observaciones</p>	

Nº Ficha	Código de Referencia interna
14	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Colegio oficial de Enfermería de les Illes Balears. <i>La alternativa de enfermeros y médicos para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario</i> . COIBA, Palma de Mallorca. (2013); circular 28.			
Introducción	Justificación del artículo	Creí interesante introducir aportaciones directamente del Colegio de Enfermeras de las Islas Baleares que pudiesen englobar mi pregunta de investigación y no hay mejor aportación sobre el estado de la sanidad en Mallorca que alguna referencia directa del COIBA.		
	Objetivo del estudio	Confirmar la importancia de la implicación multidisciplinar para alcanzar la calidad asistencial.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	Desconocido		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)		
Escala (Validada/No		(especificar)		

		validada)	
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Desconocido.
	Población y muestra	9.312 profesionales de medicina , enfermería y pacientes.	
Resultados relevantes			
Discusión planteada			
Conclusiones del estudio/Autor	La colaboración conjunta de profesionales enfermeros y médicos es fundamental para mantener la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, así como el camino para alcanzar la eficiencia y excelencia asistencial.		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones	Esta circular publicada por el Consejo General de Enfermería de España confirma que se ha llevado a cabo un estudio sociológico con absoluto rigor científico que al parecer a propiciado 85 medidas para llevar a cabo en el SNS. Tras buscar el estudio he		

	comprobado que todavía no ha sido publicado, de modo que todavía no puedo aportar datos del tipo de estudio, año ni resultados.
--	---

Nº Ficha	Código de Referencia interna
15	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Gené-Badia J, Gallo P, Hernández-Quevedo C, García Arnedo S. <i>Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish?</i> Health Policy .2012; 106:23-28.				
Introducción	Justificación del artículo	Escogido este artículo porque es completamente opuesto al anterior, este considera que la situación de crisis no está siendo utilizada como una oportunidad para reformas importantes en el sistema de salud. Además, defiende que la población y los profesionales no han sido tenidos en cuenta durante el proceso, con poca o ninguna participación. Finalmente critica la ausencia de componentes científicos en el discurso y en las políticas propuestas.			
	Objetivo del estudio	Trasmitir el tamaño y la magnitud de las acciones llevadas a cabo en salud, los principales actores involucrados y sus consecuencias para el sector de la salud, ciudadanos y pacientes. Además pretende plantear factores que se han descuidado en las acciones emprendidas.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión		Casos	

		Sistemática		controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2012			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registros	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	Bases de datos específicas, revistas de ciencias de la salud y economía, diarios informativos, Decretos de Ley y entrevistas televisivas.		
	Población y muestra	Población de Cataluña.			
Resultados relevantes	Entre las consecuencias negativas de las políticas sanitarias adoptadas el autor destaca la aprobación en 2010 de la reducción salarial del 7.5% para los funcionarios españoles (entre ellos la				

	<p>mayoría de personal de salud), la prescripción de medicamentos más baratos y acción generalista, introducción del copago para reducir el gasto farmacéutico, el aumento de la demora del pago a proveedores que alcanza un promedio de 40 días, un mayor número de despidos laborales entre los trabajadores temporales en el sector público de salud, la reducción del número de horas-médico que trabajan en el sector publico o bien incrementando la actividad sin el correspondiente aumento del sueldo, el cierre de servicios y camas de hospital, cierre de la atención primaria fuera del horario de servicios de emergencia en las zonas rurales catalanas para favorecer los servicios de emergencia y asistencia telefónica y además aumentan las listas de espera, el retraso en los pagos a las industrias farmacéuticas, equipos médicos y químicos.</p> <p>Por otra parte resalta el descontento de los profesionales por no haber participado en la toma de decisiones y defiende la investigación para mejorar el sector del cuidado de la salud, dado que todavía no se han podido cuantificar los impactos en salud de los recortes y políticas implantadas. Anticipa que los recortes en salud tendrán un impacto directo sobre la satisfacción del paciente y la comodidad en salud.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La crisis económica no ha sido utilizada como una oportunidad de mejora, sin embargo España tiene los mejores indicadores en salud a pesar del bajo porcentaje del PIB destinado a la salud. - El sistema general debería centrarse en las enfermedades crónicas y reducir los ingresos hospitalarios, en lugar de dar una respuesta rápida para la atención aguda. - La población no acude a los servicios de salud a pesar de tener una enfermedad, lo que da lugar a la cronicidad de la misma y el impacto posterior en el

	<p>sistema sanitario son estancias prolongadas y aumento de los costes, por lo que la reducción de programas de prevención tiene consecuencias negativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los recortes en salud y políticas están siendo gestionados por el departamento de hacienda en el nivel regional y por el ministerio de finanzas a nivel nacional cuando deberían ser los departamentos de salud de cada región. - Un elemento ausente en el discurso es la participación pública, únicamente se tratan los temas en el ámbito político. 		
Conclusiones del estudio/Autor	<p>Las políticas impuestas han dado lugar a la reducción de sueldos, aumentos de las listas de intervención quirúrgica, despidos de personal, retraso en los pago de proveedores han dado lugar a un aumento de las necesidades en salud como el empeoramiento de pacientes crónicos, cronicidad de enfermedades agudas, empeoramiento del estado de salud de la población general debido a la reducción de los servicios preventivos. Se han observado una disminución de los servicios de emergencia de los hospitales, aumento del tiempo de espera en las listas de atención primaria, pero se ha estimado un 3% menos de los ingresos económicos, que el autor plantea que se debe a una reducción de las ganas de trabajar, aumento de la atención telefónica y la introducción de la receta electrónica.</p>		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados,

			conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. 2. Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Efectos y oportunidades de la crisis económica para la salud. Economía y salud. Boletín Informativo 2010;67:3–6. 3. Martín-Moreno JM, Alonso P, Clavería A, Gorgojo L, Peiró S. Spain: a decentralised health system in constant flux. British Medical Journal 2009;30(March (338)):b1170, doi:10.1136/bmj.b1170. 4. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gaceta Sanitaria 2011; 25:95–105. 5. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. The Journal of the American Medical Association 2007; 298(1):61–9. 6. Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. Gaceta Sanitaria 2009; 23(4): 261–5. 		
Otros aspectos u observaciones	La última referencia es de tal importancia que sale en numerosos artículos que abarcan la temática del impacto de la crisis económica en la salud.		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
16	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Mira JJ, Lorenzo S. <i>¿Se acude menos a consulta en un entorno de crisis económica?</i> An Sist Sanit Navar. 2011; 34 (3):505-506.				
Introducción	Justificación del artículo	Elegido este artículo porque las conclusiones del autor acerca del impacto de la crisis económica en acudir a consultas de atención primaria y hospitales, ha sido respaldada por una investigación observacional, descriptiva y transversal, a través de encuestas dirigidas a conocer la autopercepción de la población sobre su salud-frecuentación.			
	Objetivo del estudio	Analizar la frecuentación a urgencias y consultas como un indicador directo del impacto de la crisis económica en salud.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2011			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevistas personales estructuradas, cuya variable principal			

			era la autopercepción de salud.
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	(especificar)
	Población y muestra	192 Personas que acudieron a urgencias hospitalarias, entre ellas 76 varones, 116 mujeres (107 mayores de 50 años).	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - La frecuentación es mayor en empleados que en personas autónomas. - 99 casos (51.3%) consideraron su salud como buena y en 66 (34.2%) como regular. En 37 casos (19.3%) los entrevistados afirmaron que en el último año solo habían acudido a consultas médicas 1 vez, 11 casos (57.5%) entre 2 y 4 veces, mientras que 44 (22.8%) acudieron 5 o más veces. - Hombres y mujeres acudieron a consultas un número similar de veces. - Las mujeres de mayor edad frecuentaban más las consultas. - La autopercepción de salud estaba condicionado por el acceso el último año. - La mala autopercepción coincidía con una mayor frecuentación (el 56% de los pacientes que acudían 5 o más veces). - Mayor frecuentación entre desempleados y jubilados, sin 		

	<p>embargo los autónomos acudían más veces que los empleados en el último año.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejor percepción de salud en autónomos que empleados quienes acudían 5 o más veces al año. 		
Discusión planteada	<p>La frecuentación está condicionada por la gratuidad, el tipo de enfermedad y población, la organización de la asistencia primaria, la proximidad del hospital, la edad, la morbilidad o una pobre percepción de salud. Aunque la relación entre la pobre percepción de salud y la frecuentación no es lineal porque hay pacientes que perciben su salud como buena con una alta frecuentación.</p>		
Conclusiones del estudio/Autor	<p>La disminución de la demanda de atención sanitaria entre empleados ha disminuido, pero ha de seguir estudiándose este fenómeno y conocer las causas, consecuencias y costes tanto para la población como para el propio sistema.</p>		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<p>No hay ninguna referencia aportada por este autor que considere de importancia para abordarla en la elaboración de mi marco teórico.</p>		
Otros aspectos u observaciones	<p>Aunque seleccioné este artículo cuando inicié mi búsqueda bibliográfica, a medida que desarrollaba mi trabajo me cuestioné si debía o no introducirlo, porque aunque aborde una posible consecuencia de la crisis económica todavía son presunciones que no se han demostrado.</p>		

	Finalmente decidí introducirlo reflejando en el marco teórico que no había conclusiones al respecto, como muestra de la necesidad de incentivar la investigación en este ámbito.
--	--

Nº Ficha	Código de Referencia interna
17	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Hussey P, Wertheimer S, Mehrotra A. <i>The association between health care quality and cost</i> . Ann Intern Med. 2013; 158:27-34.				
Introducción	Justificación del artículo	He escogido este artículo porque se trataba de un análisis de otros estudios que relacionaban calidad con los costes en el sistema sanitario. Sin embargo, otros estudios me aportaron más información que este documento porque únicamente presenta datos numéricos del tipo de estudios que halló.			
	Objetivo del estudio	Realizar una revisión sistemática de la evidencia de la asociación entre la calidad de atención de salud y el coste.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	X	Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2003			
	Técnica recogida de	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		

	<i>datos</i>	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Búsqueda bibliográfica electrónica en PubMed, Econlit, y bases de datos específicas como EMBASE para estudios publicados entre 1990-2012. Limitaciones: texto completo.
	<i>Población y muestra</i>	Incluyeron 61 estudios. (Al ser un artículo secundario no selecciona población ni muestra).	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Hallaron 21 estudios que asociaban mayor coste a mayor calidad (asociación positiva); 18 estudios afirmaron que menor coste estaba asociado a una mayor calidad (asociación negativa) y 22 estudios no establecieron diferencia. Por la imprecisión de los datos o por realizar una asociación mixta. - Las comparaciones entre el coste y los resultados fueron las siguientes: 17 artículos que afirmaron haber una asociación positiva con los costes, 10 tuvieron una asociación negativa y 14 presentaron una asociación 		

	imprecisa e indeterminada.	
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - La literatura todavía es incapaz de proporcionar datos claros de la relación entre la calidad y los gastos del cuidados. Entre algunos resultados estadísticamente significativos las asociaciones eran de baja a moderada relevancia clínica. - Los estudios revisados eran heterogéneos en cuando a las medidas de calidad utilizadas, el nivel de análisis y los métodos utilizados. - Algunos estudios presentaron confusiones por el estado de salud que no fueron medidas por variables instrumentales, eran los diseños más fuertes entre los estudios revisados. 	
Conclusiones del estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Ente los pocos estudios que usaron variables instrumentales para abordar el estado de salud, la mayoría concluyó que los costes más altos se asociaban con una mayor calidad. - Los estudios futuros deberían concentrarse en qué tipos de gasto son más efectivos para mejorar la calidad y que gastos tienen asociados. - La asociación gasto-calidad no es lineal porque los beneficios en la calidad de los recursos adicionales pueden disminuir pero puede acabar siendo negativo con el aumento del coste. - Dada la importancia política actual se necesitan estudios adicionales que perfilen la relación entre coste de atención y calidad. 	
Valoración (Escala Liker)	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	Relevante por la metodología de

			investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anderson GF, Chalkidou K. Spending on mediad care: more is better? [Editorial]. JAMA. 2008; 299:2444-5. [PMID: 18505956] 2. Weinstein MC, Skitmer JA. Comparative Efectiveness and health care spending—implications for retbrm. N Engl J Med. 2010; 362:460-5. [PMID: 20054039] 3. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, GottUeb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicire spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. Ann Intern Med. 2003; 138:288-98. [PMID: 12585826] 4. Cooper RA. States with more health care spending have better-quality health care: lessons about Medicare. Health AÍF(Millwood). 2009; 28:w103-1 5. [PMID: 19056754] 6. Jha AK, Orav EJ, Dobson A, Book RA, Epstein AM. Measuring efficiency: the association of hospital costs and quality of care. Health AfF (Millwood). 2009; 28:897-906. [PMID: 19414903] 7. Yasaitis L, Fisher ES, Skitmer JS, Chandra A. Hospital quality and intensity of spending: is there an association? Health AfF (Millwood). 2009; 28:w566-72. [PMID: 19460774] 8. Agency for Healthcare Research and Quality. National Quality Mcasutes Clearinghouse. Accessed at www.qualitymeasures.ahrq.gov on 21 May 2012. 9. Fu AZ, Wang N. Healthcare expenditures and patient satisfaction: cost and quality from the consumer's perspective in the US. Curr Med Res Opin. 2008; 24:1385-94. [PMID: 18387219] 		

	10. Sirovich BE, Gottlieb DJ, Welch HG, Fisher ES. Regional variations in health care intensity and physician perceptions of quality of care. <i>Ann Intern Med.</i> 2006; 144:641-9. [PMID: 16670133]
Otros aspectos u observaciones	De los artículos que encontrados 15 incluyeron medidas de calidad, sin embargo no incluían medida costes, por lo que se analizaron por separado.

Nº Ficha	Código de Referencia interna
18	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Sede web] .Madrid: Gobierno de España. 2011[acceso 2 Abril 2013]. Servicios sociales e igualdad [sección]. <i>Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020.</i> Disponible en: http://www.msc.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf	
Introducción	Justificación del artículo	Este artículo es crucial para conocer la situación de las políticas públicas en materia de discapacidad y cómo pueden evolucionar en un futuro. Además en él se establecen unos objetivos con el fin de garantizar los derechos, el bienestar y visibilidad de este grupo poblacional tan desfavorecido en todos los ámbitos de la sociedad, para que se tenga en consideración las necesidades y problemas reales de las personas con diversidad funcional en igualdad de condiciones con el resto de ciudadanos.
	Objetivo del estudio	Fomentar el cumplimiento de los objetivos cuantificados relacionados con el mercado

		<p>laboral, la accesibilidad, igualdad, la educación, sanidad y la social previstos en la Estrategia Europea 2020.</p> <p>Mejorar la accesibilidad a los entornos, el conocimiento sobre la situación vital de las personas con discapacidad, la participación en la economía y sociedad Europea, la igualdad del trato y la no discriminación.</p> <p>Además de ser el medio a través del cual la discapacidad pasa a formar parte de la agenda política para tomar decisiones y llevar a cabo iniciativas entre 2012-2020.</p>			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2011			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario o validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionario o de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	INE			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			

		Otras	Consultas, aportaciones y sugerencias de la Secretaría General de Política Social y Consumo, Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
	<i>Población y muestra</i>	Personas con diversidad funcional en España. 4.077.977 españoles con discapacidad.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - En Baleares hay un total de 72.344 personas con discapacidad, de las cuales 68.794 residen en sus hogares y 3.550 en centros de atención continuada. - De las personas residentes en hogares los principales grupos de discapacidad son: movilidad, vida doméstica y autocuidado. - De las personas de 6 o más años con discapacidad el 74% tienen dificultades para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). - De los 2,8 millones de personas con discapacidad en ABVD, el 80% reciben ayuda, lo que permite disminuir la severidad de sus limitaciones. - El gasto monetario medio anual por hogar ocasionado por la discapacidad es de 2.874 euros. - El valor anual estimado de los servicios sociales y de apoyo a este grupo de población es del 30.000 millones de euros según la Unión Europea. 		

	<ul style="list-style-type: none"> - La tasa de ocupación de las personas con diversidad funcional es del 25.8% respecto al 70.4 personas sin discapacidad son ocupación. El objetivo es alcanzar un 74% de ocupación en 2020 para las personas con discapacidad. - Las tasas de abandono escolar prematura en personas con diversidad funcional es del 53.8% respecto a un 31.5 en las personas sin discapacidad. El objetivo para 2020 es reducir un 15% en personas con discapacidad. - Un 19.3% de las personas con discapacidad tienen estudios de educación superior en España, mientras que en la población sin discapacidad es del 40.4%. El objetivo en educación es alcanzar hasta un 44% para la población con diversidad. - Las personas con diversidad funcional que se encuentran por debajo del umbral del pobreza es del 30.5% respecto a un 19% en la población sin discapacidad. - El colectivo de personas con diversidad funcional tiene una gran tasa de abandono escolar, del mismo modo sucede en las personas con discapacidad que no logran terminar los estudios de educación superior. - Se creará la Red Española de Información sobre Discapacidad (REDID) constituida por el OED (Observatorio estatal de Discapacidad), SID (Servicio de información sobre Discapacidad) y el CEED (Centro de documentación Español sobre Discapacidad).
Discusión planteada	Las administraciones públicas no deben limitarse a realizar planes, programas o acciones específicos pensados exclusivamente para estas personas, sino que deben comprender líneas generales donde se deben tener en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.
Conclusiones del estudio/Autor	El elevado número de personas con discapacidad por debajo del umbral podría empeorar debido a la situación actual de crisis económica que estamos viviendo, además este porcentaje podría reducir la tasa de pobreza a nivel nacional. Por ello, es necesario

	reforzar los servicios e instalaciones sanitarias accesibles y no discriminatorias; Fomentar la sensibilización hacia la discapacidad; Ofrecer unos servicios adecuados de rehabilitación; Promover la asistencia sanitaria psíquica y el desarrollo de servicios de intervención temprana y de evaluación de necesidades.		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No aporta referencias, es un Plan Estratégico elaborado por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.		
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha	Código de Referencia interna
19	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	IMERSO [Sede web] .Madrid: Gobierno de España. 31 Diciembre 2011 [acceso 10 Abril 2013]. <i>Base Estatal personas discapacidad</i> [sección]. Disponible en: http://www.msc.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf	
Introducción	<i>Justificación del</i>	Escogido este artículo para obtener datos

	artículo	contrastables del número de personas con discapacidad en Baleares, su nivel de dependencia y el tipo de primera deficiencia que concurre.			
	Objetivo del estudio	Ofrecer información sobre las características de las personas valoradas a efectos de la calificación de su grado de discapacidad, para la realización de estudios epidemiológicos.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica	X	Cualitativa	
	Año de realización	2011			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionari o validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionari o de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	INE			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			
	Otras	(especificar)			
	Población y muestra				

		3.367.457 Personas recogidas en los datos aportados por todas las CC. AA, a los que se les ha aplicado proceso de validación y control de vivencia mediante cruce con fichero histórico de personas fallecidas facilitado por el INE.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Entre las personas valoradas con alguna discapacidad en Baleares es de 57.283, de las cuales 47.152 presentan una discapacidad superior o igual al 33%. - Del total de personas con alguna discapacidad en baleares 17.990 se deben a alteraciones osteoarticulares, 5.254 neuromuscular, 10.408 a enfermedades crónicas, 8.648 alteraciones mentales, 5.402 alteraciones intelectuales, 3.979 visuales, 2.802 auditivas, 393 expresiva, 344 alteraciones mixtas y 2.063 personas presentan algún otro tipo de diversidad menos frecuente. - A nivel nacional corresponde a un cifra de 1.090.770 personas con alteraciones osteoarticulares, 310.293 personas con alteraciones neuromuscular, 645.070 personas con enfermedad crónica, 254.762 personas con alteraciones intelectuales, 432.507 mentales, 256.145 visuales, 194.991 auditivas, 18.557 expresivas, 62.114 mixtas y 102.248 personas presentan algún otro tipo de diversidad. 		
Discusión planteada	No plantea ninguna discusión dado que es un registro estadístico.		
Conclusiones del estudio/Autor	El número de personas en situación de discapacidad superior al 33% es de 2.552.880, con un número de 142.966 superior que en 2010.		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad

			metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No aporta referencias bibliográficas porque es un informe elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.		
Otros aspectos u observaciones	No es un registro oficial de personas con reconocimiento en situación de discapacidad, sino una aproximación en base a los datos aportados por las CC. AA.		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
20	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: INE; Octubre 2010[acceso 20 Marzo 2013]. INE base [Sección]. <i>Panorámica de la discapacidad en España</i> . Disponible en: http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf	
Introducción	Justificación del artículo	Elegido este artículo porque analiza la esfera bio-psico-social de las personas con discapacidad a partir de datos y percepción aportados por la misma población. Además los resultados obtenidos deben ser utilizados para reflexionar sobre la repercusión que las políticas de austeridad pueden tener sobre ellos.
	Objetivo del estudio	Conocer las circunstancias de las personas con diversidad funcional: cuantos son, qué limitaciones tienen, severidad, calidad de vida, su acceso al empleo, el apoyo familiar, la

		discriminación o las barreras a las que se enfrentan			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2008			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008).		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registros	INE		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	Ministerio de Sanidad y Política Social, Fundación ONCE, CERMI y FEAPS		

	<i>Población y muestra</i>	<p>Una primera etapa dirigida a personas que residen en hogares con un tamaño muestral de 96.000 viviendas familiares y 260.000 personas.</p> <p>Segunda etapa dirigida a personas de 6 o más años que residen en instituciones públicas o privadas (centros para mayores, centros de discapacidad, hospitales psiquiátricos y geriátricos), con un tamaño muestral de 800 centros y 11.100 personas.</p>
Resultados relevantes		<ul style="list-style-type: none"> - En España hay 3.8 millones de personas con discapacidad, una tasa de 8.5 mil habitantes. - El 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres, superiores en los varones hasta los 44 años y a partir de los 45 se invierte esta situación. - La mayor tasa de discapacidad se encuentra en Galicia (112.9 por mil habitantes) y Extremadura (109.9) mientras que las más bajas se dan en La Rioja (61.6) y Cantabria (70.0 por mil habitantes). - El 67.2% presentan limitaciones en el movimiento, el 55.3% presentan dificultades en las tareas domésticas y el 48.4% dificultades en el autocuidado. - La severidad de la discapacidad puede ser facilitada por sillas de rueda, audífonos o bastones (ayudas técnicas). - La deficiencia más frecuente es la osteoarticular (42%), pero la deficiencia que causa mayor número de discapacidades es la mental (11.6%). - A nivel general las ayudas más recibidas son ayudas técnicas, personal o ambas, siendo mayores entre las mujeres que los varones. El 15% de los varones solo reciben ayudas técnicas, un 23% reciben ayuda técnica y personal, un 27% reciben ayudas personales y un 35% no reciben ayudas. En el caso de las mujeres un 11% recibe

	<p>ayudas técnicas, un 34% asistencia personal, un 30% ambos tipos de ayudas y un 25% no recibe ningún tipo. El nivel de acceso a las ayudas es mayor cuanto mayor es el grado de dependencia y en España el 88.9% de ellas reciben ayudas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas que requieren cuidados personales o supervisión, se encargan de ello las personas del entorno o personas contratadas. - El perfil del cuidador principal son mujeres d entre 45 y 64 años que reside en el mismo hogar que la persona atendida. - Un 6.9% de los cuidadores son extranjeros. - Los cuidadores informales tienen dificultades en términos de salud (deterioro y cansancio, depresión, requieren tratamiento para solventar la situación u otros problemas), vida personal (reducción del tiempo de ocio, consecuencias a nivel laboral y económico) y para desempeñar sus tareas (falta de fuerza física). - Las personas con deficiencia mental requieren atención >8horas diarias. - 2.2 millones de personas con discapacidad han recibido servicios sociales y sanitarios (el 93.2% gratuitamente, 13.9% ha pagado los servicios íntegramente y un 5% una parte de ellos. Por otra parte un 6.5% ha requerido esos servicios y no lo ha recibido debido a las listas de espera (31.9%, seguido por motivos económicos (21.7%) y el 14.9% por la inexistencia de servicios cerca del domicilio. - Los servicios más demandados en primer lugar se encuentran los cuidados médicos y /o enfermería, seguido de pruebas diagnósticas, atención psicológica y/o en salud mental, rehabilitación médico-funcional, servicios de podología, atención domiciliaria programada, ayuda a domicilio de carácter social, centro de ocio y en último
--	---

	<p>ligar centros de día.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La atención sanitaria suele ser gratuita, pero la asistencia a centro de día u ocupacionales, servicios de ayuda a domicilio, actividades de ocio y rehabilitación han tenido que pagar una parte o su totalidad. - De las personas con discapacidad comprendidas entre 16 y 64 años la mayoría (41%) recibía pensión contributiva u otras, un 28.3 % no trabajaba y un 7.2% estaba desempleada. La mayoría de las personas con empleo presentaban discapacidades auditivas y visuales, siendo menor en aquellos con dificultad en el aprendizaje, en el desarrollo de tareas e interacción social. Acceden al empleo mediante con contratos específicos para personas con discapacidad (35.000). - En 2008 las personas discapacitadas que buscaban empleo no lo encontraron principalmente por su discapacidad, tanto en hombres como mujeres,, seguido de la dificultad actual en España de encontrar trabajo, la falta de experiencia y en último lugar por la falta de formación. El número de personas entre 16-64 que buscan empleo asciende a 136.100 personas. - Aunque el 97% de los niños con discapacidad estén escolarizados, la mayoría cursan educación secundaria (29%), seguido de estudios universitarios (24%), bachiller (15.85), grado superior (11.4%) y el resto tienen un nivel de estudios primarios o de enseñanzas profesionales de grado medio. - De los niños escolarizados en 2008 un 19.1% recibían educación especial, 32.2% ordinaria sin apoyo, 45.9% ordinaria en régimen de integración y un 2.8% no estaban escolarizados. - Los cuidados personales recibidos en centros son gratuitos para el 23.3% de las personas, mientras que el
--	---

	resto debe desembolsar una cantidad adicional.	
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - 6 de cada 10 personas con discapacidad confiesan que sus necesidades están cubiertas, frente a las personas que no reciben ayudas quienes expresan la necesidad de aumentar el aporte de ayudas técnicas antes que asistencia personal. 	
Conclusiones del estudio/Autor	<ul style="list-style-type: none"> - El proceso de envejecimiento va unido al aumento de personas con discapacidad, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno. - 1 de cada 10 personas declara sentirse discriminada principalmente en las relaciones sociales, en la participación social y en la atención sanitaria. - El perfil de la persona discriminada es: varón, desempleado, con deficiencia mental o del sistema nervioso. - La mayoría residen en centros (9 de cada 10) para mayores, seguido de centros para personas con discapacidad y en último lugar en hospitales psiquiátricos y geriátricos. - Las enfermedades más comunes de discapacidad son las discapacidades mentales. 	
Valoración (Escala Liker)	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No aporta referencias bibliográficas porque es un boletín informativo del INE en el que se publican los resultados	

	obtenidos por la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de (EDAD, 2008).
Otros aspectos u observaciones	

Nº Ficha	Código de Referencia interna
21	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Suiza: OMS. 2012 [acceso 20 Marzo 2013]. Notas de prensa [Sección]. <i>Discapacidad y salud</i> . Disponible en: http://www.ine.es/prensa/cntr0412.pdf				
Introducción	Justificación del artículo	Aunque sea una nota publicada en la sección de prensa de la página de la OMS la escogido porque es de los pocos, por no decir el único documento que habla de las necesidades insatisfechas de las personas con discapacidad y de las percepciones que tienen de la asistencia sanitaria en términos negativos.			
	Objetivo del estudio	Dar a conocer las necesidades insatisfechas de las personas con diversidad funcional.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
Meta-análisis			Cohortes		
Marco Teórico			Descriptivo	X	
Revisión histórica			Cualitativa		
	Año de realización	2012			
	Técnica	Encuesta/Cuestionario	(especificar)		

	<i>recogida de datos</i>	validado	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Desconocido.
	<i>Población y muestra</i>	Es un documento secundario que analiza la situación de las personas dependientes.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que las personas que no padecen discapacidad. 35-50% de las personas discapacitadas en países desarrollados y un 75-85% en países en desarrollo no recibieron tratamiento. - La promoción y prevención de la salud no se centra en este grupo y muchas veces quedan excluidos de programas educativos, sumado a la falta de servicios lo que los hace estar excluidos al acceso de la asistencia sanitaria. - Las personas con discapacidad notifican que el personal sanitario carece de aptitudes para atender a sus necesidades (consideran ser mal tratados por el personal y se les niega la asistencia). - Son un grupo vulnerable a afecciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con la edad y frecuencia de comportamientos nocivos para la salud y muerte prematura. 		
Discusión	Los gobiernos podrían mejorar la salud de las personas con		

planteada	discapacidad mejorando su acceso, la calidad, asequibilidad y mediante el uso óptimo de recursos. Para ello, es necesario evaluar el estado de los servicios actuales, conocer sus prioridades, las desigualdades en materia de sanidad y diseñar normas de asistencia a estas personas.	
Conclusiones del estudio/Autor	<p>Hay que velar porque las personas con discapacidad disfruten de los programas de salud pública, que reciban la cobertura necesaria en las instituciones privadas, y eliminar pagos directos por dicha asistencia dado que no tiene medios para costearse la asistencia sanitaria.</p> <p>Además propone realizar cambios en las instituciones para eliminar las barreras del acceso, proporcionar mayor información, capacitación, promover la rehabilitación en la comunidad. Sin pasar por alto la necesidad de realizar investigaciones en torno a sus necesidades, barreras y resultados sanitarios.</p>	
Valoración (Escala Liker)	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)		
Otros aspectos u observaciones	Se desconoce la técnica de recogida de datos.	

Nº Ficha	Código de Referencia interna
22	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Urcola F, Callén M, García MP, Ruiz L. <i>El coste del cuidado y los mecanismos de compensación oficiales existentes</i> . Rev Tesela [Revista en internet] 2012. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/tesela/ts1104.php				
Introducción	Justificación del artículo	Escogido este artículo para indagar sobre las pensiones que podrían o no recibir las personas con dependencia.			
	Objetivo del estudio	Conocer los costes asociados al cuidado informal.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2012			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionari o validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionari o de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	(especificar)			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			

		Otras	Revisión bibliográfica en Cuiden, Cochrane España informes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, del Gobierno.
	<i>Población y muestra</i>	Artículo de revisión secundaria.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - La incorporación de la mujer en el mundo laboral hace que aumenten las necesidades en el núcleo familiar para hacer frente a las demandas de las personas dependientes por la escasez de cuidadores potenciales. - Para poder valorar el coste asociado a los cuidados informales debemos tener en cuenta no sólo el coste asociado a las horas de cuidado, sino también el nivel socioeconómico del dependiente y cuidador, de las variables socio-demográficas del cuidador y el acondicionamiento del hogar. - Los estudios realizados relacionan los costes directos (medicina, farmacia, infraestructuras) e indirectos (trabajo perdido por enfermedad de la persona cuidada como la que cuida) de los cuidados pero no con los cuidados invisibles (aquellos que van más allá de las horas de cuidado, que afecta a la calidad de vida del cuidador y sobrecarga) y sus repercusiones. - Reciben pensiones no contributivas (pensiones por invalidez y jubilación) que permiten una asistencia médico- 		

	<p>farmacéutica gratuita y servicios sociales aunque no se haya cotizado; Estas son incompatibles con las Pensiones Asistenciales, Subsidios de garantía de Ingresos Mínimos, Ayuda de Tercera Persona de la Ley de Integración Social de las personas con discapacidad o Asignación Familiar por hijo a Cargo con Discapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre los mecanismos no oficiales de compensación se hayan las familias (quienes cubren los gastos), instituciones privadas con vinculaciones con organismos públicos, organismos con ánimo de lucro, obras benéficas y voluntarios, sin olvidar el papel de las asociaciones. 		
Discusión planteada	Este artículo no realiza ninguna reflexión entre los resultados obtenidos en los documentos consultados para elaborar su marco teórico.		
Conclusiones del estudio/Autor	<ul style="list-style-type: none"> - Tras la revisión de búsqueda bibliográfica, el mayor porcentaje de personas solicitantes de la Ley de Dependencia (LAPAD) y beneficiarios son mujeres, por ser los cuidadores principales. - A los costes económicos del cuidado se deben sumar los costes y consecuencias derivadas del desgaste físico, psicológico y la pérdida de renta de las familias. - A medida que aumenta la concesión de LAPAD disminuye el número de receptores de pensiones no contributivas. - Finalmente concluye que la remuneración para el cuidador de una persona dependiente de grado 2 nivel I es de 59.94 horas mensuales (300.9€/mes), grado 3 nivel II 10272 h. mes (520.69€/mes) con cifras inferiores a las 120h.laborales habituales, del salario mínimo interprofesional. 		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica

	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durán Heras MA. Los costes invisibles de la enfermedad. 2ªed. Bilbao: Función BBVA; 2002. 2. Huércanos Esperanza I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas. 2010; 6(1). Disponible en: http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/lascasas/documentos/lc0510.php [Citado el 25 de Enero de 2012]. 3. Moya Martínez P, Escribano Sotos F, Pardo García I, Notario Pacheco B, Alfaro Orozco C, Martínez Vicaíno V. Costes asociados a las horas de cuidado informal de los mayores dependientes en un ámbito rural. Gac Sanit. 2009; 23(2): 109-114 4. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Modalidades/clases en Pensiones, en Pensionistas. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Gobierno de España. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Pensionistas/Pensiones/ModalidadesClases/Index.htm [Citado el 14 de Diciembre de 2011] 5. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Pensiones en Prestaciones económicas, en Discapitados. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Gobierno de Aragón. Disponible en: http://iass.aragon.es/discapitados/discapitados_PNCinvalidez.htm [Citado el 14 de Diciembre de 2011] 6. IMSERSO. Beneficiarios e importes de pensiones no contributivas por invalidez en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. 		

	<p>Disponible en: http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documentos/binario/im_010115.xls [Citado el 14 de Diciembre de 2011]</p>
Otros aspectos u observaciones	

Nº Ficha	Código de Referencia interna
23	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Albarrán I, Alonso P. <i>La población dependiente en España: Estimación del número y coste global asociado a su cuidado</i>. Estud Econ. 2009; 36(2):127-163.</p>	
Introducción	Justificación del artículo	<p>Este artículo pretende estimar el coste derivado de los servicios sociales, sanitarios y farmacéuticos de la atención a personas dependientes en función del tipo de dependencias.</p> <p>Dado que actualmente se están reduciendo los cuidados informales y aumentando los cuidados formales, se está dando un aumento de las necesidades que afectan a las inversiones públicas por lo que esta situación, sumada al envejecimiento demográfico podría repercutir en la sostenibilidad financiera de los programas públicos.</p>
	Objetivo del estudio	<p>Evaluar el número de personas dependientes con derecho ayudas y el coste asociado a los cuidados en los próximos años, comparándolo con las previsiones de la Ley de Dependencia y su coherencia con las previsiones</p>

		establecidas por las autoridades españolas.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis	X	Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2008-2009.			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registros	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	Datos obtenidos del INE, IMSERSO, Fundaciones (BBVA), OMS, ONU, Leyes vigentes, Real decretos y bases de datos específicas, OECD y Consejo de Europa.		

	Población y muestra	<p>220.000 personas dependientes que residen en viviendas familiares.</p> <p>No se recoge información de personas internas en residencias.</p>
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Una persona dependiente es un tipo especial de persona con diversidad funcional, sin embargo aunque se establezca relación entre discapacitado y dependencia a su vez puede haber grados de discapacidad sin que haya dependencia. <p>La discapacidad es prevenible mediante la promoción de hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención en salud y asegurando el tratamiento precoz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La ley 14/12/2006 vigente desde enero 2007, crea el Sistema de Autonomía y Atención a la dependencia (promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y recoge un conjunto de prestaciones y servicios que garantizan su protección). Los principios que inspiran la Ley son el carácter universal y público, igualdad en el acceso a las prestaciones y sin discriminación, participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. - La financiación corre a cargo de la Administración General del Estado para garantizar unos mínimos por persona, junto con las Comunidades Autónomas (CCAA), quien determina el número de beneficiarios en función de la renta y patrimonio. - En 2013 -2014 las personas con dependencia Grado I moderada de nivel 1 deberán estar valoradas. - Las medidas que se han tenido en cuenta para medir la 	

	<p>evolución de los gastos sociales son los servicios sociales, para los gastos sanitarios se centraron en los servicios médicos y paramédicos no hospitalarios, y servicios hospitalarios; Para los gastos de farmacia y ayudas técnicas los medicamentos, productos farmacéuticos y material terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El coste medio individual para personas con dependencia modera es de 1.600,42 € en los servicios sanitarios 2.575,51 € en servicios sociales y 654,20€ en farmacia, siendo para la dependencia grave 2.689,51€, 5.942,48 € y 654,20€ respectivamente y en el caso de las personas con dependencia severa 4.318,55 €, 10.042,90 € y 654,20€. - Los costes asociados a la dependencia moderada calculados en 2003 corresponde a 6.625,50 € para centros de día 3h/día, para la atención en el domicilio 3h/día 10.654,35 € persona/año y un coste de 10.645,35 € para la atención domiciliaria completa (cantidad igual que si la atención se realizara únicamente 3h/día en el domicilio). - En cuanto a los costes asociados a la atención de personas con dependencia grave en centros de día + 1hora diaria de atención a domicilio los costes son 10.176,65 € persona/año y 28.411,60€ para atención en centros de día 4h/día + atención en el hogar en domicilio y una cifra de 28.411,60 para la atención completa en el domicilio. - Finalmente los costes asociados a la atención en residencia de personas con discapacidad total es de 16.832,30 € y 49.720,30 euros anuales para la atención en el domicilio. - Los costes asociados en 2015 a la atención en centros de día 3h/día se situarán en torno 18.815-18.340 € anuales y en la atención domiciliaria entre 40.752-41.593.
<p>Discusión planteada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No existen muchos estudios ni datos españoles sobre la dependencia, muchos de ellos concluyen que el individual

	<p>depende del estado en el que se encuentra el paciente y si se trata de gastos sociales, sanitarios o farmacéuticos, obteniendo un coste medio por persona al año de 9.103,73 euros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de datos sobre la dependencia, la única fuente de información sobre el tema ha sido la encuesta de Discapacidad, Deficiencia y estados de salud. - Los objetivos planteados en la Ley de Dependencia (LAAD) serían cumplidos si los recursos destinados para ello fuesen suficientes. - Las provisiones no fueron realizadas teniendo en cuenta aspectos como la relación de discapacidades y la necesidad de contar con ayudas de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o la intensidad de la dependencia. - Los costes son estimaciones aproximadas de gastos asociados al cuidado excluyendo los gastos asociados para las infraestructuras.
<p>Conclusiones del estudio/Autor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los cuidados que una persona recibirá en una residencia u hospital, si se prestan en el domicilio, dispararán los costes. - Los fondos de las Administraciones Públicas solo llegarán para cubrir los gastos asociados a las necesidades de atención a personas con dependencia Grado III nivel II. - En 2020 la cifra de personas beneficiarios de ayudas se encontrará entorno 477.000 personas un 38% inferior a las estimaciones obtenidas. - En habrá a 1.5 y 1.65 millones de personas dependientes con derecho ayudas. - En 2015 la LAAD funcionara a pleno rendimiento en el sistema Español de Dependencia, cuyos costes se sitúan entre los 17 y 20.000 millones de euros, una cifra superior

	<p>a los 4.426 millones que esperan aportar las Administraciones Públicas, por lo tanto este año la aportación de fondos públicos por dependiente en 2015 será baja y el coste medio oscilará en 17.782 y 21.346€/persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las aportaciones de la Administración General del estado y las Comunidades Autónomas no llegaran a cubrir el 30% del coste estimado, solo podrá cubrir los gastos de atención a personas dependientes con Grado III. - Para lograr una atención de calidad a estas personas y lograr que el sistema sanitario sea el cuarto pilar del sistema de bienestar, supone inversiones económicas mayores a las previstas por las autoridades españolas 		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abio Roig, G. (2006). "Population Ageing and the Sustainability of the Spanish National Health System: Some Financial Policy Alternatives", The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice, Vol. 31; 557-580. 2. Albarrán, I.; Ayuso, M.; Guillén, M. y Monteverde, M. (2005). "A multiple state model for disability in the Spanish population using the decomposition of death probabilities", Communications in Statistics: Theory and Methods , Vol. 24 (9); 2063-2076 		

	<p>3. Albarrán, I.; Alonso, P. y Bolancé, C. (2009). “Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones”, Revista Española de Salud Pública, Vol. 83 (3); 379-392.</p> <p>4. Puga, M. D. y Abellán, A. (2004). El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias, y Estado de Salud. Madrid. Fundación Pfizer.</p> <p>5. Querejeta González, M. (2004). Discapacidad/Dependencia. Unificación de</p> <p>6. criterios de valoración y clasificación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.</p>
Otros aspectos u observaciones	<p>Se ha procedido a estimar el coste a través de estudios previos a los que se aplicado la normativa de dependencia para proyectarlos hacia el futuro, de ahí que los datos obtenidos de las personas con derecho ayudas, costes y población están referidos en 1998 y 1999.</p> <p>Una de las limitaciones es que la mayoría de estudios se centran en la población dependiente de 65 y mas años, por lo que este estudio calcula los costes a partir de la población dependiente de más de 65 años y lo extrapola a toda la población dependiente sea cual sea su edad.</p>

Nº Ficha	Código de Referencia interna
24	

Cita Bibliográfica (Según	Pozo R, escribano S. <i>Impacto económico del cuidado informal tras la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia</i> . Rev Esp Salud Pública (Madrid). 2012;
----------------------------------	--

Vancouver)	86:381-392.				
Introducción	Justificación del artículo	Para conocer la importancia de la figura del cuidador informal en términos económicos para las administraciones públicas.			
	Objetivo del estudio	Analizar el efecto de la instauración de la Ley de Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia sobre la existencia del cuidado informal y evaluar el impacto económico de dicho cuidado en la ley dependiendo del financiador.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2012			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	Estadísticas de la Subdirección general Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del SAAD_IMSERSO.			

		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Simulación de prestaciones basada en la no existencia de la LAPAD con la eliminación de las prestaciones para el entorno familiar y cuidadores no profesionales.
	Población y muestra	Población dependiente de Cuenca. 690 Personas beneficiarias de la Ley de Dependencia con prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.	
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - El coste anual asociado al cuidado informal es de 4.972,72 € para dependencia leve y 21 479,15€ para la dependencia grave (por persona). Actualmente el gasto público en cuidados de larga duración es del 0.5% y se espera que en 2060 sea del 4.4% muy lejos del 3.24-5.37% que requeriría la desaparición del cuidado informal. - Hay dos tipos de prestaciones: económicas y de servicios. La primera comprende ayudas vinculadas al servicio, a cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, y de asistencia personal. De todas estas la más demandada es el apoyo al cuidador para el reconocimiento del cuidado informal. - La inexistencia de la Ley de Dependencia (LAPAD) la mayoría de personas dependientes recibirían prestaciones para servicios (principalmente atención residencial), y económicas (vinculadas al cuidado en el entorno familiar). - La desaparición de los cuidados informales supondrá un coste 		

	de 38.75% superior a nivel nacional del que el 22.91% tendría que ser asumido por el copago y 25.88% de la financiación pública.		
Discusión planteada	<p>Plantea que la actual situación económica ha dado lugar al aumento de las prestaciones derivadas de LAPAD, aunque no se han hecho estudios al respecto.</p> <p>El cuidador informal es una forma de ahorro económico para la entidad pública porque supone la mitad del coste del servicio de atención residencial, aunque también lo sería para el usuario dado que no tendría que asumir los cuidados vía copago.</p> <p>Por otra parte estima el coste para 2009 de los cuidados informales a la dependencia es de 3.689.043.584€ para las Administraciones públicas y en 737.808.718,10€ para el usuario el coste derivado de la inexistencia de los cuidados informales oscilaría a 4.643.768.064 € y 1.645.092.099€ respectivamente.</p> <p>Finalmente plantea que el ahorro derivado del cuidado informal y el déficit de financiación vía copago-usuario sugiere una reflexión de la LAPAD debido a la dificultad actual de crisis financiera y reducción del déficit público y políticas sociales con tal de reducir la financiación. Plasma la necesidad de fomentar el cuidado informal para conseguir una inversión equitativa y razonable de las inversiones públicas en todos los sectores. Sin embargo afirma que en este estudio se dan 3 limitaciones: la sobrevaloración de la reducción de costes, estudio realizado únicamente en Cuenca y la falta de estudios concluyentes sobre la valoración de los costes.</p>		
Conclusiones del estudio/Autor	El cuidado informal supone un gran ahorro de recursos familiares y públicos por asumir un menor coste vía copago y por el menor coste que suponen las prestaciones económicas frente a la prestación de servicios.		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de

			justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit. 2004; 18(1):132-139. 2. Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 393-405. 3. Jiménez Martín S y Vilaplana Prieto C. Trade-off between formal and informal care in Spain. Documentos de trabajo. Soc Sci Res Network; 2008:22. 4. Alonso Albarrán V. Proyecciones de gasto público en cuidados de larga duración en la Unión Europea (2007-2060). Presup. Gasto Público. 2009; 56:145- 162. 5. Del Pozo Rubio R, Escribano Sotos F, Moya Martínez P. El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan Individualizado de Atención: una elección condicionada para las personas dependientes. Gac Sanit. 2011; 25(2):93-99. 24. 		
Otros aspectos u observaciones	<p>He visitado las siguientes referencias del artículo, no solo porque aparezcan en este artículo, sino porque eran fundamentales para la elaboración de mi trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. BOE núm. 114 de 12/5/2007. 2. MSERSO. Datos sobre el estado de situación de la gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia 		

	(AAD). Disponible en: http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html
	3. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2009. BOE núm. 27 de 31/01/2009.

Nº Ficha	Código de Referencia interna
25	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Germán C, Hueso F, Huércanos I. <i>El cuidado en peligro en la sociedad global</i> . Enferm Glob (Murcia) [revista en internet] 2011 [acceso 25 Marzo 2013]; 23: 221-232.	
Introducción	Justificación del artículo	Este artículo resalta la importancia del cuidado informal a personas con cuidados de larga duración, especialmente en la actualidad donde las políticas han fomentado que los cuidados se lleven a cabo en el hogar. Otro aspecto importante que aborda es la repercusión de las políticas de austeridad en la forma de trabajar de las enfermeras y sus posibles repercusiones tanto en su bienestar cómo en la forma de prestar cuidados. Defiende la importancia del papel de enfermería para defender la humanización, cooperación, respeto y humildad, y su voz ante las políticas sanitarias para llevar a cabo una adecuada distribución de recursos.
	Objetivo del estudio	Investigar sobre el riesgo de la pérdida de los

		cuidados invisibles o humanizados tanto en la sociedad como en la profesión enfermera, dado que están en crisis de valor.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2011			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionari o validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionari o de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	(especificar)			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			
	Otras	Búsqueda en base de datos, diarios, revistas, página web de la OMS, consulta de tesis y actas de congreso.			
	Población y muestra	Documento de revisión secundaria, secundario.			

<p>Resultados relevantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Critica que la globalización está dando lugar a una crisis de solidaridad y de desigualdades sociales obligando a recortas los gastos sociales que garantizaban el bienestar (considerado pro el autor como el principio de solidaridad). - No se reconoce el cuidado informar de mujeres en el ámbito privado realizado de forma gratuita. - El aumento de la longevidad aumenta la necesidad del cuidado informar y cuidados de larga duración. - Como aspectos negativos de las políticas de austeridad destaca: la reducción de la plantilla de enfermería, las pésimas políticas de contratación del personal de enfermería (precariedad laboral, reconocimiento de la especialización, movilidad de servicios, tiempos parciales de días y hasta una hora al día) que ponen en riesgo a las personas que atienden y a su propia salud dado que se encuentran diariamente en servicios desconocidos; se acorta la estancia hospitalaria, altas prematuras obligados al surgimiento de las unidades de hospitalización a domicilio y cuidados paliativos en el hogar y en los casos de cirugía mayor ambulatoria; el desplazamiento del cuidados en el hogar transformando los hospitales en unidades de diagnostico y tratamiento con escasa capacidad o disponibilidad para cuidar. - El hecho de derivar el cuidado al domicilio implica el aumento del tiempo familiar, dedicación de enfermería de atención primaria.
<p>Discusión planteada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En necesaria la redistribución el reconocimiento y la representación enfermera para solventar los errores políticos. - Considera que si las enfermeras no están bien retribuidas, con malas condiciones laborales y la sociedad las considera ayudantes auxiliares se irán deteriorando los cuidados. Por lo que hace un llamamiento a enfermeras/os para que se involucren más en las políticas públicas e incidan sobre la mejora de cuidados basados en la humanización.

	<p>- Además plasma el importante papel de la enfermería para investigar todos estos aspectos y dar voz en la distribución de recursos sanitarios.</p>		
Conclusiones del estudio/Autor	<p>El autor considera el empoderamiento como la clave para enfrentarse a los restos actuales y otorgarle importancia a valores como la cooperación, la humildad, el respeto y la justicia para orientar el desarrollo hacia la mejor de la calidad.</p> <p>Además defiende que es la profesión enfermera quien ahora tiene el deber político y el compromiso social de influir y participar activamente en las políticas sanitarias para llevar a cabo una adecuada distribución de recursos.</p> <p>Por otro lado plasma su desagrado con la Ley de Dependencia y las escasas prestaciones sociales al desempleo porque dejan sin atención a familias lo que supone un gran riesgo sanitario.</p>		
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Germán Bes Concepción, Hueso Navarro Fabiola. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Rev Paraninfo Digital 2010; 9. 2. Huércanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca LasCasas [online] 2010 [13 de enero de 2010]; 6(1). Disponible en http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php 		

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Izquierdo M.J. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En “Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Emakunde SARE; 2003. 4. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. Gaceta Sanitaria. 2001; 15: 498-505 5. Germán Bes Concha y Hueso Navarro Fabiola. El mandato de género en los cuidadores de alta dependencia y larga duración. VIº Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Ciencia, tecnología y género. La Habana 2008. Acta del congreso. 6. Waldow Vera Regina. Nuevas ideas sobre el cuidado. Aquichán 2008, 8(1): 85-96. 7. Francisco del Rey Cristina, Mazarrasa Alvear Lucía. Cuidados informales. Rev Enferm 1995; 18 (202): 61-65 8. Lagarde Marcela. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. “Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Emakunde SARE; 2003. P.1-5 9. Serrano MSM. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Aten Primaria. 2003; 32:77-83. Germán Bes Concha. Enfermera sí pero no así. Mujer y Salud. 2010; 27 y 28:23-26. 10. Hernández Martínez Rafael, Carrillo Hidalgo Dolores, Barber María Virginia, Codern i Bové Núria. La relación enfermera-paciente en la atención primaria de salud. Un estudio cualitativo. Rev Paraninfo Digital, 2008; 5. 11. Lunardi Valéria, Peter Elisabeth, Gastaldo Denise. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enferm Clin 2006; 16(5): 268-274.
Otros aspectos u observaciones	<p>Este artículo secundario ha sido elaborado con una bibliografía de 64 referencias, lo que aumenta su rigor científico.</p>

Nº Ficha	Código de Referencia interna
26	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Martorell-Poveda MA, Jiménez-herrera M, Burjalés-Martí MD. <i>La Ley de Dependencia: más allá de la crisis</i> . Ética de los cuidados. 2011; 4 (7). Disponible en: http://0-www.index-f.com/lull.uib.es/eticuidado/n7/et7751.php				
Introducción	Justificación del artículo	A pesar que este artículo se centra en la perspectiva de cuidadores informales de pacientes con una patología mental específica, es de los pocos artículos que han valorado la percepción de familiares de una persona dependiente tras la implantación de la ayuda de la Ley de Dependencia (LAPAD).			
	Objetivo del estudio	Conocer la experiencia de cuidado de familiares de personas con Alzheimer antes y después de la puesta en marcha de la Ley de dependencia.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	X
	Año de realización	2010			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		

		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	Entrevistas y debates titulado Ley de la Dependencia: cuéntanos tu historia.
		Otras	Consulta en diarios (El País), en fundaciones (BBVA) y páginas web (IMSERSO).
	Población y muestra	Es un artículo secundario de revisión	
Resultados relevantes	- Las demandas económicas previas a la implantación de la LAPAD no ha variado mucho desde su promulgación y los familiares refieren la percepción de insuficiencia de recursos procedentes del Estado.		
Discusión planteada	Necesidad de indagar más sobre la percepción de múltiples familias.		
Conclusiones del estudio/Autor	Las vivencias de los cuidadores no ha variado desde la aplicación de la ley, es más la situación de crisis actuales agrava la situación, perjudica a los no beneficiarios y los beneficiarios de dicha ley expresan su desajuste a la realidad social del país porque los recursos siguen siendo aun más escasos y no son repartidos a quienes más los necesitan.		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de

			justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<p>1. Martorell MA. Los recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de cuidadores familiares de personas con Alzheimer. [Tesis doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2009. Disponible en: http://www.tdx.cat/handle/10803/8432.</p>		
Otros aspectos u observaciones	<p>Una referencia importante que sale en este artículo que también consulté para elaborar mi marco teórico pero no está incluido en las referencias es:</p> <p>1. IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría del Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidades, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.</p>		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
27	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Lozano-León T, Romero EM, Lozano MP. <i>La enfermería reflexiva como paradigma ante la conyuntura socio-económica actual</i> . Rev Paraninfo Digital [Revista en internet] 2011. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n11-12/181d.php	
Introducción	Justificación	He seleccionado este documento para formar

	del artículo	parte de mi marco teórico porque habla del cambio de la labor enfermera como la clave para afrontar la situación de crisis económica.			
	Objetivo del estudio	Abandonar la racionalidad técnica positivista del cuidado y evolucionar hacia la reflexión y el razonamiento práctico.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2011			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado		(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)		
	Escala (Validada/No validada)		(especificar)		
	Registros		(especificar)		
	Técnicas cualitativas		(especificar)		
	Otras		Bases de datos en ciencias de la salud.		
	Población y muestra	Documento de revisión bibliográfica secundario.			
Resultados	- El saber enfermero ha sido considerado un conocimiento práctico, pero en el contexto actual se ha producido un				

relevantes	<p>cambio en su formación en la que se defiende la investigación científica para transformar los modelos de práctica enfermera.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El conocimiento práctico de las enfermeras permite que el desarrollo científico sea, a su vez, producto del razonamiento práctico. - El conocimiento práctico es aquel que los profesionales tienen de situaciones complejas, dilemas prácticos, cómo resolverlos y determina decisiones y acciones durante la práctica. 		
Discusión planteada	<ul style="list-style-type: none"> - Los cuidados basados en el razonamiento práctico-reflexivo es el camino más efectivo para enfrentarse a la situación ambigua e inestable que sufre la práctica enfermera actual ante la crisis socio-económica actual. - Debemos cuestionar los estándares establecidos y gestionar los cuidados en salud. 		
Conclusiones del estudio/Autor	La solución ante la situación que estamos viviendo no se encuentra en el sistema sanitario, sino en los valores que las enfermeras puedan aportar.		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	Ninguna.		
Otros aspectos u observaciones	Más que ser relevante por su metodología, es relevante por la posición privilegiada en la que posiciona a las enfermas/os.		

Nº Ficha	Código de Referencia interna
28	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	De Pedro Gómez JE, Morales Asencio JM. <i>Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?</i> Index enferm.2004; 13(44-45): 26-31.					
Introducción	Justificación del artículo	Gracias a la situación de crisis económica actual, las enfermeras/os se encuentran en la posición privilegiada para desarrollar nuevos modelos de práctica enfermera que deben ser basados en la evidencia, por ello este artículo defiende el conocimiento científico de enfermería que actualmente es invisible para las organizaciones y debería aplicarse para promover cambios en la práctica profesional que garanticen unos cuidados de calidad.				
	Objetivo del estudio	Reflexionar sobre la posición e influencia de las organizaciones, respecto al desarrollo en la práctica clínica de los cuidados enfermeros.				
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática		Casos controles		
		Meta-análisis		Cohortes		
		Marco Teórico		Descriptivo		
		Revisión histórica		Cualitativa		
	Año de realización	2003				
Técnica	Encuesta/Cuestionario	(especificar)				

	<i>recogida de datos</i>	validado	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Base de datos específicas en ciencias de la salud y de revisión. La revisión bibliográfica de este artículo contiene ensayos clínicos, libros, notas de prensa, artículos de revista y páginas Web de asociaciones enfermeras, OMS, e INE.
<i>Población y muestra</i>	Se centra en el colectivo enfermero. (Al ser un artículo de revisión no selecciona población ni muestra).		
Resultados relevantes	- Defiende que los resultados del proceso clínico derivan de los cuidados ofrecidos por enfermeras y que las organizaciones deberían promover el desarrollo de nuevos Modelos de Práctica Clínica basada en la evidencia para poder ofrecer mejores servicios de calidad en salud. Pero		

	<p>para poder llevar a cabo nuevos modelos de prestación de servicios es necesario que las enfermeras colaboren con otros profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El desajuste entre las teorías y la práctica enfermera puede llevar a la profesión enfermera a una crisis de identidad y de su rol profesional. - A enfermería no se le ha dado la oportunidad de actuar e intervenir mediante criterios propios, sino que se les priva de autonomía (entendida como la base de la profesionalización). - El <i>Institute of medicine</i> de EEUU defiende la práctica basada en la evidencia para orientar a las organizaciones hacia la calidad de los servicios sanitarios. - La estrategia “<i>Making difference</i>” del gobierno de EEUU reconoce que las organizaciones no favorecen el desarrollo profesional enfermero. A su vez. En EEUU la <i>American Nurses Association</i> ha desarrollado un programa para el reconocimiento de la acreditación de los servicios basados en la evidencia. - La aparición de nuevos Modelos y Métodos de Práctica Clínica tendrá como resultado una mayor efectividad de los servicios/cuidados prestados. - Los Modelos de Práctica Enfermera son modos de cuidar (estilos de práctica) basados en normas, valores, conocimientos y vías de comunicación para alcanzar los objetivos asistenciales. Entre sus características nombra la continuidad de cuidados, participación en la toma de decisiones, colaboración entre los miembros del quipo asistencial, liderazgo, aprendizaje, la comunicación y los recursos humanos, las cuales influyen en los resultados organizacionales, satisfacción del usuario y el abandono profesional. - Actualmente dado el acortamiento de las estancias clínicas,
--	---

	<p>el aumento de la rotación paciente-cama, el aumento de la demanda de atención domiciliaria, el aumento de la deficiencia de la población vinculada al aumento de la esperanza de vida y cronicidad de las enfermedades, las demandas de los servicios enfermeros han aumentado. En contra posición el hecho que las organizaciones mantengan las mismas estructuras organizativas y procesos asistenciales que hace 20 años, repercute en la atención de calidad ofrecida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las organizaciones sanitarias no incorporan intervenciones a los servicios enfermeros procedentes de resultados de investigación y cuando lo consiguen no disponen de recursos para responder a las nuevas exigencias.
<p>Discusión planteada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aunque la colaboración y comunicación entre médico y enfermera garantiza el alcance de la calidad y consecución de los resultados a través de alcanzar un objetivo común y permite consolidar el rol de las enfermeras como proveedoras de salud y el desarrollo de conocimiento científico para dar respuestas, en el entorno actual la autonomía de las enfermeras se ve condicionada e inhabilitada para modificar la prestación de servicios. - La evidencia científica será asumida por las organizaciones sanitarias en función de la pertinencia, actualidad de los problemas a los que responde, la fundamentación que pueden aportar a las políticas de salud, la coherencia y el contingente de nuevos enfoques y su efectividad.
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Las enfermeras deben hacer visible su contribución en la aportación de cuidados a la sociedad y ayudar a cambiar la mirada y paradigma bio-médico-positivista que gobiernan los servicios de salud, defendiendo el paradigma humano centrado en el usuario. Para ello es necesario el desarrollo científico para otorgar evidencia, sentido y solidez a los nuevos Modelos de Práctica Enfermera.</p>

Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ferrer V, Medina JL, Lloret C. La complejidad en enfermería Profesión, Gestión, Formación. Barcelona: Alertes SA; 2003. 2. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001. 3. Department of Health. Making a Difference. Strengthening the Nursing, Midwifery and Health Visiting Contribution to Health and Healthcare, United Kingdom 1999. 4. Brennan PF, Anthony MK. Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. Research in Nursing & Health 2000; 23:372-382. 5. Marek KD. Measuring the effectiveness of nursing care. Outcomes Manag Nurs Pract 1997; 1(1):8-12. 6. Stumpf LR. A comparison of governance types and patient satisfaction outcomes. JONA 2001; 31(4):196-202. 7. Krairiksh M. Anthony MK. Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. JONA 2001; 31(1):16-23. 8. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. J Adv Nursing 2000; 31(3):599-606. 		

Otros aspectos u observaciones	Algunas de las revistas consultadas en este artículo son: <i>Journal Medical Care, Lancet, Research in Nursing, Journal Professional Nursing, Journal Clinical Nursing, Journal Nursing Administration, JONA, Journal of Advanced Nursing, Review Nursing Research, Índice de Enfermería, Revista Española de Salud Pública, Journal Nursing y Journal Surgery.</i>
---------------------------------------	---

Nº Ficha	Código de Referencia interna
29	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Huercanos I, Anguas A, Martín F. <i>El cuidado invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros.</i> Rev Tesela [Revista en internet] 2012. [Acceso 23 Marzo 2013]; 11. Disponible en: http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/tesela/ts11/ts_1106.php
---	---

Introducción	Justificación del artículo	Elegido este trabajo porque reflexiona sobre el concepto de calidad de vida con calidad asistencial, seguridad y cuidado invisible (entendido como cuidado no técnico de enfermería), cuyos términos son abordados a lo largo de todo mi marco teórico.			
	Objetivo del estudio	Evitar la pérdida del cuidado de alta calidad (más cercano, comunicativo y no tan orientado a la técnica), destacar la importancia de los cuidados invisibles y su relación con la percepción de seguridad y calidad de vida relacionada con la salud en un momento histórico de escasos recursos económicos y materiales.			

Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo		
				Clínico		
		Revisión		Casos		

		Sistemática		controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2012			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registros	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	Base de datos en ciencias de la salud, revisiones, Fundación MAPFRE, revistas en ciencias de la salud (Medicina Clínica, Calidad Asistencial, Enfermería Global, Gaceta Sanitaria y Medicine & Science in Sports and Exercise), biblioteca Lascasas y congresos.		

	<i>Población y muestra</i>	Es un artículo secundario.
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - Ley General de Sanidad 14/1986 estipula que una de las competencias del SNS es la prestación integral de la salud conjuntamente con altos niveles de calidad. - Plan de salud Nacional en el que se prioriza la continua mejora de la calidad asistencial (que garantiza la seguridad del paciente). - Mejorar la calidad asistencial tiene como objetivo proteger por la seguridad clínica del usuario. - Presenta un estudio realizado para medir la percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermería con pacientes y familiares, el cual concluye que los pacientes relacionan a la percepción de seguridad con la sensación de confianza, disponibilidad, cercanía y honestidad que les transmite el personal y no la destreza ni la capacidad técnica. - El usuario desarrolla expectativas positivas del cuidado si confía en la persona que le presta atención. - La amabilidad y el buen trato son términos generales que usan los usuarios para describir la calidad de los cuidados que han recibido, pero están relacionados con el bienestar, la escucha, el tacto, el sentirse acompañados, el apoyo emocional, el afecto, la comunicación y la confianza. - El estado de bienestar está siendo vulnerado por las políticas de austeridad, en el que la práctica asistencial se centra en el paradigma médico-técnico. - El cuidado integral se está viendo reducido por los recortes humanos y económicos en sanidad. - Las plantillas rotatorias, los recortes salariales, las contrataciones por hora, la variabilidad de unidades en un mismo contrato... impide que se establezca la relación de confianza-seguridad. 	

	<p>- Consecuencias sobre los profesionales de enfermería: crispación, desmotivación e inseguridad que afecta a la estimulación de proporcionar cuidados integrales.</p>		
Discusión planteada	<p>Los pacientes no disponen de conocimientos ni instrumentos para medir o evaluar ciertas técnicas pero si de valorar la cercanía de la relación interpersonal con el personal de enfermería. Además propone que se cuantifique y objetivice la percepción de seguridad-confianza-calidad hacia las enfermeras/os, hacia el centro sanitario porque influyen en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.</p>		
Conclusiones del estudio/Autor	<p>La calidad asistencial se deteriorará si las políticas de austeridad en materia sanitaria continua afectando las condiciones laborales de enfermería. Los cuidados de enfermería de calidad son una cuestión moral de los profesionales y si no se lleva a cabo el bienestar de los pacientes estar en peligro, además de la salud de los profesionales.</p>		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. Med Clínica. 2005; 125:56-60. 2. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16; 11-27. 		

	<p>3. Huercanos Esparza I. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Lascasas. 2011; 7 (1).</p> <p>4. Muñoz-Ronda FJ, Rodríguez- Salvador MM, Martínez-Díaz JM, López-Valverde MA. Nuevas formas de aproximación al concepto de confianza en la relación enfermera-paciente. <i>Tempus Vitalis</i> 2009; 9 (1): 30-35.</p>
Otros aspectos u observaciones	No utiliza una metodología de investigación propiamente dicha, pero lo importante de este artículo es indagar en la importancia de enfermería mediante los “cuidados informales” para proporcionar la calidad asistencial que el SNS y Sistema General de Sanidad exige en España.

Nº Ficha	Código de Referencia interna
30	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Hewison A. <i>Feeling the cold: implications for nurse managers arising from the financial pressures in health care in England.</i> J Nurs Manag. 2010; 15: 520-525.	
Introducción	Justificación del artículo	He decidido insertar este artículo en mi trabajo porque aborda la implicación de enfermeros/as para gestionar los cuidados y necesidades de la población, haciendo frente a las presiones políticas fruto de la recesión económica y avanzar hacia un futuro sostenible.
	Objetivo del estudio	Conocer las nuevas implicaciones, retos y oportunidades para las enfermeras gestoras de Inglaterra, fruto de las presiones financieras a las que se enfrentan los servicios de salud.

Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2010			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
	Registros	(especificar)			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			
	Otras	Base de datos, departamento de salud de Londres, fundación del servicio canadiense de salud y revistas de enfermería.			
Población y muestra	Artículo secundario.				
Resultados relevantes	<ul style="list-style-type: none"> - La contribución de los trabajadores de los servicios de salud (médicos, enfermeras y otros profesionales) en la gestión del SNS, es fundamental para aumentar la 				

	<p>productividad y la calidad en el cuidado, mediante 4 categorías: seguridad y fiabilidad, cuidado del equipo asistencial, paciente-centrismo y otorgando un mayor valor al cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El papel de la enfermería antes esta situación debe ser identificar los retos a los que las enfermeras gestoras tendrán que hacer frente ante el impacto de las presiones financieras que padece. - El liderazgo mejora la productividad y calidad, y considera que el apoyo y liderazgo de enfermería es fundamental para el desarrollo de cuidados centrados en las necesidades de los pacientes, que a su vez podría motivar, movilizar y apoyar a equipos de atención aumentando de esta forma la productividad. - La gestión enfermera es una de las oportunidades para hacer frente a la recesión financiera y para ello, las enfermeras gestoras deben: apreciar las normas y linear la práctica de diferentes profesionales, requiere imaginación en el diseño de alternativas de las condiciones y en términos contractuales, capacidad para entrenar, motivar y fortalecer al personal para realizar los cambios necesarios y conocer/explorar los modelos financieros de los costes transitorios y permanentes. - En <i>Prime Minister's Commission on the future of Nursing and Midwife</i> (2009) se planteó la gestión de enfermeras como instrumento para responder ante los retos del futuro. Considera que la enfermería es la pieza clave de la organización de la atención para ofrecer calidad seguridad.
Discusión planteada	No realiza una reflexión entre los resultados esperados y los obtenidos.
Conclusiones del estudio/Autor	El actual período de recesión económica deber ser considerado como un momento de innovación en la prestación de servicios y

	llevar cambios en los roles y habilidades, en el que las enfermeras se encuentran en una posición privilegiada para dar voz al principio de calidad y fomentar el desarrollo de nuevos modelos de atención.		
Valoración (Escala Liker)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bezrucha S. The effect of economic recession on population health. Canadian medical Association Journal. 2009; 181 (5): 281-285. 2. Ham C. Helath in a Cold Climate- developing an Intelligent response to Financial Challenges facing NHS. Briefing Paper, The Nuffield Trust, London. 2009. 3. Hewison A. Do we expect too much of our leaders? Journal of Nursing Management. 2009; 17 (8):913-916. 		
Otros aspectos u observaciones	No utiliza una metodología de investigación porque es un artículo secundario, pero lo importante de este artículo es indagar en la importancia de enfermería mediante los “cuidados informales” para proporcionar la calidad asistencial que el SNS y Sistema General de Sanidad exige en España.		