



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Construcción del conocimiento enfermero en el contexto mercantilizado

Ana Martínez Rodríguez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.

This doctoral thesis is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Programa de Doctorat en Infermeria i Salut

Facultat d'Infermeria

CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO EN EL CONTEXTO MERCANTILIZADO

Doctoranda

Ana Martínez Rodríguez

Directora

Núria Fabrellas i Padrés

Tutora

Núria Rodríguez Ávila

Barcelona, Noviembre de 2023

Para Iria y Laura

A mamá, in memoriam

[...] Although we have more and better prepared nurses with master's and doctoral degrees in nursing, economic and political systems are greatly influencing the appropriate use of their expertise. There are big cultural hurdles, such as managed care, insurance, and chief executive officer controls; low nursing salaries; overworked nurses; attraction of nurses to other lucrative fields; and a host of other problems. [...]"

Madeleine Leininger, 2002

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

En cierta manera, esta tesis es el fruto de la contribución y colaboración de diversas personas. Más allá de los aspectos meramente formales, muchas han enriquecido este proceso con sus reflexiones, conocimientos, o sólo con su presencia, su apoyo y motivación para que siguiera adelante.

A la Dra. Carmina Olivé, directora inicial de esta tesis. Gracias por acogerme sin reservas en esta aventura y acompañarme un tiempo en el camino. Gracias por las reflexiones. Haber compartido esto contigo ha sido, sin duda, inestimable. Esta tesis es parte de ti.

A mi directora actual, la Dra. Núria Fabrellas. Gracias por recibirme como directora en la etapa final. Por los consejos, las contribuciones, las aportaciones y por la paciencia. Gracias por la confianza y por darme tranquilidad. Por haber conseguido que fuera lo más sencillo posible.

Al Dr. Joan Benach y al *Grup de Recerca i Estudi en Desigualtats en Salut* de la *Universitat Pompeu Fabra*. Abrieron la puerta y me ayudaron a definir y configurar el enfoque de esta tesis.

A Montse Vergara y a Alba Llop, enfermeras y doctoras, me mostrasteis que era posible.

A mi tutora Núria Rodríguez por la disponibilidad y la rapidez, por estar pendiente.

A Mireia López, Esther Blat, Daniel Lucena, Marta Moya, Pepa Bertran... por el compromiso necesario para llegar al máximo número de enfermeras de Atención Primaria.

También a todas las enfermeras de Atención Primaria y a mis compañeras de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. A todas las que han contribuido de una u otra forma en esta tesis. Gracias por brindarme la oportunidad. Por abrirme las puertas de vuestros Centros, por acogerme sin aristas, por compartir vuestras experiencias conmigo, por ayudarme a profundizar y reflexionar sobre el tema.

A Clara, Marta, Esperanza, Elva, Xhinaski, Toño, Ramón, Teresa... a todas las personas con las que, en algún momento, hemos pensado colectivamente. Por compartir reflexiones sobre la temática de esta tesis, pensamientos, o experiencias. Esta tesis surgió en la mente de muchas en un momento determinado de la historia del sistema de salud catalán. Es para vosotras.

En especial a ti, mama, sé lo orgullosa que estarías de mí. Gracias por TODO.

A ti, Laura, gracias por no dejarme sola, por ser mi compañera de vida, por confiar en mí tan incondicionalmente. Por acompañarme, animarme, sostenerme. Por no dejarme abandonar esto. Por tus consejos. Sin ti, esto no hubiera sido posible. Este trabajo es tuyo también.

Gracias Irene, primero por tus aportes metodológicos, pero sobre todo por gestionar mucho mejor que yo mis incertidumbres, miedos y dudas. Por las horas sin límite al teléfono dándome en cada momento lo que necesitaba. Gracias por centrarme. Sabes que eres un gran ejemplo para mí.

A ti papá, gracias por la tranquilidad que me das. Por confiar en mí sin dudar. Por acompañarme en este viaje con el sosiego que te caracteriza. Me aportas relajación y calma. Y ha sido muy necesario para mí.

A María, Olga, Javi, Luis, Lluís... gracias familia por animarme a seguir y por ayudarme con todo lo que estaba en vuestras manos en esta tesis. Lo que os he pedido y lo que no os he pedido.

A Iria, naciste muy prematuramente para revolucionar nuestras vidas. Para demostrarnos que se puede. Gracias, mi guerrera.

ÍNDICE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	ix
ACRÓNIMOS	xv
RESUMEN, RESUM y ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	17
1.1 Privatización y mercantilización de los sistemas de salud	17
1.1.1 <i>La mercantilización de los sistemas de salud español (SNS) y catalán (SSC)</i>	21
1.1.2 <i>La mercantilización de la Atención Primaria en el SNS y en el SSC</i>	23
1.2 Impactos de la mercantilización en los sistemas de salud	24
1.2.1 <i>Impactos de la mercantilización sobre la Atención Primaria y Comunitaria</i>	28
1.3 La enfermería en la Atención Primaria y Comunitaria	30
1.4 Los patrones de conocimiento enfermero	31
1.4.1 <i>Los patrones de conocimiento básicos</i>	32
1.4.2 <i>Los patrones de conocimiento contextuales: más allá del acto de cuidar</i>	33
1.4.3 <i>La expresión de los patrones de conocimiento enfermeros en la práctica diaria: una relación intrincada</i>	34
JUSTIFICACIÓN, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS	41
2.1 Hipótesis	41
OBJETIVOS	45
3.1 Objetivo general	45
3.3.1 <i>Objetivos específicos</i>	45
METODOLOGÍA	49
RESULTADOS	53
5.1 Artículo 1	53
5.2 Artículo 2	77
5.3 Artículo 3	89
DISCUSIÓN	107
6.1 La mercantilización de la APC en el SSC	107
6.2 El empeoramiento de las condiciones laborales de las enfermeras del SSC	110
6.3 El conocimiento enfermero como estrategia para superar las barreras de la mercantilización del sistema de salud.....	112
6.4 Retos e implicaciones para el futuro de la práctica y la disciplina enfermera en APC....	117
6.5 Limitaciones	118
6.6 Nuevas líneas de investigación.....	120

CONCLUSIONES	123
BIBLIOGRAFÍA	127
ANEXOS	147
9.1 Capítulo de libro derivado de la tesis	147
9.2 Comunicación en congreso derivada de la tesis	159
9.3 Póster en congreso derivado de la tesis	175

ACRÓNIMOS

APC	Atención Primaria y Comunitaria
CCAA	Comunidades Autónomas
CCPP	Consortios Públicos
COIB	<i>Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona</i>
CSSC	<i>Consorti Sanitari i Social de Catalunya</i>
EBA	Entidades de Base Asociativa
EEPP	Empresas Públicas
FFPP	Fundaciones Públicas
ICS	<i>Institut Català de la Salut</i>
LGS	Ley General de Sanidad
LORTAD	Ley Org. de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos
LOSC	<i>Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya</i>
NGP	Nueva Gestión Pública
NHS	<i>National Health System inglés</i>
PFI	<i>Private Finance Initiative</i> - Iniciativa de Financiación Privada
PPP	<i>Public-Private Partnership</i> - Asociaciones Público-Privadas
SNS	Sistema Nacional de Salud Español
SSC	Sistema de Salud Catalán
SSMM	Sociedades Mercantiles

RESUMEN, *RESUM* Y *ABSTRACT*

RESUMEN

Introducción: La mercantilización y la privatización transforman profundamente los sistemas de salud. Los efectos resultantes de las crisis económicas intensifican estos procesos. El Sistema de Salud Catalán ha experimentado tendencias mercantilizadoras y privatizadoras que podrían impactar significativamente en la Atención Primaria y Comunitaria. En este ámbito la enfermería tiene una posición fundamental en atención, prevención y promoción de la salud. Los nuevos contextos mercantilizados reconfiguran los escenarios de Atención Primaria y Comunitaria en los que se desarrolla la práctica y la disciplina enfermera.

Objetivos: El objetivo general fue analizar la mercantilización y privatización del Sistema de Salud Catalán y su relación con la construcción del conocimiento enfermero. Se diseñaron 4 objetivos específicos: 1/ Describir los mecanismos de privatización y mercantilización más predominantes en el Sistema de Salud Catalán (SSC), con enfoque en Atención Primaria y Comunitaria (APC); 2/ Profundizar en la construcción del conocimiento enfermero en los contextos mercantilizados; 3/ Explorar las percepciones y experiencias de las enfermeras en el contexto mercantilizado de la APC en Catalunya, atendiendo a cómo construyen y desarrollan su conocimiento enfermero; y 4/ Examinar la interrelación de los conocimientos enfermeros en el entorno mercantilizado de la APC en Catalunya.

Métodos: Diseño multi-métodos. Incluyó una revisión narrativa, una revisión sistemática exploratoria o *scoping review* y una investigación con diseño mixto, triangulando datos cuantitativos y cualitativos secuencialmente. En la fase cuantitativa se utilizó un cuestionario *ad-hoc* y en la fase cualitativa, se realizaron entrevistas en profundidad.

Resultados: Se publicaron tres artículos. El primer artículo describe la configuración del Sistema de Salud Catalán desde una perspectiva histórica y muestra un sistema mercantilizado con elementos de privatización derivados. La Atención Primaria y Comunitaria en Catalunya ha presenciado un incremento significativo de mercantilización agravado tras las crisis económicas.

El segundo artículo profundiza en la construcción de los saberes enfermeros en los contextos mercantilizados y de austeridad. Estos entornos parecen tener efectos negativos en la práctica enfermera y la reflexión necesaria para construir los saberes personal y estético. Las condiciones laborales empeoran, deteriorando las relaciones enfermera-paciente y limitando la construcción y expresión del saber en su conjunto. Sin embargo, las enfermeras, sobre todo las expertas, pueden utilizar los patrones de conocimiento contextual para sortear las barreras planteadas por la mercantilización y la austeridad.

El tercer artículo se centró en la Atención Primaria y Comunitaria en Catalunya. Hubo 104 respuestas válidas al cuestionario. Las enfermeras sienten exceso de carga de trabajo y falta de tiempo y recursos. Destacan la importancia de los saberes personal y socio-político, pero indican no tener suficiente tiempo para desarrollarlos. En el análisis de comparación múltiple, la situación contractual estable se relacionó significativamente con el saber estético ($p=0.039$). El análisis factorial exploratorio reveló tres hechos destacados. La relación inversa entre el tiempo disponible y la expresión de los saberes personal, estético y socio-político. La relación positiva entre carga de trabajo y peor salud percibida. Y la relación inversa entre carga de trabajo y expresión de los patrones personal y estético.

Se realizaron 10 entrevistas en profundidad, emergiendo seis temas principales. Además, se clasificaron códigos, subtemas y temas de acuerdo a las expresiones de cada patrón de conocimiento. Las enfermeras entrevistadas refieren cargas de trabajo excesivas que perciben afectan a su salud y a la calidad del cuidado ofrecido. Exponen que el establecimiento de relaciones terapéuticas estables les permite expresar mejor los patrones personal, estético y socio-político. Las enfermeras, sobre todo las expertas, utilizan los patrones de conocimiento contextuales, así como los patrones básicos personal y estético para superar las cargas de trabajo excesivas, los tiempos limitados e individualizar la atención. Hay algunas estrategias utilizadas que pueden conducir a una mayor sobrecarga y agotamiento profesional.

No se observaron diferencias significativas entre los diferentes modelos de gestión del Sistema de Salud Catalán.

Conclusiones: El Sistema de Salud Catalán y específicamente la Atención Primaria y Comunitaria en Catalunya operan principalmente bajo una lógica mercantil, con elementos de privatización que se han intensificado tras las medidas de austeridad. Estas condiciones impactan en el desarrollo, la práctica y la construcción de conocimiento enfermero. En la Atención Primaria y Comunitaria en Catalunya, las enfermeras utilizan una combinación de patrones de conocimiento de forma integral e integrada. Las enfermeras expertas utilizan varias estrategias y expresiones de conocimiento para sortear las barreras de la mercantilización y las medidas de austeridad e individualizar la atención. Sin embargo, hay algunos abordajes que pueden ser comprometedores. No hay diferencias entre los distintos modelos de gestión del sistema.

RESUM

Introducció: *La mercantilització i la privatització transformen profundament els sistemes de salut. Els efectes resultants de les crisis econòmiques intensifiquen aquests processos. El Sistema de Salut Català ha experimentat tendències mercantilitzadores i privatitzadores que podrien impactar significativament en l'Atenció Primària i Comunitària. En aquest àmbit la infermeria té una posició fonamental en atenció, prevenció i promoció de la salut. Els nous contextos mercantilitzats re-configuren els escenaris d'Atenció Primària i Comunitària en els que es desenvolupa la pràctica i la disciplina infermera.*

Objectius: *L'objectiu general va ser analitzar la mercantilització i privatització del Sistema de Salut Català i la seva relació amb la construcció del coneixement infermer. Es van dissenyar 4 objectius específics: 1/ Descriure els mecanismes de privatització i mercantilització més predominants en el Sistema de Salut Català (SSC), amb enfocament en Atenció Primària i Comunitària (APC); 2/ Aprofundir en la construcció del coneixement infermer en els contextos mercantilitzats; 3/ Explorar les percepcions i experiències de les infermeres en el context mercantilitzat de l'APC a Catalunya, atenent a com construeixen i desenvolupen el seu coneixement infermer; i 4/ Examinar la interrelació dels coneixements infermers en l'entorn mercantilitzat de l'APC a Catalunya.*

Mètodes: *Disseny multi-mètode. Va incloure una revisió narrativa, una revisió sistemàtica exploratòria o scoping review i una investigació de disseny mixt, amb triangulació seqüencial de dades quantitatives i qualitatives. A la fase quantitativa es va utilitzar un qüestionari ad-hoc i a la fase qualitativa, es van realitzar entrevistes en profunditat.*

Resultats: *Es van publicar tres articles. El primer article descriu la configuració del Sistema de Salut Català des d'una perspectiva històrica i mostra un sistema mercantilitzat amb elements de privatització derivats. L'Atenció Primària i Comunitària a Catalunya ha presenciat un increment significatiu de mercantilització agreujat després de les crisis econòmiques.*

El segon article aprofundeix en la construcció dels sabers infermers en els contextos mercantilitzats i d'austeritat. Aquests entorns semblen tenir efectes negatius en la pràctica infermera i la reflexió necessària per a construir els sabers personal i estètic. Les condicions laborals empitjoren, deteriorant les relacions infermera-pacient i limitant la construcció i expressió del saber en el seu conjunt. No obstant això, les infermeres, sobretot les expertes, poden utilitzar els patrons de coneixement contextual per a eludir les barreres plantejades per la mercantilització i l'austeritat.

El tercer article es va centrar en l'Atenció Primària i Comunitària a Catalunya. Va haver-hi 104 respostes vàlides al qüestionari. Les infermeres senten excés de càrrega de treball i falta de temps i recursos. Destaquen la importància dels sabers personal i soci-polític, però indiquen no tenir suficient temps per a desenvolupar-los. En l'anàlisi de comparació múltiple, la situació contractual estable es va relacionar significativament amb el saber estètic ($p=0.039$). L'anàlisi factorial exploratòria va revelar tres fets destacats. La relació inversa entre el temps disponible i l'expressió dels sabers personal, estètic i soci-polític. La relació positiva entre càrrega de treball i pitjor salut percebuda. I la relació inversa entre càrrega de treball i expressió dels patrons personal i estètic.

Es van realitzar 10 entrevistes en profunditat, de les que emergeixen sis temes principals. A més, es van classificar codis, subtemes i temes d'acord amb les expressions de cada patró de coneixement. Les infermeres entrevistades refereixen càrregues de treball excessives que perceben afecten la seva salut i la qualitat de l'atenció. Exposen que l'establiment de relacions terapèutiques estables els permet expressar millor els patrons personal, estètic i soci-polític. Les infermeres, sobretot les expertes, utilitzen els patrons de coneixement contextuais, així com els patrons bàsics personal i estètic per a superar les càrregues de treball excessives, els temps limitats i individualitzar l'atenció. Hi ha algunes estratègies utilitzades que poden conduir a una major sobrecàrrega i esgotament professional.

No es van observar diferències significatives entre els diferents models de gestió del Sistema de Salut Català.

Conclusions: *El Sistema de Salut Català i específicament l'Atenció Primària i Comunitària a Catalunya operen principalment sota una lògica mercantil, amb elements*

de privatització que s'han intensificat després de les mesures d'austeritat. Aquestes condicions impacten en el desenvolupament, la pràctica i la construcció de coneixement infermer. En l'Atenció Primària i Comunitària a Catalunya, les infermeres utilitzen una combinació de patrons de coneixement de manera integral i integrada. Les infermeres expertes utilitzen diverses estratègies i expressions de coneixement per a eludir les barreres de la mercantilització i les mesures d'austeritat i individualitzar l'atenció. No obstant això, hi ha alguns abordatges que poden ser comprometedors. No hi ha diferències entre els diferents models de gestió del sistema.

ABSTRACT

Introduction: Commodification and privatization are profoundly changing health care systems. The effects of economic crises are exacerbating these processes. The Catalan health system is affected by commodification and privatization trends that could have a significant impact on primary and community care. In this field, nursing occupies a fundamental position in care, prevention and health promotion. The new commodified contexts are changing the scenarios of primary and community care in which nursing practice and discipline unfold.

Objectives: The general objective was to analyse the commodification and privatization of the Catalan health care system and its relationship to the construction of nursing knowledge. Four specific objectives were formulated: 1/ to describe the prevailing mechanisms of privatization and commodification in the Catalan health system (CHS), with a focus on primary and community care (PCC); 2/ to explore the construction of nursing knowledge in commodified contexts; 3/ exploring nurses' perceptions and experiences in the commodified context of PCC in Catalonia, considering how they construct and develop their nursing knowledge; and 4/ exploring the interrelatedness of nursing knowledge in the commodified environment of PCC in Catalonia.

Methods: Multi-method design that included a narrative review, a scoping review, and mixed-methods research in which quantitative and qualitative data were sequentially triangulated. A questionnaire ad-hoc was used in the quantitative phase, and in-depth interviews were conducted in the qualitative phase.

Results: Three articles were published. The first article describes the structure of the Catalan health care system from a historical perspective and presents a market-oriented system with some elements of privatization derived. Primary and community health care in Catalonia has experienced a significant increase in market orientation, which has been exacerbated after the economic crises.

The second article focuses on the construction of nursing knowledge in market-oriented and austerity contexts. These environments appear to have negative effects on nursing practice and the reflection necessary for the construction of personal and aesthetic knowledges. Working conditions deteriorate, worsening nurse-patient relationships and limiting the overall construction and expression of knowledge. However, nurses, especially the experts, can use contextual patterns of knowing to overcome the obstacles posed by commodification.

The third article focuses on primary and community care in Catalonia. There were 104 valid responses to the questionnaire. Nurses perceive an excessive workload and a lack of time and resources. They emphasize the importance of personal and socio-political knowledges, but indicate that they do not have enough time to develop these knowledges. In the multiple comparison analysis, stable contract situations were significantly associated with aesthetic knowledge ($p=0.039$). Exploratory factor analysis revealed three notable facts: The inverse relationship between available time and the expression of personal, aesthetic, and sociopolitical knowledges; the positive relationship between workload and poorer perceived health; and the inverse relationship between workload and the expression of personal and aesthetic patterns.

Ten in-depth interviews were conducted, from which six main themes emerged. In addition, codes, subthemes, and themes were classified according to the expression of each pattern of knowing. The nurses interviewed report an excessive workload, which they believe affects their health and the quality of care provided. They state that building stable therapeutic relationships allows them to better express personal, aesthetic, and sociopolitical patterns. Nurses, especially experts, use contextual patterns of knowing as well as basic personal and aesthetic patterns to overcome excessive workload and limited time and to individualize care. Some of the strategies used can lead to increased workload and professional burnout.

No significant differences were found between the different management models of the Catalan health care system.

Conclusions: *The Catalan health care system and, in particular, primary and community care in Catalonia function mainly according to a market logic with elements*

of privatization that have been reinforced after austerity measures. These conditions have implications for the development, practice and construction of nursing knowledge. In primary and community care in Catalonia, nurses use a combination of knowledge patterns that are comprehensive and holistic. Experienced nurses use different strategies and forms of knowledge to overcome the obstacles of commodification and austerity and to individualize care. However, there are also some approaches that can be compromising. There are no differences between the different management models of the system.

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

1.1 Privatización y mercantilización de los sistemas de salud

La privatización y mercantilización se han convertido en los principales mecanismos de ajuste para corregir los desequilibrios macroeconómicos de los servicios públicos (Benach, 2012; Stan & Erne, 2020) y se han desarrollado como alternativas positivas ante la insostenibilidad financiera y de recursos (Ballart & Galais, 2019; De Vries & Nemeč, 2013; Gallego, 2000; Krachler, 2013). En este contexto, desde los años 70 del siglo pasado, los sistemas públicos de salud en los países considerados “desarrollados” han experimentado profundas transformaciones basadas en la incorporación de mecanismos de mercado y la transferencia de propiedades y competencias a entidades privadas (Bambra et al., 2014; Hermann, 2021; Leys, 2003; Martínez et al., 2014; Saltman, 2003). Estos dos procesos -privatización y mercantilización- se han visto intensificados tras las crisis económicas, políticas y sociales de los últimos 20 años (Benach, 2012; Karanikolos et al., 2013; Maarse, 2006).

La privatización y la mercantilización de los sistemas de salud son dos fenómenos íntimamente ligados desde un punto de vista conceptual (Krachler et al., 2022; Saltman, 2003). La definición de ambos términos ha sido objeto de intensos debates en la literatura y, a menudo, se han utilizado de manera casi intercambiable para describir todas las dinámicas que han transformado de forma profunda los servicios públicos en el último tercio del siglo XX (André et al., 2016; Nandi et al., 2020).

En su sentido más amplio, la privatización se define como la transferencia, parcial o total, de la propiedad, el financiamiento o la gestión de servicios, que originalmente pertenecían al sector público, hacia el sector privado (Albrecht, 2009; André et al., 2016). En el contexto de los sistemas de salud, esta privatización puede adoptar diversas formas, que van desde la externalización de servicios hasta la entrega completa de hospitales y clínicas a entidades privadas (Saltman, 2003).

La mercantilización de los sistemas de salud públicos es, por su parte, un fenómeno que resulta más complejo de caracterizar y que, para muchas autorías, incluye intrínsecamente procesos de privatización total o parcial (Hermann, 2021; Krachler et al.,

2022). A grandes rasgos, mercantilizar refiere a introducir elementos y lógicas de mercado en el servicio público (Chee, 2007; Farris & Marchetti, 2017; Krachler et al., 2022; Mackintosh & Kovalev, 2006). Esta introducción mercantil constituye el paso previo o precursor de los fenómenos de privatización (Krachler et al., 2022; Saltman, 2003).

Las reformas mercantilizadoras de los sistemas públicos de salud afectan, a nivel sistémico o a nivel particular, la estructura y la gestión de las organizaciones (Martínez et al., 2014). Las estrategias de mercantilización incluyen: liberalización, creación de mercados internos, introducción de competencia, separación entre la compra y la provisión de servicios, y adopción de estilos de gestión privada dentro de las estructuras públicas. (Hermann, 2021; Krachler et al., 2022). Estos cambios organizacionales pueden ser concomitantes o secuenciales en el tiempo y puede que algunos sistemas de salud, aunque estén mercantilizados, no incluyan todos los elementos propios de la mercantilización.

La liberalización del sistema rompe las estructuras monopolísticas. Dentro de la provisión pública de salud empiezan a participar entidades de diversa titularidad y formas de gestión, incluso entidades privadas con ánimo de lucro, que ofrecen servicio público, por lo que son financiadas por el estado (Krachler et al., 2022; Nandi et al., 2020). Se crea así un *mercado de proveedores* (Hermann, 2021) que compiten entre sí por la adjudicación de la provisión de servicios y/o prestaciones (Krachler, 2013; Mateos Buendía, 2017; Ruane, 2016). La creación de estos *mercados internos*, va casi siempre acompañada de una separación de la compra y la provisión de los servicios públicos de salud. Hay un único ente público que actúa como regulador, que compra y financia servicios; y un *mercado de proveedores*, cada vez más diversificado (Hermann, 2021; Krachler et al., 2022). Este *mercado de proveedores* movido por la competencia, estimula que las entidades pongan énfasis en el desempeño, la eficiencia y la maximización de la producción (De Vries & Nemeč, 2013). Las entidades a menudo exploran diferentes formas de colaboración público-privada como externalizaciones o subcontrataciones de servicios (Krachler, 2013). Además, también como resultado de la necesidad de competir en la prestación de servicios, muchas entidades y empresas públicas experimentan transformaciones en sus modelos de gestión y aunque son de propiedad pública, se gestionan y operan con las características de las entidades privadas (De Vries & Nemeč,

2013; Farris & Marchetti, 2017). En la década de los años 70 del siglo pasado, se empezó a desarrollar la regulación política y legislativa de todos estos procesos, dándose a conocer como la Nueva Gestión Pública (NGP) (De Vries & Nemec, 2013; Krachler, 2013). El resultado es que los sistemas públicos de salud mercantilizados están regidos por la competencia y están compuestos de una amplia gama de proveedores que pueden ser públicos, públicos gestionados de forma privada o privados completamente, con o sin ánimo de lucro. Existe, asimismo una proliferación de colaboraciones público-privadas (Krachler, 2013).

Las reformas mercantilizadoras que afectan a los sistemas de salud, ya sea a nivel sistémico o a nivel específico, pueden tener un impacto significativo en las personas que utilizan estos servicios y en los profesionales de la salud que trabajan en ellos. La estimulación de la competencia y el foco sobre la eficiencia transforman las relaciones laborales de los trabajadores de la salud (Farris & Marchetti, 2017; Legido-Quigley et al., 2013). Estos cambios van orientados a aumentar la productividad, implementándose sistemas de incentivos basados en el desempeño y ciertas reestructuraciones de plantillas o de los roles laborales (Greer & Doellgast, 2017). Como resultado de la presión para reducir costos y aumentar la eficiencia, los sistemas de salud pueden excluir a ciertos grupos de la cobertura pública como, por ejemplo, la exclusión de las personas migrantes en situación irregular (Christiansen, 2017; Médicos del Mundo, 2017; O'Donnell et al., 2013). Además de las exclusiones de cobertura, es común encontrar servicios que no están disponibles a través de la provisión pública y que se ofrecen a través de mecanismos de *copago*, pagos individuales o mediante seguros privados (Kaminska & Wulfgramm, 2019; Krachler, 2013; Mackintosh & Kovalev, 2006; Wenzl et al., 2017).

La mercantilización y la privatización coexisten a menudo en el mismo sistema; por ejemplo, en un mismo sistema de salud, los proveedores privados compiten directamente con los proveedores públicos ya que todos están financiados por el mismo organismo público. Por esta razón, algunos autores han defendido que se use el término privatización en un significado amplio para referirse a la gestión privada de las entidades de titularidad pública o a la participación de las entidades privadas en la provisión del servicio público (André et al., 2016). Otros, sin embargo, destacan que la privatización no es más que una

forma profunda de mercantilización, por lo que debe considerarse como parte *de ésta* (Krachler et al., 2022; Prince et al., 2002; Saltman, 2003).

El caso de las colaboraciones público-privadas es un claro ejemplo de este debate entre los términos mercantilización y privatización. Las asociaciones público-privadas (*Public-Private Partnerships* o PPP, por sus siglas en inglés) o las Iniciativas de Financiación Privada (*Private Finance Initiative* o PFI, por sus siglas en inglés) se utilizaron desde los años 90 del siglo pasado como estrategias para la construcción de nuevos hospitales, la gestión de los mismos o de servicios auxiliares. En el Sistema de Salud inglés (*National Health System* o NHS por sus siglas en inglés) y en algunas comunidades del Estado español como Madrid, Catalunya o la Comunidad Valenciana destacan algunos hospitales construidos y gestionados bajo este modelo (Martínez et al., 2014; Ruane, 2016). Existen autores que clasifican las PPP y PFI como privatizaciones (De Vries & Nemec, 2013; Hermann, 2021). Otras fuentes argumentan que estos modelos son inherentemente mercantiles, ya que involucran acuerdos comerciales y financieros con entidades privadas. Este punto de vista destaca que, aunque se haya transferido cierto grado de responsabilidad o financiamiento al sector privado, la prestación de servicios de salud sigue estando bajo la supervisión o regulación del sector público (Krachler et al., 2022) por lo que es más adecuado conceptualizarlos como mercantilización, asumiendo que la privatización se incluye en ésta (Martínez et al., 2014).

La distinción entre mercantilización y privatización puede depender en gran medida de la interpretación específica de un proceso particular. La privatización tiende a utilizarse para designar una transferencia más completa de activos y responsabilidades al sector privado, mientras que el término mercantilización se usa para una gama más amplia de acuerdos comerciales y financiación privada que pueden no alterar la propiedad pública pero sí permiten la participación de los entes privados. No se debe olvidar que, en la conceptualización más amplia de mercantilización, la privatización constituye uno de los procesos que la configuran.

Este trabajo no pretende proporcionar una definición exhaustiva de los conceptos de privatización y mercantilización en relación con los servicios públicos de salud, sino describir y diferenciar estos procesos en el Sistema de Salud Catalán (SSC), por lo que se

usará habitualmente el término mercantilización, entendiendo que abarca una mayor variedad de procesos. Estos procesos incluyen: liberalización, creación de mercados internos, diversificación de proveedores de distinta titularidad y formas de gestión, separación de la provisión y la compra de servicios, introducción de la competencia, focalización en la eficiencia, estimulación de la productividad, interés en la reducción de costos y, por último, colaboración público-privada, externalizaciones y subcontrataciones de empresas privadas dentro de la esfera pública. El término privatización se utilizará para designar claramente una transferencia de propiedad o titularidad.

1.1.1 La mercantilización de los sistemas de salud español (SNS) y catalán (SSC)

El Sistema Nacional de Salud Español (SNS) es un sistema descentralizado, en el que cada Comunidad Autónoma (CA) del estado organiza y gestiona su propio sistema de salud de forma independiente y con características particulares. El gobierno central establece el marco legislativo básico, transfiere la financiación a las CCAA y administra algunos aspectos, sobre todo los relacionados con la salud pública (Martínez et al., 2014). El SNS fue gestado al inicio de la democracia española y definitivamente consolidado con la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS), caracterizándose por ser de cobertura *cuasi* universal¹, provisión pública y estar financiado principalmente a través de impuestos, siendo gratuito en el punto de atención, con la excepción de la prescripción farmacéutica y algunas prótesis ortopédicas. En el SNS coexisten tres modalidades de cobertura sanitaria: la general, que cubre a la mayoría de la población; las mutualidades de funcionarios que dan cobertura a aproximadamente 2,2 millones de trabajadores del estado y las mutualidades que cubren accidentes y enfermedades laborales (Bernal-Delgado et al., 2018).

Con el paso del tiempo, y particularmente tras las crisis financieras, se han introducido cambios progresivos orientados hacia la mercantilización y la privatización del sistema (Martínez et al., 2014). Uno de los puntos de inflexión más importante fue la

¹ Actualmente, tras la derogación del Real Decreto 16/2012, el SNS da cobertura al 99,1% de la población (Bernal-Delgado et al., 2018).

Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (Jefatura del Estado, 1997). Esta ley permitió la introducción de modelos de gestión mercantiles en la sanidad pública, la externalización de servicios y la participación de entidades privadas en la provisión pública. A partir de ese momento, muchos hospitales y centros de salud públicos empezaron a gestionarse desde la óptica del sector privado, se construyeron varios dispositivos con modelos PFI y PPP, y comenzaron a externalizarse determinados servicios -principalmente servicios auxiliares como limpieza, mantenimiento o pruebas diagnósticas- (Gómez-Liébana, 2017). Tras la crisis económica de 2008, las políticas de austeridad llevadas a cabo por el gobierno central y los gobiernos autonómicos tuvieron como resultado diferentes recortes presupuestarios para el SNS. Estas restricciones financieras intensificaron los mecanismos mercantilizadores introducidos en el sistema en los años previos, con lo que cada vez más entes privados se introdujeron en el sistema de salud público. Estos cambios se argumentaron desde varios sectores políticos como una estrategia encaminada a mantener la sostenibilidad del sistema, conseguir una mayor eficiencia y mejores resultados (Bernal-Delgado et al., 2018; Bosch et al., 2014; Gené-Badia et al., 2012). Actualmente, en el SNS, el gasto en el sector privado constituye cerca del 29% del gasto total en salud. La Comunidad Autónoma de Catalunya destaca en este contexto, dónde dos tercios de los servicios hospitalarios de la provisión pública son proporcionados por hospitales privados, con y sin ánimo de lucro (Filc et al., 2020).

El Sistema de Salud catalán (SSC) ha seguido la misma línea de mercantilización que el SNS en general. Aunque en Catalunya se ha configurado un modelo con una estructura mixta particular que posee las bases fundamentales del SNS estatal, se diferencia sustancialmente de otras CCAA. En el modelo catalán, la convivencia y la colaboración público-privada, así como los elementos de mercantilización han estado muy presentes en su origen y evolución, siendo el modelo catalán uno de los casos más paradigmáticos para explicar la mercantilización -y posterior privatización- de los sistemas de salud públicos en Europa. Las formas de configuración de la mercantilización en el SSC van desde la dirección y el aumento de las licitaciones y conciertos, a la creación y diversificación de un mercado de salud con empresas públicas y privadas (con o sin ánimo de lucro) y una cesión progresiva de poder en la toma de decisiones a los mismos

proveedores (Martínez et al., 2014). Todo ello en un sistema de salud en el que el paradigma es fundamentalmente biomédico, dónde se favorece el nivel de atención hospitalario y se infra desarrollan los ámbitos de atención primaria, social, comunitaria, prevención y promoción de la salud (Benach, 2012).

1.1.2 La mercantilización de la Atención Primaria en el SNS y en el SSC

La provisión de la Atención Primaria en el SNS español ha sido tradicionalmente otorgada por proveedores públicos (Bernal-Delgado et al., 2018), lo que significa que la mayoría de los centros de Atención Primaria han sido gestionados y financiados directamente por el estado o por los gobiernos de las CCAA. Esta configuración se alinea con el modelo europeo tradicional, donde la Atención Primaria es vista como el primer punto de contacto para la mayoría de los ciudadanos y actúa como una puerta de entrada al sistema de salud (Saltman et al., 2006). Sin embargo, en las últimas décadas, algunas regiones en España han experimentado con diferentes modelos de provisión, permitiendo una mayor participación del sector privado en Atención Primaria. Dos regiones notables en este sentido son Valencia y Catalunya (Bernal-Delgado et al., 2018; Filc et al., 2020). En la Comunidad Valenciana, algunas modalidades de PPP permiten que ciertos agentes privados brinden atención de salud, tanto primaria como hospitalaria y especializada (Bernal-Delgado et al., 2018).

En Catalunya, por su parte, la *Llei 11/1995* (Generalitat de Catalunya, 1995), que modificaba la *Llei de Ordenació Sanitària de Catalunya* (LOSC), diversificó específicamente la oferta de proveedores en Atención Primaria y permitió la entrada del ánimo de lucro en la gestión de las entidades de provisión sanitaria (Martínez et al., 2014). La *Llei 11/1995* tuvo dos efectos principales: En primer lugar, algunas organizaciones privadas sin fines de lucro, que ya eran parte del SSC, lanzaron sus propios servicios de Atención Primaria (Palomo et al., 2012; Violan i Fors, 1999). En segundo lugar, la entrada del ánimo de lucro en la gestión sanitaria facilitó desarrollar en Catalunya un modelo especialmente interesante: las Entidades de Base Asociativa (EBA).

A mediados de los años 90, surgieron cinco EBA; actualmente coexisten doce en el SSC. Una EBA es una entidad privada con ánimo de lucro, gestionada por un equipo de profesionales de la salud -en su mayoría médicos, pero también enfermeros- que se constituyen normalmente en forma de cooperativa (Ledesma, 2005; Martínez et al., 2014). Las EBA reciben un presupuesto público que gestionan de forma autónoma y cubre salarios, instalaciones, pruebas diagnósticas, derivaciones a especialistas y recetas médicas. Además, algunas EBA ofrecen servicios de salud privados (que no se ofrecen desde el sistema público) con los que obtienen beneficios económicos (Martínez et al., 2014). Algunos autores argumentaron que este cambio en la gestión de la Atención Primaria podía aportar muchas ventajas: mayor flexibilidad operativa, más eficiencia en la provisión y mejoras en la calidad ofrecida, tanto en las propias entidades privadas como también en las públicas por el efecto de la competencia (Filc et al., 2020; Ledesma, 2005). Todas estas entidades privadas coexisten con la provisión pública y están sujetas a regulaciones y supervisión pública con el objetivo de garantizar -teóricamente- los estándares de atención y calidad (Martínez et al., 2014).

1.2 Impactos de la mercantilización en los sistemas de salud

La orientación en los principios de mercado ha transformado de forma profunda los sistemas de salud y ha abierto debates importantes tanto en el ámbito de salud como en el legislativo y político (Bambra et al., 2014; Benach, 2012; Hermann, 2021; Martínez et al., 2014). Estas reformas se han defendido desde varios ámbitos como una herramienta adecuada para ayudar a equilibrar las finanzas gubernamentales (De Vries & Nemeč, 2013); aunque también se ha planteado que estas transformaciones pueden impactar negativamente en las organizaciones y en las personas, usuarias y trabajadoras (Bambra et al., 2014; Hermann, 2021). Como consecuencia, la evidencia disponible sobre el impacto de la mercantilización en los sistemas sanitarios está muy polarizada (García Sánchez, 2007; Mackintosh & Koivusalo, 2005).

La introducción de procesos de mercado cambia la estructura organizacional y de gestión de las entidades públicas, lo que parece tener impactos positivos en la eficiencia y la reducción de costes (Rego et al., 2010; Turner & Wright, 2022). Una investigación realizada en hospitales públicos de Alemania reveló que la implementación de criterios

orientados al mercado en las instituciones públicas de salud generó un impacto positivo en su eficiencia que se mantuvo a lo largo del tiempo (Lindlbauer et al., 2016). Según varias autorías, la separación de la compra y la provisión de servicios incrementa la competencia entre las entidades del sistema, lo que estimula la introducción de formas de gestión privadas en la esfera pública, favorece la productividad y aumenta la calidad de la asistencia ofrecida (De Vries & Nemeč, 2013; Rego et al., 2010). Por ejemplo, en Catalunya, al igual que en Portugal, encontraron que las empresas del sistema público gestionadas desde el criterio mercantil -es decir como una empresa privada- obtuvieron mejores resultados de eficiencia, calidad y proceso asistencial (Ballart & Galais, 2019; Rego et al., 2010). Según señalan varios autores, la subcontratación y externalización de ciertos servicios aporta valor, disminuye costos, estimula la innovación en salud e incentiva la competencia entre proveedores (Paek et al., 2019; Pellicelli, 2018; Turner & Wright, 2022). En el NHS inglés, Turner et al. (2016) encontraron que el uso de enfoques empresariales favorecía la innovación de los proveedores en entornos altamente competitivos de licitación (Turner et al., 2016). En Italia, la introducción de la colaboración público-privada en la región de Lombardía, obtuvo mejoras significativas en el desempeño y en la calidad de la asistencia ofrecida a los pacientes (Mateos Buendía, 2017). No obstante, se ha señalado que los resultados positivos de estas reformas mercantiles dependen más de la calidad de su implementación y de los controles asignados para regularlas que de las reformas en sí mismas (De Vries & Nemeč, 2013; Repullo, 2008; Sheaff et al., 2015).

La mercantilización puede mejorar en algún sentido la eficiencia y reducir los costes de los sistemas de salud, aunque algunas investigaciones obtienen resultados contradictorios. Por ejemplo, las PFI y PPP del NHS inglés supusieron sobrecostes millonarios para el sistema público (Pollock & Price, 2010). En contraposición a los hallazgos de Rego et al. (2010) en Portugal, D. Ferreira & Marques (2015) concluyeron que la eficiencia era inferior en los hospitales portugueses mercantilizados en comparación con los hospitales públicos de gestión convencional (D. Ferreira & Marques, 2015). Otras investigaciones sugieren que los hospitales y entidades privadas muestran mejor eficiencia a expensas de brindar una atención de menor calidad (Zhang & Yang, 2023). Los efectos negativos de estas medidas son una preocupación creciente en algunos

sectores de la comunidad científica. Las consecuencias no deseadas pueden identificarse en las organizaciones y en las personas, tanto usuarias como trabajadoras.

Para muchas autorías, mercantilizar el servicio de salud implica transformar bienes, servicios y personas en mercancías con *valor de mercado*, y este cambio conceptual tiene consecuencias sobre usuarios y trabajadores (Chee, 2007; Farris & Marchetti, 2017; Gross, 2013; Kaminska & Wulfgramm, 2019). Al examinar las políticas de mercado en Alemania a lo largo de su historia, Mosebach (2009) destaca que la introducción de mecanismos competitivos en el sector podría haber generado potenciales conflictos para garantizar una atención médica accesible y de alta calidad (Mosebach, 2009). En el NHS, la externalización hacia el sector privado se correlacionó con tasas de mortalidad evitable significativamente superiores, posiblemente como resultado de una disminución en la calidad ofrecida (Goodair & Reeves, 2022). La mercantilización de los sistemas sanitarios públicos parece afectar los resultados de salud de los pacientes (Azad Armaki et al., 2021; Kaminska & Wulfgramm, 2019; Labonté & Stuckler, 2016). Ferreira & Mendes (2018) realizaron un estudio de revisión sobre las consecuencias de las reformas mercantiles instauradas en los sistemas de salud públicos alemán, inglés y francés. Estos autores concluyeron que los cambios orientados en el mercado podían socavar la universalidad y generar inequidades. Las instituciones privadas parecen privilegiar la atención a pacientes sin complicaciones de salud previas o bien con enfermedades por las que la remuneración desde punto de vista del “comprador” es significativamente más alta (Ferreira & Mendes, 2018). Las empresas privadas del sector priorizan los resultados económicos antes de abordar las prioridades de salud pública (Christiansen, 2017; Mackintosh & Koivusalo, 2005). A pesar de que población no siempre es consciente de la mercantilización, parece que la priorización de criterios mercantiles podría ser un factor determinante en la actual erosión de la confianza de los pacientes en sus profesionales de salud (Huang et al., 2018).

Aunque los países europeos tienen sistemas de acceso universal a la salud y la sanidad, esta universalidad está en entredicho con la mercantilización (Martínez et al., 2014). Para garantizar la sostenibilidad del sistema, algunos países excluyen explícitamente a ciertos grupos de personas del sistema de salud público. Las personas migrantes en situación irregular en los territorios donde se ha implementado esta medida han sido los afectados (Médicos del Mundo, 2017). Además, la introducción de *copagos*

para determinados servicios puede establecer barreras de acceso para quien no lo pueda pagar. La mercantilización afecta a los resultados de salud, particularmente en términos de equidad (Azad Armaki et al., 2021; Ferreira & Mendes, 2018; Labonté & Stuckler, 2016). Kaminska & Wulfgramm (2019) destacaron que un 5% de la población europea reporta necesidades de salud no cubiertas por no poder abordar económicamente la atención. Y esto es especialmente grave en países en los que teóricamente se garantiza un acceso universal (Kaminska & Wulfgramm, 2019). Si bien es cierto que, en países con sistemas de salud completamente privatizados, con criterios de mercantilización muy instaurados, estos porcentajes son mucho mayores (Hermann, 2021). Según un estudio en Estados Unidos, un 23% de la población entre 19 y 64 años está asegurada de forma incompleta por razones de insuficiencia económica (Colins et al., 2015).

Las reformas hacia la mercantilización están cambiando no sólo la estructura y gestión de las organizaciones o la atención a los usuarios, sino también las relaciones laborales de los profesionales de salud (Greer & Doellgast, 2017; Krachler, 2013; Rylko-Bauer & Farmer, 2002). Esto es especialmente importante porque la calidad percibida y la satisfacción de los pacientes está estrechamente relacionada con la satisfacción de los empleados (Hermann, 2021; Kutney-Lee et al., 2009). Los actores con ánimo de lucro están incursionando de manera creciente en el ámbito del cuidado, introduciendo gradualmente en este sector lógicas comerciales y enfoques corporativos centrados en la obtención de beneficios y la reducción de costos, especialmente en lo que refiere a los costos laborales (Farris & Marchetti, 2017). Así, los empleados pierden derechos laborales lo que empeora sus condiciones de trabajo. Cuando las condiciones de trabajo empeoran, el desempeño de la fuerza laboral es menor, aumenta el malestar entre los trabajadores, se incrementa la abstención y las bajas por enfermedad (Flecker & Hermann, 2011; Greer & Doellgast, 2017; Hermann, 2021; Stan & Erne, 2020). Zullo & Ness (2009), evaluaron la satisfacción de los trabajadores que desempeñan roles auxiliares en servicios de salud -lavandería, mantenimiento, servicio de alimentación y limpieza- en tres tipos de entidades: públicas, público-privadas y completamente privadas. Sus resultados señalaron que los empleados que trabajaban en entidades público-privadas o completamente privadas experimentaban niveles más altos de estrés

laboral, percibían tener recompensas laborales más reducidas, un menor apoyo por parte de los supervisores y menos oportunidades laborales (Zullo & Ness, 2009).

En la mercantilización, la reducción de costos, la búsqueda de la eficacia económica y de la productividad produce un aumento de las cargas de trabajo y una disminución salarial, especialmente entre el personal de enfermería. Además, aumenta la presión clínica, el estrés y la inseguridad en el trabajo (Burke et al., 2015; Correia et al., 2015; De Troyer & Verdoot, 2015; Granero-Lázaro et al., 2017). Estos factores, considerados como aspectos propios de los modelos neoliberales (H. S. D. Souza & Mendes, 2016), se han relacionado con un empeoramiento de las condiciones de salud de las enfermeras debido a un aumento del *burnout*, del estrés y a una mayor vulnerabilidad (Gonçalves et al., 2015; Llop-Gironés et al., 2015, 2021; N. V. D. D. O. Souza et al., 2017; Wisniewski et al., 2015).

En definitiva, la introducción de mecanismos de mercado puede llevar a mejoras en la eficiencia y en la productividad de los sistemas de salud (De Vries & Nemeč, 2013), pero también genera preocupaciones significativas en términos de equidad en la asistencia, calidad en la atención y en las condiciones laborales (Bambra et al., 2014; Hermann, 2021).

1.2.1 Impactos de la mercantilización sobre la Atención Primaria y Comunitaria

La mercantilización, el modelo biomédico y el hospitalocentrismo se relacionan significativamente con el detrimento de la Atención Primaria y Comunitaria (APC) (Martínez et al., 2014).

El modelo biomédico actualmente se constituye como modelo hegemónico en los sistemas de salud de todo el mundo desarrollado, siendo un elemento coadyuvante que propicia la mercantilización de los sistemas de salud. Por un lado, se centra en la patología, el diagnóstico y el tratamiento médico individual, este modelo enfatiza la Atención Especializada y el hospitalocentrismo (Menéndez, 2020). Por otro, esta visión, en línea con la perspectiva de la mercantilización, impulsa la industria biomédica y

farmacéutica y la generación de tratamientos cada vez más innovadores (Martínez et al., 2014). Por estos motivos, al sobrevalorarse la Atención Especializada hospitalaria, se produce una subinversión y subdesarrollo de la APC, la salud pública, la prevención y la promoción de la salud (García Sánchez, 2007; Gonzalez-Holguera et al., 2022; Starfield, 2012; Starfield & Plana Aspachs, 2001).

La APC debería ser la piedra angular de cualquier sistema de salud. La evidencia a nivel internacional respalda que los sistemas de salud que priorizan y fortalecen la APC, la prevención y la promoción de la salud logran mejores resultados, y son más equitativos y eficientes (García Sánchez, 2007; Mackintosh & Koivusalo, 2005). Sin embargo, en los sistemas mercantilizados, los hospitales y la Atención Especializada reciben un interés desproporcionado en términos de recursos y financiamiento (Martínez et al., 2014). La APC ha sido infra-financiada históricamente en muchos países con sistemas mercantilizados, lo que ha provocado una importante falta de recursos y personal en este ámbito. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la vigilancia epidemiológica y la atención integral o la gestión de las enfermedades crónicas se han visto históricamente subdesarrolladas (Martínez et al., 2014) a pesar de su importancia para los individuos y las comunidades (Starfield, 2012; Starfield & Plana Aspachs, 2001). Por ejemplo, en tiempos de recesión económica, entre 2010 y 2014, el presupuesto global dedicado a salud en Catalunya cayó un 15%. Sin embargo, porcentualmente la Atención Especializada pasó de representar un 46% en 2010 a un 49% en 2014, mientras que la Atención Primaria descendió del 20% al 16% respectivamente (Martínez et al., 2014). En todo caso, cabe destacar que mayores inversiones y gastos en salud no siempre conducen a mejores resultados ni a una mayor eficiencia (Benach, 2012). Para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos es esencial reevaluar la inversión, pero sobre todo el enfoque de la APC, la salud pública y la promoción de la salud. Esto implica reconocer la potencialidad de estos ámbitos en la reducción del número de exacerbaciones de patologías, reduciendo así el número de personas que acuden con complicaciones de sus problemas de salud a la atención hospitalaria.

A pesar de esta afirmación, la evidencia científica que se centra específicamente en los impactos en APC como consecuencia de la mercantilización es mínima y poco concluyente. En un estudio realizado en Catalunya a profesionales de la APC, Bayona

Huguet et al. (2019) encontraron que, en aquellas entidades de APC gestionadas desde el criterio mercantil, los profesionales reportaban más autonomía en la gestión de agendas, mayor resolución, mejor accesibilidad y más compromiso profesional (Bayona Huguet et al., 2019). Sin embargo, en un análisis sobre la APC australiana, bajo los cambios de la mercantilización producidos entre 2009 y 2014, se encontró una reducción de la integralidad y el enfoque en los determinantes sociales; de la misma manera, la presión sobre los costes mermó las acciones de promoción de la salud y desarrollo comunitario (Baum et al., 2016). Si partimos de la premisa que los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la Atención Primaria (Costa et al., 2019), una investigación en Barcelona observó que las organizaciones no públicas tenían una mayor ratio de habitantes por enfermera, pero no analizaron el impacto que esto podía tener sobre la práctica de las enfermeras (Guarga et al., 2000).

Al igual que sucede con los impactos de mercantilización a nivel sistémico, la relación entre la mercantilización de los sistemas sanitarios y APC presenta hallazgos limitados y ambiguos. Estas discrepancias resaltan la importancia de considerar los contextos regionales y culturales en la evaluación del impacto de la mercantilización en distintos ámbitos y para distintos actores del sistema. Los cambios mercantilizadores en los sistemas sanitarios, que intensifican las cargas de trabajo y deterioran las condiciones laborales de las enfermeras, pueden influir significativamente en el desarrollo de la práctica y la disciplina enfermera (Fawcett, 2002). Y esto es especialmente relevante en la APC.

1.3 La enfermería en la Atención Primaria y Comunitaria

La actividad de las enfermeras en APC va más allá de la atención clínica directa, ya que abordan una amplia gama de temas relacionados con la salud pública, la atención comunitaria, la educación y la promoción de la salud. Su intervención se centra no sólo en tratar enfermedades, sino también en prevenir su aparición y en promover estilos de vida saludables (Caja López, 2011; Kinnersley, 2000).

En España la enfermería de la APC ha experimentado un notable avance a lo largo del tiempo, teniendo hoy en día la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria,

implementada en todas las CCAA del estado (Martínez-Riera & Carrasco Rodríguez, 2019). Por lo que la enfermería de la APC se ha consolidado como una pieza fundamental del SNS (Martínez Martín, 2007). Las enfermeras especializadas en APC han adquirido responsabilidades cada vez mayores en la atención crónica, actúan como interlocutoras clave para los pacientes, garantizan exámenes periódicos y proporcionan atención y apoyo continuo a personas con enfermedades crónicas (Hämel et al., 2020). Además, asumen responsabilidades en diagnóstico y terapéutica en APC y participan activamente en la investigación, la docencia y la gestión (Caja López, 2011; Pisano González et al., 2019). Las enfermeras de APC se encargan también de garantizar la continuidad asistencial en el tránsito del paciente desde el hospital hacia la Atención Primaria y viceversa (Costa et al., 2019). En los últimos años, han adquirido un alto grado de autonomía en el proceso de toma de decisiones sobre los pacientes de APC evaluando clínica y socialmente a la persona, coordinan equipos multidisciplinares, estimulan la participación familiar y aseguran el conocimiento de recursos por parte de familias y pacientes (Costa et al., 2019; Hämel et al., 2020).

En definitiva, en la Atención Primaria y Comunitaria, la enfermería tiene un papel relevante que garantiza los objetivos de salud de la población, siendo capaz de brindar una atención primaria de alta calidad, segura y eficaz (Planas-Campmany et al., 2016; Swan et al., 2015). Determinar cómo las enfermeras de APC desarrollan su práctica diaria y construyen la disciplina deviene una cuestión de interés.

1.4 Los patrones de conocimiento enfermero

Los patrones de conocimiento constituyen el eje de desarrollo de la disciplina y la práctica enfermera (Swift & Twycross, 2020; Terry et al., 2017). Hasta la fecha, se han identificado siete patrones que pueden dividirse en dos grupos: los patrones básicos de conocimiento -empírico, estético, personal y ético- descritos por Barbara Carper en 1978 (Carper, 1978) y los patrones contextuales -sociopolítico, emancipador y organizacional- que han sido añadidos con el paso de los años por distintas autorías (Terry et al., 2017; White, 1995). Estos siete patrones pueden definirse como conceptualmente diferentes,

pero se encuentran íntimamente relacionados en la expresión práctica, haciéndose difícil su distinción en un mismo acto de enfermería (Terry et al., 2017; White, 1995).

1.4.1 Los patrones de conocimiento básicos

En 1978, Barbara Carper identificó los patrones de conocimiento empírico, estético, personal y ético (Carper, 1978).

El patrón de conocimiento empírico ha sido tradicionalmente descrito como *la ciencia enfermera*, es decir, el área de conocimiento resultante de la investigación teórica y científica. Este patrón se basa en hechos objetivos y datos cuantificables que son validados a través de investigaciones y experimentos que generan evidencia científica (Fawcett & Garity, 2009; White, 1995). Es el conocimiento que se enseña a través de textos académicos teóricos y protocolos clínicos (Jackson et al., 2009; Porter et al., 2011).

El conocimiento estético es el *arte de la enfermería*. Es una forma subjetiva de conocimiento que se relaciona con la intuición y la interpretación de las relaciones de cuidado. El patrón estético va más allá de los datos objetivos medibles, se refiere a cómo las enfermeras organizan, interpretan y encuentran significado a las experiencias de cuidado, ofreciendo una atención individualizada (Chinn & Kramer, 2018; White, 1995). El desarrollo de este conocimiento se produce cuando las enfermeras reflexionan sobre su práctica diaria y abordan la experiencia desde el punto de vista artístico, creativo, innovador y crítico (White, 1995).

El patrón personal está relacionado con la importancia de la autoconciencia y el entendimiento propio de la enfermera en la relación terapéutica con el paciente (Benner & Wrubel, 1989). Es fundamental que las enfermeras conozcan y comprendan sus propias creencias, valores y emociones para brindar cuidados eficaces, mejorar la conexión y comunicación con el paciente y establecer relaciones terapéuticas óptimas. Este patrón encarna la autenticidad y la genuinidad de la enfermera, construyéndose a través de la práctica reflexionada y la consideración de la perspectiva de la persona cuidada desde la empatía y el respeto (Fawcett et al., 2001).

Por último, el patrón ético tiene que ver con la responsabilidad enfermera en determinar lo que es "correcto" o "incorrecto" en distintas situaciones clínicas (Grace & Willis, 2012). Este patrón no puede entenderse fuera del contexto cultural y requiere una comprensión clara a partir de códigos y posiciones filosóficas respecto de lo que se considera correcto. Asimismo, aborda cuestiones como la autonomía del paciente y apunta a responsabilizarse de acciones y decisiones complejas (Kingsley, 2002).

1.4.2 Los patrones de conocimiento contextuales: más allá del acto de cuidar

Hay patrones adicionales de conocimiento en enfermería que otros autores han agregado a la teoría de Barbara Carper y que han sido llamados “patrones contextuales de conocimiento”, porque se sitúan más allá de la relación estrecha de cuidados entre enfermera y paciente (Chinn & Kramer, 2011; White, 1995).

En 1995, Jill White propuso la inclusión de un quinto patrón: el patrón socio-político. Este patrón aborda el contexto y tiene en cuenta los factores socioculturales, económicos y políticos que afectan al cuidado (Kagan et al., 2016). Al desarrollar el patrón de conocimiento socio-político, las enfermeras comprenden cómo los contextos sociales, comunitarios, culturales, económicos y políticos están involucrados en la salud humana y son factores relevantes que la enfermería debe tener en cuenta (White, 1995).

Posteriormente, en 1999, Chinn & Krammer conceptualizaron y establecieron un sexto patrón denominado conocimiento emancipador. El conocimiento emancipador está representado por un anillo que engloba todos los patrones e implica el desarrollo del conocimiento a través del análisis constante y la reflexión crítica en enfermería (Castaño, 2016; Chinn & Kramer, 2011). Chinn y Krammer definen el conocimiento emancipador en enfermería como un patrón de conocimiento central, crítico y necesario que sustenta el desarrollo de todos los demás patrones de conocimiento y da forma a todas las prácticas de enfermería. El conocimiento emancipador representa la conciencia y responsabilidad profesional. Es el patrón que las enfermeras expresan al reconocer la necesidad de cuestionar las prácticas establecidas, buscar la justicia social, trabajar por eliminar las

desigualdades y generar transformación a través de la práctica y la disciplina (Kagan et al., 2016).

Por último, en 2017 se propuso la adición de un séptimo patrón: el conocimiento organizacional (Terry et al., 2017). El conocimiento organizacional consiste en conocer cómo se estructuran y gestionan los sistemas de salud, y cómo esta organización y estructura influyen en el proceso de cuidados. Según el autor, la construcción de los patrones socio-político y emancipador está vinculada a un componente de conocimiento sobre la organización, que representa el patrón organizacional.

1.4.3 La expresión de los patrones de conocimiento enfermeros en la práctica diaria: una relación intrincada

Los patrones de conocimiento proporcionan un marco que guía la disciplina y práctica de la enfermería. Todos ellos se desarrollan y se expresan en la actividad diaria de las enfermeras en distintas formas, de manera compleja e interconectada (Forough Rafii et al., 2021). En un mismo acto enfermero, la docencia, gestión, investigación o asistencia, la expresión de dos o más patrones de conocimiento siempre está presente.

El patrón empírico se manifiesta en la práctica al hacer investigación o seguir los protocolos y pautas basadas en investigaciones actuales. La práctica basada en la evidencia es un ejemplo de la expresión del conocimiento empírico (White, 1995). En cierto sentido, además, el patrón empírico está vinculado en su expresión práctica al patrón de conocimiento socio-político (Castaño, 2016). El conocimiento empírico busca explicar los fenómenos de interés para la disciplina enfermera respondiendo a la pregunta: ¿cómo logramos conocer lo conocible? (White, 1995). Este conocimiento no podría llegar a darse si no existiera una política que fomentara la investigación, si la enfermería no fuera reconocida como una disciplina y, sobre todo, si las enfermeras no conocieran cómo los factores políticos y sociales que influyen en el proceso salud - enfermedad condicionan las experiencias de salud de las personas (Castaño, 2016). A su vez, el patrón de conocimiento empírico también está relacionado con el patrón de conocimiento ético a través de la práctica basada en la evidencia. Basar las acciones y decisiones de la

enfermería en la mejor evidencia científica disponible, pasa por considerar especialmente las implicaciones éticas de estas decisiones (Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

El patrón estético se expresa en la forma en que las enfermeras organizan su trabajo en los distintos ámbitos de acción. Es el patrón que a la práctica supone la organización del cuidado desde una perspectiva crítica, pero también cómo las enfermeras ponen en práctica la empatía y la comprensión de las experiencias de salud y enfermedad de la persona cuidada (Chinn & Kramer, 2018). El patrón estético está estrechamente vinculado con el patrón personal. El patrón personal es fruto del autoconocimiento como profesional de la enfermería y se expresa en la práctica al generar cuidados auténticos y genuinos, tanto a nivel teórico como práctico (Chinn & Kramer, 2018; Fawcett & Garity, 2009). El patrón personal desarrolla la conciencia del *otro* como sujeto activo en los procesos de cuidado (White, 1995). En este punto es donde se vincula estrechamente con el patrón estético, al compartir la expresión de empatía y la comprensión, por parte de la enfermera, con las experiencias propias de la persona cuidada.

El patrón ético se expresa al tomar decisiones complejas y resolviendo conflictos éticos en los distintos ámbitos de la enfermería, en cuestiones tan importantes para la enfermería como la confidencialidad o el uso del consentimiento informado en los procedimientos. (Carper, 1978). La ética en enfermería no es simplemente una cuestión de *hacer lo correcto*, sino que es una compleja interacción entre la enfermera, la persona cuidada y su familia, el equipo de salud y la sociedad en general. Por lo que, en este sentido, el patrón ético se vincula con el patrón socio-político. Las decisiones que tienen que ver con la ética no pueden entenderse sin ser ubicadas en el contexto social y político concreto. A su vez, existe una estrecha relación entre el patrón ético y el socio-político con los patrones estético y personal. En un mundo globalizado, cada vez más las enfermeras deben atender a personas de distintos orígenes sociales y culturales a los que deben adaptarse para ofrecer cuidados de la más alta calidad (M. Leininger, 2002). Los patrones estético, personal, ético y socio-político proporcionan a las enfermeras la capacidad de ser culturalmente competentes y éticamente sensibles a las diferencias que pueden existir en valores y creencias (Chinn & Kramer, 2018).

Reconocer los factores socio-políticos que afectan los procesos de salud y enfermedad es fundamental en la práctica enfermera (Kagan et al., 2016). El conocimiento socio-político ayuda a las enfermeras a comprender cuándo y cómo intervenir en su trabajo, ya sea en la práctica diaria, investigación, docencia o gestión. Este conocimiento se basa en entender cómo los factores culturales, históricos, económicos, sociales y políticos afectan las experiencias de salud (Castaño, 2016; Heath, 1998). Mientras las enfermeras utilizan el conocimiento socio-político para comprender estos procesos, necesitan el conocimiento emancipador para dar sentido práctico al cuidado. La enfermería puede detectar con el conocimiento socio-político aquellas personas, grupos o comunidades que se encuentran en situaciones sociales de especial vulnerabilidad. El conocimiento emancipador les otorga la capacidad de abogar por los derechos de estas personas, grupos o comunidades, y defender políticas y prácticas que resulten justas y socialmente equitativas (Chinn & Kramer, 2018; Kagan et al., 2016).

El objetivo de la enfermería es lograr el más alto nivel de salud y bienestar para cada individuo, familia y/o comunidad. A través del conocimiento emancipador, las enfermeras permanecen atentas a los obstáculos que impiden alcanzar este objetivo y son capaces de implementar diversas estrategias para sortearlos (Chinn & Kramer, 2011). Así, la enfermería desafía y cambia las estructuras de poder que perpetúan las desigualdades, convirtiéndose en agentes de cambio que trabajan por la justicia y la transformación social (Kagan et al., 2016). En este proceso, es esencial que la enfermería exprese el patrón organizacional descrito por Terry et al. En 2017, que les otorga el conocimiento y comprensión de los sistemas y estructuras en los que trabajan. Este patrón permite a las enfermeras optimizar la atención dentro del sistema de salud. De manera directa, el patrón organizacional se vincula con el patrón emancipador y el patrón socio-político. La expresión práctica de estos tres patrones combinados es visible, por ejemplo, cuando las enfermeras organizan y gestionan el cuidado de personas o comunidades, coordinándose con otros profesionales y estableciendo prioridades para asegurar que los recursos se utilicen de manera adecuada. Las enfermeras expresan patrón organizacional y emancipador cuando influyen en las decisiones sobre la planificación y el ejercicio de su trabajo diario en las organizaciones para las que trabajan.

La interacción entre los siete patrones de conocimiento permite a las enfermeras ofrecer una atención compleja, completa, justa y adecuada a las necesidades de las personas y las comunidades (Kagan et al., 2016). Todos los patrones se expresan en la práctica enfermera de una manera u otra y son esenciales para el desarrollo de la disciplina.

**JUSTIFICACIÓN Y PREGUNTAS DE
INVESTIGACIÓN**

2. Justificación, preguntas de investigación e hipótesis

La mercantilización de los sistemas de salud ha tomado un lugar central en los debates académicos y científicos sobre política sanitaria. Si bien la intención subyacente de esta tendencia es mejorar la eficiencia y garantizar la sostenibilidad económica de los sistemas de salud, la literatura científica está polarizada entorno a sus impactos potenciales. Tanto el Sistema Nacional de Salud español (SNS) como el Sistema de Salud Catalán (SSC) han transitado hacia esta dirección, incorporando progresivamente prácticas del mercado y facilitando una creciente intervención del sector privado en lo que tradicionalmente ha sido de dominio público. Este giro mercantil es de especial importancia en la APC, donde la inclinación hacia el modelo biomédico puede desplazar y reducir la visión integral, holística y preventiva que la caracteriza.

En este panorama, la enfermería, pilar fundamental de la APC, afronta retos significativos. La preeminencia del enfoque biomédico reduccionista amenaza con eclipsar la naturaleza integral y holística de la práctica enfermera. Algunas investigaciones indican que la mercantilización puede afectar adversamente a las enfermeras, particularmente incrementando sus cargas de trabajo, lo cual tiene el potencial de transformar su práctica diaria y, en consecuencia, el modo en que desarrollan y expresan su conocimiento.

Las preguntas de investigación que centran este trabajo son: ¿Cómo se concreta la mercantilización en el Sistema de Salud de Catalunya? ¿La mercantilización de la salud, tiene impactos en el desarrollo de la disciplina y la práctica enfermera de Atención Primaria y Comunitaria?

2.1 Hipótesis

La hipótesis que postula este trabajo es: **la mercantilización del Sistema de Salud catalán tiene impactos negativos en los profesionales de enfermería de Atención Primaria y Comunitaria, en el desarrollo de la práctica y en la construcción de su conocimiento enfermero.**

OBJETIVOS

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar la mercantilización y privatización del Sistema de Salud Catalán y su relación con la construcción del conocimiento enfermero.

3.3.1 Objetivos específicos

(1) Describir los mecanismos de privatización y mercantilización más predominantes en el Sistema de Salud Catalán (SSC), con enfoque en Atención Primaria y Comunitaria (APC).

(2) Profundizar en la construcción del conocimiento enfermero en los contextos mercantilizados.

(3) Explorar las percepciones y experiencias de las enfermeras en el contexto mercantilizado de la APC en Catalunya, atendiendo a cómo construyen y desarrollan su conocimiento enfermero.

(4) Examinar la interrelación de los conocimientos enfermeros en el entorno mercantilizado de la APC en Catalunya.

METODOLOGÍA

4. Metodología

Para responder la pregunta de investigación y alcanzar los objetivos específicos planteados, se adoptó un diseño multi-métodos. Se utilizó una revisión narrativa, una revisión sistemática exploratoria o *scoping review* y una investigación de diseño mixto a través de la triangulación secuencial de datos cuantitativos y cualitativos. La fase cuantitativa, realizada en primer lugar, fue un estudio descriptivo, transversal y observacional. Esta primera fase involucró el uso de un cuestionario *ad-hoc*. En la fase cualitativa, de perspectiva fenomenológica, se realizaron entrevistas en profundidad.

En todos los diseños y fases se han seguido los criterios de rigurosidad y calidad investigadora. Asimismo, se han respetado las directrices la *Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* (Fortaleza, Brasil, Octubre 2013), del informe de Belmont (1979), así como la regulación de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, (LORTAD 2018). La investigación garantiza los principios de confidencialidad, seguridad y anonimato.

RESULTADOS

5. Resultados

5.1 Artículo 1

El artículo 1 responde al objetivo específico (1), se publicó en **Cuadernos de Relaciones Laborales**.

Martínez A., Smith K., Llop-Gironés A., Vergara M., Benach J. (2016). La mercantilización de la sanidad: el caso de Catalunya. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 335-355. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53460>

Indexada en SCOPUS, Emerging Sources Citation Index

SJR Scimago Journal and Country Rank 2019* ; Industrial Relations

Impact factor: 0.5 – Quartile in Category: Q3



* Revista indexada en Scopus desde el año 2016: <https://www.scopus.com/sourceid/5600155273#tabs=1>
Según informa Scopus, CiteScore se calcula cada 4 años: https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/14880/supporthub/scopus/

Cuadernos de **Relaciones Laborales**

ISSN: 1131-8635

<http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53460>
 EDICIONES
COMPLUTENSE

La mercantilización de la sanidad: el caso de Catalunya

Ana Martínez¹, Kayla Smith², Alba Llop-Gironés³, Montse Vergara⁴, Joan Benach⁵

Recibido: 14 de diciembre de 2015 / Aceptado: 06 de junio de 2016

Resumen. La mercantilización de los sistemas sanitarios públicos ha sido en las últimas décadas, un proceso creciente, con especial presencia en los sistemas sanitarios de cobertura universal y en países de renta alta como España. Hay sustanciales diferencias en los sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas del estado Español, entre las que Catalunya se caracteriza por tener un sistema sanitario mixto con complejas colaboraciones e interacciones entre los sectores sanitarios público y privado. Mediante un enfoque de revisión narrativa, este artículo aborda diversos aspectos del sistema sanitario catalán, caracterizando los procesos de privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya desde una perspectiva histórica, con especial atención a los cambios legislativos recientes y las medidas de austeridad. El artículo se aproxima, con respecto a la mercantilización, a los eventuales efectos de la misma y de las medidas de austeridad, en la salud de la población y en la estructura, la accesibilidad, la efectividad, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios.

Palabras clave: mercantilización; sistema sanitario; privatización; austeridad.

[en] Commodification of health care systems: The Catalan case

Abstract. Commodification of the public healthcare system has been a growing process in recent decades, especially in universal healthcare systems and in high-income countries like Spain. There are substantial differences in the healthcare systems of each autonomous region of Spain, among which Catalonia is characterized by having a mixed healthcare system with complex partnerships and interactions between the public and private healthcare sectors. Using a narrative review approach, this article addresses various aspects of the Catalan healthcare system, characterizing the privatization and commodification of health processes in Catalonia from a historical perspective with particular attention to recent legislative changes and austerity measures. The article approximates, the eventual effects that commodification and austerity measures will have on the health of the population and on the structure, accessibility, effectiveness, equity and quality of healthcare services.

Keywords: commodification; healthcare system; privatization; austerity.

¹ Grup de Recerca en Desigualtats en la Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET)

² Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: laanain@gmail.com

³ Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: kaylaesmith1@gmail.com

⁴ Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: alballopgirones@gmail.com

⁵ Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: montse.vergara@upf.edu

⁶ Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: joan.benach@upf.edu

Sumario: 1. Introducción. 2. La progresiva mercantilización de la sanidad en Catalunya. 3. El avance privatizador bajo la recesión económica. 4. Los efectos de las políticas de “austeridad” sobre el sistema sanitario y la salud. 5. Curar y cuidar un sistema sanitario catalán más humano y realmente público. 6. Bibliografía.

Cómo citar: Martínez, A., Smith K., Llop-Gironés, A., Vergara M., Benach, J. (2016) La mercantilización de la sanidad: el caso de Catalunya. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34(2), 335-355.

1. Introducción

En las últimas décadas, en buena parte del continente europeo hemos asistido a una importante mejora en algunos indicadores de salud como la esperanza de vida (EV) o la mortalidad infantil (MI). Por ejemplo, la EV en Europa ha aumentado de 77,7 años de media en 2002 a 80,4 años en 2011 y la MI se ha reducido de 5,4 muertes por cada 1000 nacidos en 2002 a 3,9 en 2011. No obstante, los problemas sociales, económicos y sanitarios persisten y las desigualdades en salud siguen, en muchos casos, aumentando (Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, 2008). La crisis económica, política y social actual ha propiciado un rápido empeoramiento de los determinantes sociales de la salud (DSS) en muchos de los países europeos. Las drásticas restricciones en el gasto en servicios públicos y en prestaciones sociales -entre ellos, los sistemas de salud- han supuesto reducciones en el presupuesto, recursos o infraestructuras en los servicios sanitarios públicos. Y, pese a que el sistema sanitario no es el único determinante de la salud, constituye uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar, y más especialmente, en estos momentos de recesión económica, en los que se empeoran los determinantes sociales, se incrementan las desigualdades y aumentan las demandas y necesidades sociosanitarias (Kondilis, et al., 2013) (Stuckler & Basu, 2013), sobre todo entre los colectivos que resultan más vulnerables (Karanikolos, et al., 2013). No en vano los mejores resultados de salud tienen lugar en aquellos países que han reforzado la protección social, incluso durante el periodo de recesión y de políticas de “austeridad” (Karanikolos, et al., 2013).

Las tendencias mercantilizadoras y privatizadoras, que se empezaron a desarrollar en Europa con la introducción de la Nueva Gestión Pública (NGP)⁶ en los años ochenta (Gallego, 2000) (Krachler, 2013), se han visto intensificadas en los últimos años -más especialmente con las recientes medidas de austeridad (Benach, et al., 2012)- defendiéndose desde algunos ámbitos políticos, económicos y sanitarios, como alternativas ante la insostenibilidad económica y de recursos de los sistemas públicos de salud (García-Sánchez, 2007). Especialmente en sanidad, en las últimas décadas del siglo XX, muchos países europeos y en general de la OCDE han ido incorporando progresivamente el sector privado en los sistemas públicos (Maarse, 2006) e introduciendo criterios mercantiles en el funcionamiento y gestión de las administraciones públicas. Y, si bien los criterios de mercado no

⁶ La “Nueva Gestión Pública” (NGP) es una corriente teórica sobre la gestión de las administraciones públicas ampliamente extendida a partir de finales de los años 80 en los países de la OCDE. Defiende explícitamente la necesidad de desburocratizar el ámbito público e introducir el sector privado y mecanismos de competencia en la función pública.

son en todos los casos avances privatizadores (Saltman, 2003), la mercantilización de los sistemas públicos se sustenta habitualmente en el mismo ideario que defiende los procesos de privatización, alegando que el mercado es el gestor más eficiente en la asignación de recursos y señalando que los servicios públicos son ineficaces, rígidos, burócratas y corruptos.

En este contexto, el Sistema de Salud español, hasta el año 2012 un Sistema Nacional de Salud (SNS) no ha quedado exento de los cambios, procesos y políticas de austeridad, en favor de la mercantilización y la privatización de los servicios públicos. Asimismo, aunque diferenciado e independiente, el sistema sanitario de Catalunya, ha seguido la misma línea. Sin embargo, Catalunya ha configurado un modelo con una estructura mixta particular, que si bien posee las bases fundamentales del SNS estatal, se diferencia sustancialmente de otras comunidades autónomas (CCAA). En el modelo catalán la convivencia y la colaboración público-privada, así como los elementos de mercantilización han estado muy presentes en su origen y evolución, siendo el modelo catalán uno de los casos más paradigmáticos para explicar la mercantilización -y posterior privatización- de los sistemas sanitarios públicos en Europa (Martínez, et al., 2014). Las formas de configuración de la mercantilización en el sistema sanitario catalán van desde la dirección y el aumento de las licitaciones y conciertos, a la creación y diversificación de un mercado sanitario con empresas públicas y privadas (con o sin ánimo de lucro), caracterizado por una mínima rendición de cuentas, una cesión progresiva de poder en la toma de decisiones a los mismos proveedores (Puig-Barrachina, et al., 2013) y unos sistemas de información (aunque mejorados en los últimos años) escasos y en ocasiones, incompletos. Todo ello en un sistema sanitario en el que el paradigma es fundamentalmente biomédico, un elemento coadyuvante de la mercantilización, donde se favorece el nivel de atención hospitalario y se infradesarrollan los ámbitos de atención primaria, social, comunitaria, prevención y promoción de la salud.

De la misma manera, al igual que en el resto de países europeos, la crisis económica y financiera mundial ha afectado profundamente los diversos ámbitos de la vida social catalana, y en particular, el acceso a la salud y a los servicios sanitarios. En tanto que precursoras o potenciadoras de la mercantilización y la privatización de los sistemas públicos, las recientes políticas de “austeridad” plantean la necesidad de valorar en qué grado se estaría señalando una aceleración de estos procesos y cómo estas medidas podrían estar afectando al sistema sanitario y, en general, a la salud de la población. Algunas investigaciones internacionales apuntan a la privatización y la mercantilización como precursoras de más desigualdad, peor calidad y peores resultados en salud (Mackintosh & Koivusalo, 2007) (Egan, et al., 2007). No obstante, hasta el momento existen pocos estudios científicos que evalúen el impacto de la actual situación económica y de las políticas aplicadas durante los últimos años sobre la sanidad, o sobre la salud de la población en el momento actual, especialmente en el Estado español.

El presente artículo forma parte de un proyecto mucho más amplio⁷ que pretende analizar, por un lado, los diferentes aspectos vinculados a la privatización

⁷ Este artículo se basa en el informe “Privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya. Impacto de las medidas de “austeridad” realizado por un amplio Grupo de Trabajo coordinado desde el Grup de Recerca

y la mercantilización de la sanidad en Catalunya y su relación con las medidas de austeridad. Y, por otro, aproximarse a los potenciales impactos de las recientes políticas en la salud de la población y en la estructura, la accesibilidad, la efectividad, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios en Catalunya.

En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura científica y gris, explorándose diversas fuentes de información y evidencias. Asimismo, se incorporó la consulta de las informaciones que día a día proporcionan los actores sociales relacionados con el movimiento social de la salud, e instituciones que recogen un amplio espectro de experiencias de la sociedad civil y profesional. Aunque alguna de esta información puede valorarse como "subjetiva", la misma permite tener información relevante normalmente oculta o poco conocida en relación con el tema de estudio. Por otro lado, se realizó una primera aproximación de carácter exploratorio, obteniéndose los datos cuantitativos específicos para Catalunya de las principales fuentes de información sobre indicadores económicos e indicadores de servicios sanitarios disponibles en páginas web oficiales. Los indicadores de estudio se seleccionaron de acuerdo con el criterio de expertos profesionales y académicos del ámbito de economía de la salud y la salud pública, teniendo en cuenta estudios previos sobre la evaluación de los servicios de salud, y seleccionándose aquellos que podían ser más relevantes para el análisis del impacto de las políticas de austeridad, la privatización y la mercantilización. El objetivo del artículo, sin embargo, no ha sido realizar un análisis empírico exhaustivo, sino una exploración y síntesis comprensible de la información disponible y accesible en Catalunya.

2. La progresiva mercantilización de la sanidad en Catalunya

El sistema de salud catalán tiene su origen en 1981, cuando se llevó a cabo la transferencia, desde el gobierno central, de las competencias de planificación y gestión sanitaria y de salud, y, donde junto a los centros públicos transferidos se incluyó una amplia red de centros, que ya mantenían concertos con la Seguridad Social⁸, propiedad de instituciones locales catalanas (ayuntamientos y diputaciones), grupos eclesíásticos y agentes privados. En este proceso, Catalunya configuró una sistema con una estructura mixta particular aglutinando bajo una misma red de asistencia pública (la Red de Hospitales de Utilización Pública - XHUP por sus siglas en catalán) los proveedores hospitalarios del sistema, fueran éstos de titularidad pública o no; el Instituto Catalán de la Salud (ICS), compuesto por los centros del INSALUD, gestionaba el 90% de la Atención Primaria mientras que una proporción relativamente alta de los hospitales era propiedad de las administraciones locales o de empresas privadas, y tan sólo el 30% de las camas hospitalarias estaban gestionadas directamente por el ICS. La planificación del sistema sanitario catalán -llevada a cabo con el mapa sanitario adoptado en 1984-

en Desigualtats en la Salut (GREDS) - Employment Conditions Network (EMCONET) y con la participación de un gran número de asociaciones y colectivos por la defensa de la sanidad pública en Catalunya.

⁸ Los concertos hospitalarios en Catalunya se remontan al franquismo. Hasta el año 1977 se firmaban con el Instituto Nacional de Previsión de la Seguridad Social; hasta el año 1982 con el Instituto Nacional de Salud (INSALUD); y, tras finalizar el proceso de las transferencias y hasta 1991 con el Institut Català de la Salut.

comportó profundas transformaciones, especialmente en Atención Especializada y Hospitalaria.

Dos fueron las figuras jurídicas más importantes: los consorcios públicos, incorporados en los años ochenta, inspirados en los Sistemas Multihospitalarios Estadounidenses (SMH), donde se agrupaban, en un principio, hospitales de propiedad pública no pertenecientes a la *Conselleria*; y las Empresas Públicas, que se iniciaron a principios de los noventa con el objetivo de gestionar algunos de los recursos públicos. Los defensores del desarrollo de consorcios y empresas públicas arguyen que la introducción de mecanismos propios del mercado y la gestión desde el derecho privado, aumentan la eficiencia y calidad de las administraciones públicas (Planas & Pozo, 2010). Sus detractores, sin embargo, señalan el potencial efecto privatizador de estas formas jurídicas, destacando el hecho de que estas entidades (consorcios y empresas) han propiciado la introducción de agentes privados en la gestión pública (directa o indirectamente), en distintas formas y alianzas (Serna, 2010). De hecho, si bien en un principio se había limitado la introducción de entidades privadas –incluso de las benéficas– en los consorcios públicos, esta limitación ha ido desapareciendo progresivamente y, hoy en día, muchos consorcios de mayoría pública integran en su seno centros privados con ánimo de lucro (Colom, et al., 2011).

No obstante, el punto de inflexión en el proceso de mercantilización del sistema catalán fue la separación de las funciones de compra y provisión de servicios con la promulgación en 1990 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC). Siguiendo las recomendaciones de la NGP, y al igual que sucedería en otros países de la OCDE (Krachler, 2013), el órgano recién creado por la LOSC⁹, el *Servei Català de la Salut* (CatSalut) se configuró como la aseguradora pública y el agente-comprador de los servicios sanitarios. Así, los proveedores del sistema, una amplia red de variada titularidad y formas de gestión (pública, semi-pública o privada), compiten entre sí por acceder a los contratos de provisión de servicios mantenidos con el CatSalut. El ICS, que había sido hasta la LOSC el mayor proveedor y gestor de la compra de servicios sanitarios quedó, a partir de 1991, como proveedor más (Gallego, 2000; Equip Estudis, 1997). Sin embargo, si bien la aplicación final de la LOSC estuvo muy influenciada por la NGP (Pastor, 2008), quedó sujeta a las particularidades de la red sanitaria catalana previamente establecida y con la que ya se habían instaurado fuertes vínculos. Así, el sistema catalán, camino al casi-mercado, se convirtió realmente en un mercado sanitario basado en relaciones bilaterales y multilaterales de confianza a largo plazo, y de poder, colaboración y dependencia mutua configurándose como una red de vínculos clientelares, establecidos más allá de la competencia de mercado (Gallego, 2000).

A partir de la LOSC de 1990, y siguiendo el modelo de diversificación de proveedores extendido en atención hospitalaria, se inició también la multiplicación de la gestión de Equipos de Atención Primaria mediante proveedores de diferente titularidad (Institut d'Estudis de la Salut, 2007), rompiéndose de forma definitiva el monopolio del ICS en Atención Primaria (AP) con la reforma de la LOSC de 1995, que introdujo *explícitamente* el ánimo de lucro en la sanidad pública (Pastor, 2008;

⁹ La Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya se promulga al amparo de la Ley General de Sanidad, promulgada en 1986

Serna, 2010). Hasta entonces, ya se habían mantenido algunos conciertos o colaboraciones puntuales con entidades con ánimo de lucro. La reforma de 1995, no obstante, oficializó esta situación y, especialmente en AP fomentó la creación de entidades con ánimo de lucro formadas por profesionales de la atención primaria y destinadas a ofrecer servicios públicos. Son las llamadas Entidades de Base Asociativa (EBA), fórmulas de gestión surgidas de los discursos basados en la NGP como una forma de mejorar la eficiencia y la calidad del sistema sanitario a través de la autogestión¹⁰, con ánimo de lucro, y del establecimiento de estrategias basadas en mecanismos de incentivación a los profesionales (Gené, 2010; Institut d'Estudis de la Salut, 2007). Sin embargo, la evidencia sobre este tipo de entidades es ambigua, pone en duda la experiencia (Lewis, 2004) y señala que la orientación lucrativa puede influir en la toma de decisiones (Croxon, et al., 2001; Giuffrida & Gravelle, 2001), en la provisión de los cuidados, y causar inequidades (Propper, et al., 2002; Lewis, 2004). La evaluación de su implementación en Catalunya ha sido escasa a la vez que poco concluyente (Institut d'Estudis de la Salut, 2007; Palomo, et al., 2012; Gené, 2010), no quedando suficientemente probada la supuesta superioridad de ciertos modelos de gestión. Por otro lado, tampoco existen estudios ni informes que evalúen la heterogeneidad de proveedores del sistema público en otros ámbitos de atención, donde la presencia de proveedores no-ICS es más numerosa.

Posteriormente a la reforma de la LOSC, son varios los decretos que han acabado definiendo el llamado Sistema Integral de Salud de Catalunya (SISCAT) como una red de redes *integrada y coordinada* (Decreto 196/2010). La estructura final del sistema catalán lo hace muy diferente al resto del SNS: El Departament de Salut gobierna y establece las políticas, el CatSalut es el organismo encargado de comprar servicios sanitarios al SISCAT, una amplia red de proveedores, entre los que se encuentra el ICS, de naturaleza, titularidad y gestión pública; y un bloque, llamado "la concertación" que incluye una amalgama de entidades que pueden ser públicas, mixtas o privadas, con o sin ánimo de lucro¹¹. Con el fin de salvar las ineficiencias producidas por la competición en el sistema –duplicidad de pruebas diagnósticas, más gasto, pérdida de la continuidad, menor calidad (Puig-Junoy, 2002; Terraza, et al., 2006)- se produce un acercamiento progresivo que potencia la colaboración y la coordinación entre proveedores, dando lugar a las Organizaciones Sanitarias Integradas (Vargas, et al., 2009). No obstante, la concertación y la subcontratación siguen siendo las piezas clave del modelo (Serna, 2010); caracterizándose la red por una intensa proliferación de entidades diversas que se asocian, agrupan y/o coordinan en distintos modos. Esta diversificación ha propiciado múltiples formas de colaboración público-privada en los servicios públicos, y no sólo en la coordinación, gestión y provisión de los servicios, sino también en la formación continuada de los profesionales o incluso en la

¹⁰ Definimos "autogestión" en este contexto como la situación en que los sanitarios gestionan directamente el servicio, en el marco de una entidad de la que son propietarios, o en el desempeño individual de los médicos de familia.

¹¹ En este sistema, el ICS gestiona el 77% de la Atención Primaria y, tan solo un 25% de la atención hospitalaria (incluye, no obstante, la mayoría de hospitales con mayor nivel de complejidad). Los servicios de la atención especializada socio-sanitaria y salud mental, también están concertados mayoritariamente con proveedores no-ICS.

construcción de nuevas infraestructuras mediante alianzas comerciales entre proveedores (como los llamados “Public Private Partnership” u otras iniciativas de financiación privada).

3. El avance privatizador bajo la recesión económica

La profunda recesión económica de los últimos años ha supuesto un escenario socio-económico muy propicio para promover y reforzar la ideología, estrategias, políticas y acciones en favor de una sanidad mercantilizada. En Catalunya, las políticas de austeridad han comportado una reducción del presupuesto destinado a Salud de casi un 17% desde 2010 (Generalitat de Catalunya, 2010-2015). Sin embargo, los recortes se han distribuido de forma desigual a lo largo del sistema sanitario. Por ejemplo, aun cuando numerosos estudios ponen de manifiesto que los sistemas centrados en atención primaria, prevención y promoción de la salud son más eficientes, más equitativos y obtienen mejores resultados (Starfield, et al., 2005), el presupuesto asignado a la AP ha pasado de un 20% a un 16% entre 2010 y 2014. Mientras el presupuesto asignado a la Atención Especializada (AE) crecía tres puntos en el mismo periodo (del 46% al 49% del total).

Asimismo, también en ese periodo, mientras el ICS ha mantenido su presupuesto entorno al 30% del total, la concertación ha visto aumentada su partida presupuestaria en más de un 10% (Generalitat de Catalunya, 2010-2015). Aunque la concertación supone más de la mitad del presupuesto del CatSalut, el necesario control democrático del presupuesto y gasto público en el caso de las entidades concertadas, resulta enormemente difícil (Martínez, et al., 2014). Si bien es cierto que pueden consultarse las cuentas de las entidades públicas o mayoritariamente públicas con mayor o menor dificultad en el acceso a ellas, no es tan sencillo en el caso de las entidades privadas o con participación pública minoritaria, sean éstas benéficas o con ánimo de lucro. La información sobre todas las entidades que contratan con el CatSalut puede encontrarse en el Registro de Convenios y Contratos, publicado en la web del CatSalut. Según este registro, las entidades privadas con ánimo de lucro mantienen el importe de los contratos con el CatSalut, mientras que el resto de entidades, benéficas, públicas o semi-públicas ven reducidos a partir de 2010 sus presupuestos, con distintas variaciones (Martínez, et al., 2014) (Figura 1).

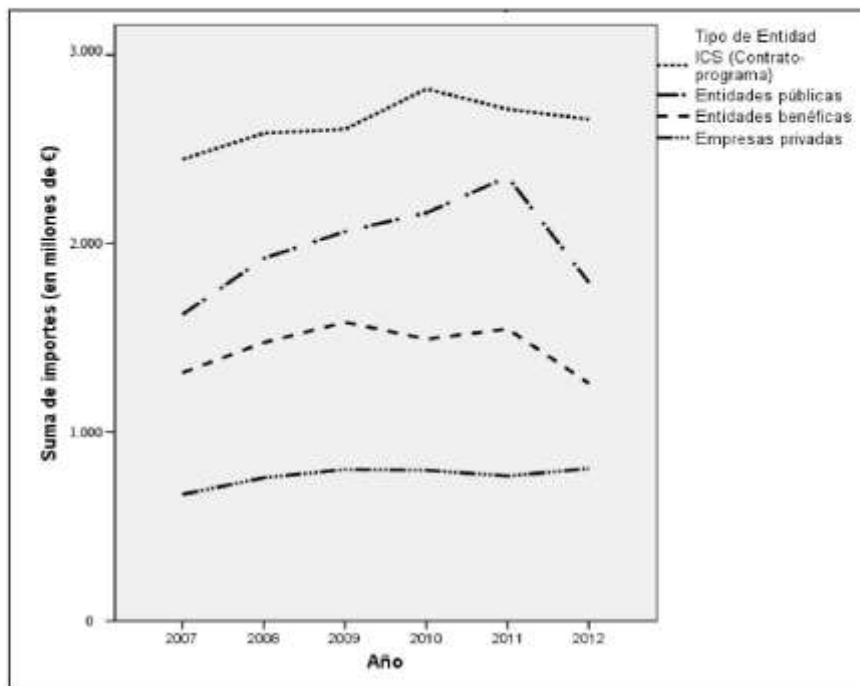


Figura 1. Evolución del presupuesto del CatSalut según titularidad de la entidad proveedora (2007- 2012). Fuente: Registro de Convenios y Contratos del CatSalut 2007-2012. Entidades públicas: Entidades públicas: Consorcios, Empresas y Sociedades Mercantiles participadas mayoritariamente por la Generalitat. Entidades benéficas: Cualquier entidad de carácter benéfico sin ánimo de lucro participada o no por la Generalitat. Empresas Privadas: Entidades con ánimo de lucro no participadas por la Generalitat o participadas de forma minoritaria.

La incorporación en el SISCAT de distintos tipos de gestión ha potenciado una extensa proliferación de entidades proveedoras de servicios y ha propiciado la inclusión (cada vez en mayor medida) de diversas formas de colaboración público-privada, la mayoría de ellas dirigidas a la asistencia pública pero también algunas dirigidas a la asistencia privada. Todo ello ha sido justificado y legitimado por los discursos oficiales y diversos informes realizados por entidades o personas de prestigio (Camps, et al., 2006) asegurando que la colaboración privada en la esfera pública no afecta a la equidad, a la vez que tiene beneficios sobre la eficiencia, la calidad y la redistribución de recursos, ya que desde la esfera privada la asignación resulta más equilibrada. (Camps, et al., 2015).

Entre las nuevas formas de colaboración público-privada, dirigidas a la asistencia pública, cabe destacar los modelos iniciativa de financiación privada (PFI, por sus siglas en inglés) o asociación público-privada (PPP, por sus siglas en

inglés), que suponen la contratación de las obras, el mantenimiento o la gestión de hospitales públicos a entidades privadas o a alianzas privadas o mixtas. Son ejemplos de ello el Hospital comarcal Moisès Broggi en Catalunya y también otros hospitales del estado, especialmente en la Comunidad de Madrid y en la Comunidad Valenciana. Si bien algunos autores afirman que la financiación PFI minimiza el impacto en el endeudamiento de la administración pública, resultando ésta más eficiente y menos costosa (Allard & Trabant, 2006), varios estudios e informes oficiales han puesto en duda la eficiencia y resultados de estos modelos de financiación. (Ruane, 2008; Reyes, 2012; Vecchi, et al., 2010; Pollock, et al., 2011; Pollock & Price, 2012). Recientemente, un órgano independiente de la Comisión Europea ha publicado un informe en el que concluye que no existen suficientes evidencias que demuestren una eficiencia superior de estos modelos y que, por contra, hay indicios de que adoptarlos puede resultar más costoso a largo plazo por lo que no son recomendables (European Commission, 2014).

Otro punto destacable que mercantiliza el sistema público es la instauración de mecanismos de copagos (repagos) o pagos "out-of-pocket" en los diferentes servicios de la cartera del sistema sanitario. El argumento para instaurar sistemas de copagos, ya sea en el consumo o en el acceso a los recursos sanitarios, se sustenta en limitar el coste que puede suponer el abuso o mal uso de los mismos. Sin embargo, la evidencia disponible sobre la implantación de copagos apunta que éstos son ineficaces (Solanas, et al., 2011), injustos e inequitativos (Benach, et al., 2012). El copago mercantiliza la atención sanitaria convirtiéndola en una mercancía en lugar de un derecho social, deteriora el sistema sanitario público culpando al enfermo en lugar de responsabilizar a las autoridades políticas y poderes económicos.

Los defensores de la mercantilización y privatización, sustentan parte de la argumentación en señalar principalmente a los propios enfermos como culpables de la enfermedad, del derroche y del gasto poco racional, primando la responsabilidad individual de los resultados en salud por encima de la responsabilidad colectiva y social (Camps, et al., 2015). Sin embargo, son numerosos los estudios que muestran como los factores fundamentales que generan la salud pública, tienen que ver, sobre todo, con los determinantes sociales de la salud, como por ejemplo la calidad de las condiciones de empleo y trabajo o la calidad de la vivienda y los servicios existentes en el territorio (Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2012). Existe evidencia, por ejemplo, que los trabajadores con peor situación salarial, laboral y social, son quienes tienen niveles de colesterol o glucosa en sangre más elevados, y también quienes fuman más y realizan menos ejercicio físico. Así, los resultados en salud responden más que a la genética y los hábitos de vida, al contexto, las políticas y la situación social (Martínez, et al., 2014).

Acompañando a las medidas de austeridad se han producido, asimismo, contrarreformas legales y cambios normativos respondiendo, en gran medida, a la ideología mercantil y al poder e influencia de las grandes empresas, los lobbies de la industria farmacéutica y la tecnología sanitaria.

Desde el punto de vista de la equidad en salud y las desigualdades, el Real Decreto-Ley 16/2012 (RD16/2012), aprobado por el gobierno español, ha dificultado aún más el acceso a la sanidad. Tres años después de su implantación, aún y no habiéndose demostrado su supuesta eficacia, se han modificado algunas

condiciones del RD16/2012 que siguen creando enormes desigualdades. Un claro ejemplo es la exclusión de la atención sanitaria completa a miles de personas (extranjeras extracomunitarias en situación administrativa irregular, comunitarias que no trabajen o no sean beneficiarias de un trabajador, estudiantes extranjeros que solamente cuenten con permiso de estudiantes, personas ascendentes con permiso de reagrupación familiar, personas que no coticen, personas de nacionalidad española que residan más de 90 días en el extranjero...). Las personas excluidas del sistema (sin tarjeta sanitaria) pueden recibir atención primaria¹², especializada en caso que sean menores de 18 años, en casos urgentes y durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Varias comunidades autónomas han elaborado normativas que dejan sin efecto el RD16/2012 y otras como Catalunya han dado instrucciones para minimizar a los excluidos. Han sido varias las instrucciones que han regulado el acceso a la asistencia sanitaria pública en Catalunya, vinculando el derecho al padrón municipal. Si bien es cierto que debido a la presión y denuncias realizadas desde la sociedad civil y algunos colectivos organizados, se ha conseguido cambiar normativas orientadas a disminuir la restricción del acceso en Catalunya, la norma actual todavía deja en situación de exclusión a muchas personas, especialmente aquellas que resultan más vulnerables. Actualmente, la instrucción 8/2015 da cobertura sanitaria a través del CatSalut con acceso a la atención especializada a personas extranjeras en situación irregular que cuenten con empadronamiento (incluye personas en situación de irregularidad sobrevenida, es decir que no han podido renovar su residencia y personas extranjeras en situación regular pero sin derecho a la atención sanitaria en el resto del estado como la ciudadanía de la Unión Europea o ascendientes reagrupados/as y personas extracomunitarias con visado de estudiante). Sin embargo, esta instrucción sigue siendo restrictiva, ya que todavía no garantiza una atención sanitaria pública y universal en Catalunya. Siguen quedando excluidas personas no empadronadas o con imposibilidad de empadronarse. Por ejemplo, las personas que viven en la calle pueden encontrar diversas barreras ya que no todos los municipios catalanes permiten el empadronamiento "sin domicilio fijo". Además, en Catalunya, al vincular el acceso al padrón, se está produciendo la paradoja de que casos que sí estarían garantizados según la legislación estatal (casos urgentes, mujeres embarazadas o menores de 18 años) si no están empadronados en Catalunya, están siendo facturados en el momento de la atención (Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (Pasucat), 2014).

4. Los efectos de las políticas de "austeridad" sobre el sistema sanitario y la salud

La reducción presupuestaria realizada en el sistema sanitario público conlleva cerrar centros, servicios, urgencias y quirófanos, hacer expedientes de regulación de empleo, reducir el número de profesionales sanitarios y empeorar las

¹² Cabe destacar que la inclusión de la Atención Primaria a las prestaciones garantizadas a inmigrantes en situación irregular no se incluyó hasta Marzo de 2015, 3 años después de la entrada en vigor del RD/16/2012

condiciones de trabajo de quienes se quedan, deteriorando así los servicios y prestaciones sanitarias, pudiendo aumentar el riesgo de enfermar y morir prematuramente. Un estudio internacional reciente señala que el aumento del número de pacientes asignados por enfermero/a, aumenta la mortalidad hospitalaria y disminuye la calidad de los cuidados que estos/as profesionales ofrecen (Aiken, et al., 2014).

A la vez, desde 2010 se ha reducido el presupuesto destinado a Bienestar Social y Familia en más de un 12%. Ello reduce la protección social a la vez que se debilita un sistema de salud que podría atenuar los problemas generados por la recesión económica y los recortes de los servicios públicos.

El acceso universal al sistema sanitario se ha visto drásticamente restringido como consecuencia de la aprobación del RD16/2012 y su instrucción catalana, dejando sin cobertura sanitaria a miles de personas. En muchas ocasiones, las autoridades aluden al turismo sanitario para justificar este tipo de medidas; sin embargo, las personas extranjeras excluidas distan mucho de ser turistas sanitarios sino más bien colectivos vulnerables, en situación de exclusión social, que a su llegada al país de acogida suele presentar un buen estado de salud, el denominado efecto del inmigrante sano (Uretsky & Mathiesen, 2007), y que además han demostrado hacer un menor uso de los servicios sanitarios que la población autóctona (Especial Congreso Semfyc, 2008). Dificultar el acceso a los medicamentos o a la atención primaria puede repercutir en una mayor utilización de los servicios de urgencias y/o hospitalarios, con lo que el coste sanitario aún podría ser mucho mayor (Solanas, et al., 2011; Trivedi, et al., 2010). Por otra parte, no realizar adecuadamente la prevención o tratamiento de enfermedades transmisibles puede generar riesgos importantes para la salud pública.

Sin embargo, tener una tarjeta de cobertura pública no asegura tampoco un acceso equitativo a la sanidad debido entre otras razones al uso de copagos. El pago directo en el acceso o uso de los servicios sanitarios públicos no existe ni en el Estado español ni en Catalunya. Hasta el momento, las medidas sobre copago han sido retiradas. Sin embargo, en Catalunya se ha instaurado el pago para acceder prioritariamente a determinados servicios. La cohabitación público-privada en algunos hospitales de la red pública ha posibilitado una vía rápida para que aquellos pacientes que pueden pagar, sean intervenidos, ingresados prioritariamente o se les realicen antes las pruebas diagnósticas, pasando injustamente por delante de otras personas pendientes también de recibir atención. Un menor acceso al sistema sanitario es una fuente importante de desigualdad. Los estudios internacionales muestran que aquellos sistemas de salud universales y con menor presencia de copagos tienen una mayor equidad en el acceso (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003). Sin embargo, tanto en Catalunya como en el Estado Español, hay una tendencia general a disminuir la universalidad e instaurar mecanismos que limitan el acceso a la asistencia e incrementan la desigualdad ya generada por el mismo contexto económico y social.

La aplicación de las políticas de austeridad está afectando a la cantidad y calidad de los servicios tanto de atención primaria, como de atención especializada, lo cual comporta consecuencias negativas a corto y medio plazo, y otras consecuencias a más largo plazo que es urgente conocer.

En la AP catalana, desde 2010, se han producido cierres o restricciones de los horarios en más de 60 puntos de atención continuada. En la atención especializada, donde se incluye atención a la salud mental, socio-sanitaria y hospitalaria de agudos, entre 2010 y 2013 se cerraron 1.485 camas de hospitalización y se suprimieron, total o parcialmente, varios servicios y actividades, como la actividad quirúrgica por las tardes. En la atención a la salud mental disminuyeron tanto los recursos para la atención de agudos como los existentes en los centros y hospitales de día. Igualmente, se redujeron también las plazas en la atención socio-sanitaria. Por su parte, el transporte sanitario urgente ha visto reducidas sus unidades en un 6% entre 2010 y 2013 (Servei Català de la Salut, 2004-2014). Si bien los datos son todavía muy recientes, estas medidas estructurales, están probablemente teniendo un impacto sobre la atención sanitaria, sobre el acceso, las actividades, la calidad o la equidad, así como también sobre la salud de la población.

Por ejemplo, como consecuencia de los cierres de quirófanos, las listas de espera para las intervenciones quirúrgicas, urgentes o no urgentes han aumentado de forma alarmante en los últimos años. El tiempo de espera para las intervenciones urgentes cardíacas se duplicó entre 2009 y 2013 (Departament de Salut, 2013; Canal Salut, 2011-2014), obligando a la puesta en marcha de un “plan de choque” por parte del Departament de Salut para paliar los efectos (Castedo, 2013). La situación de espera quirúrgica, aun cuando se trata de intervenciones no urgentes, puede suponer un detrimento importante en la calidad de vida de las personas, en su autonomía personal y puede aumentar la demanda de otros servicios. La situación es más grave cuando se trata de la espera para una cirugía urgente, ya que esta puede conllevar, tanto a medio como largo plazo, el desarrollo de otras complicaciones asociadas y empeorar el resultado final y en conjunto la salud de la persona. Por otro lado, el cierre de los puntos de atención primaria continuada ha obligado a los pacientes a desplazarse lejos de su domicilio para recibir atención, afectado a la accesibilidad y la continuidad de los cuidados que proporciona la atención primaria. Los servicios de atención primaria pierden así la oportunidad de ser la puerta de entrada en la atención a las urgencias, a la vez que se saturan los servicios de urgencias hospitalarios y los sistemas de emergencias con motivos de consulta no adecuados para esos niveles de atención (Vall-llosera & Zapater, 2015).

Todavía es pronto para evaluar los posibles impactos a largo plazo de las medidas de “austeridad” sobre la salud, la morbilidad o la mortalidad. Por otro lado, cabe además tener en cuenta que no son sólo los sistemas sanitarios quienes influyen en estas variables. Por ejemplo, hasta 2013, la tasa de mortalidad evitable atribuible a los sistemas de salud disminuye; mientras que la tasa de mortalidad atribuible a las políticas intersectoriales de salud aumenta ligeramente desde 2009 (aunque se observa un descenso entre 2012 y 2013) con más diferencia entre las mujeres (Servei d’Informació i Estudis, 2015). Asimismo, según un reciente informe publicado por el Observatorio de Salud de Catalunya, los ingresos por tentativa de suicidio han aumentado un 33,8% en las mujeres y un 21,6% en los hombres (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2014). La tasa de mortalidad por suicidios, descendente desde 2004, inicia una tendencia creciente a partir del 2010. La diferencia porcentual es de un 21% de incremento entre 2009 y 2013 para total, siendo del 17 y 34% de incremento, para mujeres y hombres,

respectivamente (Canal Salut, 2013). Existe una clara evidencia del incremento en el grado de sufrimiento de la salud mental en la población en los contextos de crisis económica (Karanikolos, et al., 2013; Kondilis, et al., 2013). A pesar de ello, los recortes estructurales en *salud mental* muestran un descenso en casi la totalidad de los recursos existentes: camas hospitalarias psiquiátricas, plazas en hospitales de día, y centros de día para adultos; y si bien es verdad que ha aumentado la actividad en salud mental, los recortes estructurales en este sector han podido afectar a la calidad de esta actividad tal y como muestra la literatura internacional (Yoon & Bruckner, 2009).

En definitiva, dado que la atención sanitaria pública, de cobertura pública, se asocia a un riesgo menor de morir y a menores desigualdades en salud según la clase social, el género, la etnia y la situación migratoria, la sanidad mercantilizada es injusta, rompe el concepto de ciudadanía y solidaridad social y abre paso al clasismo, la discriminación y la desigualdad (Mackintosh & Koivusalo, 2007).

La reducción, deterioro e incluso destroz de la sanidad pública es una estrategia neoliberal en favor del enriquecimiento y ampliación de la sanidad privada; se trata de convertir la salud y la asistencia sanitaria en una mercancía más, lo cual hace posible incrementar en gran manera las posibilidades de negocio. El hecho no es banal ni inocente; como señalan varios informes y estudios, la participación privada, la gestión desde formas privadas (sobre todo con ánimo de lucro) no beneficia la eficiencia del sistema ni obtiene mejores resultados en salud (Mark, 1999; Pollock, et al., 2011; European Commission, 2014; Quercioli, et al., 2013) es una decisión ideológica (Martínez, et al., 2014) que, sin embargo, si supone un extraordinario beneficio para el capital sanitario privado¹³ y empobrece la calidad del sistema público (McKee & Stucker, 2011). Cabe recordar que el 40% del presupuesto de la Generalitat se destina a salud.

No obstante la falta de desarrollo y acceso público completo a los indicadores en los sistemas de información del Departament de Salut de la Generalitat, dificulta la realización un análisis más exhaustivo y completo. En el análisis de estos datos cuantitativos cabe mencionar, además, algunas limitaciones, no sólo en cuanto a la selección de indicadores, sino también en relación con la disponibilidad y la calidad de los mismos. Todos estos aspectos deberían considerarse a la hora de interpretar los resultados obtenidos, a la vez que sugieren la necesidad de revisar y mejorar los registros disponibles. En primer lugar, algunos indicadores presentan incoherencias entre diferentes registros. Así, por ejemplo, para un mismo indicador en el mismo año, sin hacerse explícito ningún cambio de definición en los apartados metodológicos correspondientes, las memorias de los distintos registros no ofrecen los mismos datos. En segundo lugar, algunos indicadores cambian su definición, su fórmula o su presentación en los diferentes informes. Por ejemplo, hasta un determinado año se incluyen una serie de patologías bajo un mismo indicador, y a partir de dicho año para el mismo nombre de indicador se excluyen o incluyen otras diferentes. En tercer lugar, en algunos indicadores apenas se observa su evolución a lo largo de tres años, hecho que limita su análisis de tendencia

¹³ Entre 2010 a 2013, los seguros médicos privados en Catalunya han ganado 101.000 abonados, mejorando su beneficio en más de un 10%. (El País Agencias, 2010). De hecho, según datos del Observatorio de Salud de Catalunya, los contactos hospitalarios de financiación pública se reducen ligeramente desde 2008 aumentando, en contrapartida, los contactos hospitalarios de financiación privada.

temporal. Por último, algunos indicadores dejan de presentarse a partir de un año determinado. En los informes no se especifica, en la mayoría de casos, el motivo por el cual un indicador cambia de fórmula, de definición, empieza a utilizarse o deja de ser incluido o analizado en los siguientes informes. Las incidencias mencionadas podrían atribuirse a la constante mejora de los sistemas de información, vigilancia y control sobre los servicios sanitarios, y en concreto sobre el sistema de salud de Catalunya. Sin embargo, precisamente con este objetivo, es importante remarcar la necesidad de revisar y mejorar sistemáticamente la accesibilidad y la calidad del sistema de información de los servicios sanitarios, que a su vez debieran estar fundamentados en indicadores con base teórica y científica contrastada y rigurosa. A modo de ejemplo, recientemente, el Observatorio de Salud de Catalunya ha unificado los datos que se obtienen de los diferentes proveedores, desarrollando distintos aplicativos en la web con una importante batería de indicadores muy detallados. No obstante, no todos los indicadores son accesibles, con consulta on-line, para toda la ciudadanía. Muchos de los datos solamente se publican en los informes que realiza la Central de Resultados desde el año 2010, con las limitaciones antes mencionadas. Es importante destacar la necesidad de disponer de indicadores y análisis, públicos pero también obtenidos de forma independiente, que sean accesibles y fáciles de entender, que sean fiables y elaborados en forma continua, y que posean un elevado nivel de calidad que permita conocer en profundidad la situación, evolución y determinantes de la atención socio-sanitaria y sus resultados en la salud de la población. Disponer de la información necesaria para conocer como es nuestra sanidad, salud pública y equidad en salud debe ser un derecho ciudadano fundamental.

5. Curar y cuidar un sistema sanitario catalán más humano y realmente público

En los últimos años, coincidiendo con las políticas de austeridad y privatización del modelo sanitario hemos asistido a la proliferación de numerosas movilizaciones que luchan por el derecho a la sanidad y contra la exclusión, pero también que intentan avanzar hacia un sistema sanitario verdaderamente público y con mucha mayor transparencia. Un ejemplo de ello son las acciones desde diferentes sectores del ámbito sanitario que surgen como respuesta a los recortes, las políticas aplicadas y el empeoramiento del sistema público con la reducción de equipamientos sanitarios, salarios, plantillas, y el empeoramiento de las condiciones laborales y los recursos para atender a los pacientes. Por un lado, las acciones de organizaciones sindicales y colegiales, y asociaciones vecinales y otros colectivos locales y, por otro, ciudadanos y profesionales organizados a través de las redes sociales de organización horizontal y sin pertenencia a partidos o sindicatos.

Junto a las concentraciones, manifestaciones y huelgas tradicionales se han fortalecido formas de reivindicación de los espacios públicos como acampadas o encierros en los centros sanitarios y nuevas formas de organización, conexión y difusión que han potenciado los vínculos y articulación entre los diferentes

colectivos en lucha en Catalunya y en todo el Estado. Entre los colectivos en defensa de la sanidad pública destacan también personas de la sociedad civil, que actúan localmente en centros, barrios y pueblos o que, de forma global, difunden información, convocan manifestaciones, realizan acciones de presión directa o desobediencia civil y hasta presentan demandas por la vía judicial.

Algunos ejemplos de estas movilizaciones son los encierros en los Centros de Atención Primaria o en los hospitales en contra los cierres de servicios, de las reducciones horarias o de los despidos o pérdidas de profesionales y especialistas. La ciudadanía también se ha organizado para denunciar el *apartheid sanitario* que sufren las personas excluidas de la sanidad (como consecuencia del RD 16/21012), llaman a la desobediencia por parte del personal sanitario y organizan grupos de acompañamiento para que estas personas sean atendidas en los centros de salud: es la campaña *Yo Sí, Sanidad Universal*, nacida en Madrid y ya extendida a todo el Estado. En Catalunya, la *Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (Pasucat)*, formada por diversos colectivos en defensa de la sanidad pública, ha iniciado un observatorio sobre la exclusión sanitaria en el territorio catalán; también está implicada en la campaña *Jo Sí, Sanitat Universal* impulsada desde las diferentes asambleas de barrios y pueblos, y colectivos en defensa de la sanidad pública vinculados al 15M. Las listas de espera también han sido denunciadas desde diferentes colectivos. Destacamos la campaña "*No marxis sense hora, hi tens tot el dret!*" impulsada por las *Candidaturas de Unitat Popular (CUP)* y otros colectivos en defensa de la sanidad pública, asociaciones de vecinos o plataformas de trabajadores como *Can Ruti diu Prou*. Estos grupos han iniciado campañas similares a la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) como por ejemplo en el Hospital Joan XXIII de Tarragona, Reus, Penedès, Terrassa, Bellvitge o Barcelona, donde instan a la institución a proporcionar una programación de la visita o la intervención sanitaria requerida. Estas movilizaciones priman lo que se considera legítimo y justo por encima de lo legal; combinan modos de actuación habituales en los años 60, de gran activismo vecinal y participación abierta y horizontal, con nuevas maneras de hacer y pensar la política, con nuevos recursos que permiten nuevas formas organizativas, participativas y de acción.

El modelo catalán no sólo ha favorecido progresivamente la mercantilización y privatización del sistema sanitario sino que también ha propiciado varias irregularidades, malversaciones, prevaricaciones o corrupciones que han sido ampliamente denunciadas. Cabe destacar a la revista *Cafè amb llet* y la *CUP de Reus* como pioneras en destapar casos de corrupción en la sanidad catalana. Por su parte, la *Plataforma de Afectadas por los Recortes Sanitarios (PARS)* y la *Iniciativa Penal Popular (IPP)*, han denunciado cómo las medidas de austeridad se podían considerar como un posible delito criminal del Departament de Salut hacia las personas que no estaban recibiendo una adecuada asistencia a su salud. Ante la instauración de copagos y el euro por receta promovidas por la Generalitat la indignación de varios colectivos sociales empezó a gestar formas de "desobediencia civil" a través de las campañas promovidas por *Dempeus per la Salut Pública*, *Cafè amb Llet* y la *Plataforma pel Dret a la Salut (PDS)* en las que también participaron numerosos colectivos.

Además, en la lucha por defender la sanidad pública, mejorar la salud de la población y los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades en salud, cabe destacar los estudios desarrollados por grupos de investigación científica como el *Grup de Recerca en Desigualtats en Salut* (GREDS-EMCONET) de la Universitat Pompeu Fabra, o la *Agència de Salut Pública de Barcelona* (ASPB).

En relación a la mejora y regeneración del modelo sanitario público catalán, y para reivindicar un modelo de sistema de salud realmente universal (financiado mediante impuestos y gestionado públicamente), accesible para toda la población, orientado a la atención primaria, con mejores sistemas de información, transparencia, y una participación ciudadana real destacan las reivindicaciones y aportaciones realizadas por *l'Associació Catalana per la Defensa de la Sanitat Pública* (ACDSP), el *Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris* (CAPS), el *Fòrum Català d'Atenció Primària* (FoCAP), los propios sindicatos de trabajadores/as del ámbito sanitario, y todos los colectivos de ciudadanos y profesionales que desde sus grupos, asociaciones de vecinos, barrios, o simplemente como usuarios de la sanidad pública, se unen a la defensa de la sanidad pública, se informan, difunden conocimiento y actúan. Cabe destacar, en este sentido la creación de la *Marea Blanca de Catalunya*, en Febrero de 2015, como plataforma aglutinadora de todas estas luchas, colectivos o movimientos, bajo el lema: "de la protesta, a la proposta". Un modelo alternativo de sanidad pública es necesario y posible. Se puede avanzar hacia un sistema sanitario con otros valores e ideología, con un modelo de financiación que provea el derecho a la sanidad para toda la población, y que esté fuera de la lógica del beneficio y el negocio mercantil (Benach, et al., 2012). Una sanidad donde la atención primaria y comunitaria sea fundamental para ayudar a contrarrestar los efectos dañinos producidos por los determinantes sociales de la salud en nuestras vidas.

Es necesario por tanto avanzar hacia un sistema basado en la salud de la persona y no en la enfermedad, con un enfoque biopsicosocial, menos medicalizado y con menos peso farmacéutico, que fomente la participación real de las personas junto a los profesionales de salud. Todo ello acompañado de políticas de salud, a cargo de los gobiernos, en "todas las políticas" públicas, ya que los principales determinantes de la salud son sociales, ambientales y económicos. Para ello, se debería potenciar la salud pública y la atención primaria y comunitaria como elementos centrales del sistema, resolutivos, como puerta de entrada y gestores del proceso preventivo y asistencial, con mayor autonomía por parte de las personas y profesionales y con mayor participación real de todos y todas.

El dinero de los impuestos debería garantizar un servicio sanitario realmente público y de calidad, accesible para toda la ciudadanía. Y debería garantizarlo de forma transparente, permitiendo que la población sepa cómo se gasta su dinero y quién lo gasta. Asimismo, el *Departament de Salut* debería cumplir sus funciones esenciales de control y regulación para garantizar el cumplimiento de objetivos del sistema sanitario y de salud, la excelencia de los servicios, y la no proliferación de desigualdades territoriales de acceso y calidad en los servicios de salud, que se pueda producir por la diversidad de proveedores y la falta de protocolos estandarizados, así como la desigual distribución de recursos, en base a la naturaleza de dichos proveedores (con o sin ánimo de lucro). Se debe garantizar la

transparencia, haciendo públicos y accesibles a toda la ciudadanía todos los datos referentes al sistema, tanto los indicadores económicos como los de salud. Asimismo, en el caso de que se mejore la metodología utilizada para calcular un indicador, es necesario explicar la antigua fórmula, las razones del cambio y el nuevo cálculo. El objetivo de la transparencia debería ser mejorar el desempeño de los centros y la gobernabilidad del sistema sanitario con el fin de proveer la mejor calidad en la atención al paciente, así como también constituir una herramienta de control por parte de la población.

Es necesario, además, avanzar en una investigación científica donde tenga lugar el máximo nivel de participación e implicación por parte de la población, desarrollando un concepto transdisciplinar e integral de la misma, y con indicadores adecuados para medir su evolución y cambios. Asimismo, debería poder evaluarse cuál es el impacto en salud de este proceso privatizador y demostrar con mayor profundidad como las políticas sanitarias se rinden cada vez más a los intereses privados y reservan el derecho de admisión al mundo de la salud a quienes tienen el dinero para comprarlo.

Los profesionales de la salud, unidos en grupos de trabajo, sindicatos, asociaciones o movimientos, deben actuar, protestar, movilizarse, desobedecer, y decir basta a la derivación de pacientes a los centros privados. Deben oponerse con contundencia a la privatización y mercantilización de la sanidad, desarrollando objetivos claros para exigir la equidad de acceso a una atención sanitaria para todos sin distinción de clase, género, edad o etnia o cualquier otra condición social. Deben reivindicar una sanidad de calidad, financiada y gestionada públicamente, basada en los principios de solidaridad e igualdad, y deben reclamar también un aumento adecuado y suficiente de profesionales de la salud, bien preparados, adecuadamente remunerados y con buenas condiciones laborales. Y deben cuidar, estimular y potenciar la profesionalidad de los profesionales, potenciando los valores éticos inherentes a la profesión y combatir los conflictos de intereses y la dependencia (sobre todo en la formación) de la industria farmacéutica. Se debería prestar especial importancia a evitar todo aquello que signifique debilitar el sistema público y la falta de equidad, como son las restricciones de acceso, los copagos, el recorte indiscriminado del gasto en salud y de las prestaciones y servicios necesarios o la rebaja de la fiscalidad relacionada con las mutuas sanitarias; se debería evitar la actividad privada de todos los centros que reciben recursos públicos, los conciertos a proveedores privados, y la precariedad laboral de los profesionales socio-sanitarios; se debería pedir la derogación de todas las contrarreformas que atentan contra el sistema sanitario y su carácter público y el derecho universal a la asistencia sanitaria regularizada. La ciudadanía, debe reivindicar una mejor atención sanitaria, debe reivindicar su legítimo derecho a la sanidad y a la salud. La lucha es el único camino que permitirá mantener y mejorar una sanidad que sea realmente pública, humana, y con la mayor calidad para toda la ciudadanía.

En conclusión, las políticas “austericidas” y los “recortes” en la sanidad pueden estar dañando de forma desigual la salud de la población catalana, a la vez que hay suficiente evidencia que permite pensar que las políticas realizadas son una estrategia (bien sea de forma directa o indirecta) para avanzar en el proceso de mercantilización de la atención sanitaria. El programa neoliberal actual quiere

transformar el “derecho a la sanidad” en una “sanidad como negocio” donde se pueda obtener el mayor beneficio económico posible. Pero para evitar que la salud sea una mercancía deben reformularse los principios de nuestro modelo de salud y luchar por una sanidad realmente pública (en su propiedad, en su provisión y gestión de servicios), que permita ofrecer un servicio universal y equitativo, que sea gratuito en el momento de acceso (pagado con impuestos y sin copagos), de calidad y humano. Un sistema sanitario controlado por el interés público, donde se devuelva el espacio público a los centros públicos sin espacio para el “ánimo de lucro” y donde nadie pueda hacer negocio con nuestra salud. Un sistema sanitario con buenas condiciones laborales para los profesionales, verdaderamente controlado y gestionado públicamente con la participación comunitaria directa, con el máximo nivel de conocimiento científico, cultura sanitaria y motivación social, y con una participación con un elevado poder en los planos económico y político

6. Bibliografía

- Aiken, L. y otros, 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, Volumen 383, pp. 1824-1830.
- Allard, G. & Trabant, A., 2006. *La tercera vía: en la frontera entre público y privado*, Madrid: Cátedra Económico Financiera de PricewaterhouseCoopers y Instituto de Empresa.
- Balsells, F., 2011. Salud amplia en 58 los cierres de urgencias nocturnas en ambulatorios. *El País*, 15 Octubre.
- Benach, J., Muntaner, C., Tarafa, G. & Valverde, C., 2012. *La sanidad está en venta: y también nuestra salud*. Barcelona: Icaria.
- Benach, J., Tarafa, G. & Muntaner, C., 2012. El repago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), pp. 80-82.
- Camps, V., López i Casanovas, G. & Puyol, A., 2006. *Les prestacions privades a les organitzacions sanitàries públiques*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols.
- Camps, V., López-Casanovas, G., Puyol, A. & Fusté, J., 2015. *La interacció públic-privat en sanitat/La interacción público-privado en sanidad*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Canal Salut, 2011-2014. *Informes de la Central de Resultats de l'Àmbit Hospitalari*. [En línea] Available at: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuals/ [Último acceso: 12 Febrero 2014].
- Canal Salut, 2013. *Taxa de mortalitat per suïcidis i autolesions. Registre de Mortalitat de Catalunya*. [En línea] Available at: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/detalls/article/18_IND_Taxa_mortalitat_suïcidis_autolesions [Último acceso: 12 Mayo 2016].
- Castedo, A., 2013. Salud aplica un “plan de choque” para contener las esperas en cirugía cardíaca. *El País*, 18 Octubre.
- Colom, A., Marimon, S. & Tuà, T., 2011. *Cataluña: Impacto del Presupuesto de Salud 2011. Análisis y propuestas alternativas para mejorar el Sistema Público de Salud*, Barcelona: CAPS.

- Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva: WHO.
- Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2012. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), pp. 182-189.
- Croxon, B., Propper, C. & Perkins, A., 2001. Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme. *Journal of Public Economics*, 79(2), pp. 375-98.
- Departament de Salut, 2013. *Atenció Mèdica i Sanitària Públiques a Catalunya*. [En línea] Available at: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2014/03/20/20/52/176c8731-68c3-493f-8248-4ab0ad3feac5.pdf [Último acceso: 17 Noviembre 2015].
- Egan, M. y otros, 2007. "Profits before people"? A systematic review of the health and safety impacts of privatising public utilities and industries in developed countries. *J Epidemiol Community Health*, Issue 61, p. 862-870.
- El País Agencias, 2010. Los seguros médicos privados han ganado más de 100.000 abonados desde 2010. *El País*.
- Equip Estudis, 1997. *Les tendències de l'evolució de la sanitat a Catalunya*, Barcelona: Mediterrània.
- Especial Congreso Semfyc, 2008. *Los inmigrantes presentan la mitad de enfermedades crónicas que los españoles*, Madrid: Semfyc.
- European Commission, 2014. *Expert Panel on effective ways of investing in Health. Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public- Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe*, Bruselas: EXPH.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2015. *Los servicios sanitarios de las CCAA*. Madrid: FADSP.
- Gallego, R., 2000. *Tipus d'agències i estructures pressupostàries: anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana*, Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- García-Sánchez, I., 2007. La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*, Issue 47, pp. 37-64.
- Gené, J., 2010. Las entidades de Base Asociativa: una innovación del siglo pasado que debe modernizarse. *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate*, pp. 79-85.
- Generalitat de Catalunya, 2010-2015. *Leyes de Presupuestos de la Generalitat de Catalunya*.
- Giuffrida, A. & Gravelle, H., 2001. Inducing or restraining demand: the market for night visits in primary care. *Journal of Health Economics*, Volumen 20, pp. 755-779.
- Institut d'Estudis de la Salut, 2007. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'Atenció Primària*, Barcelona: Generalitat de Catalunya-Departament de Salut.
- Karanikolos, M. y otros, 2013. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), pp. 1323-1331.
- Kondilis, E. y otros, 2013. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. *American Journal of Public Health*, 103(6), pp. 973-979.

- Krachler, N., 2013. *How to Create the Conditions for a Healthcare Market: The Step-by-step. Marketisation of the NHS in England. An Outline of Marketisation Processes in the English NHS On The Basis of Marketization Theory*, Greenwich: University of Greenwich.
- Lewis, R., 2004. *Practice-led Commissioning: Harnessing the power of the primary care frontline*, London: King's Fund.
- Maarse, H., 2006. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), pp. 981-1014.
- Mackintosh, M. & Koivusalo, M., 2007. Commercialization and Globalization of Health Care: Lessons from UNRISD Research. *UNRISD Research and Policy Brief*, Issue 7.
- Mark, T., 1999. Analysis of the rational for, and consequences of, nonprofit and for-profit ownership conversions. *Health Services Research*, Volumen 34, pp. 83-101.
- Martínez, A., Vergara, M., Benach, J. & Tarafa, G., 2014. *Cómo comercian con tu salud: privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya*. Barcelona: Icaria.
- McKee, M. & Stucker, D., 2011. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *British Medical Journal*, Volumen 343, p. d7973.
- Muntaner, C. & Juandó, C., 2014. *Espai Fàbrica - Participació ciutadana: entre la retòrica liberal i la democràcia sanitària integral*. [En línea] Available at: <http://espaifabrica.cat/index.php/perspectives/item/804-participaci%C3%B3-ciutadana-entre-la-ret%C3%B2rica-social-liberal-i-la-democr%C3%A0cia-sanit%C3%A0ria-integral>. [Último acceso: 17 Noviembre 2015].
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2014. *Determinants socials y econòmics de la salut. Efectos de la crisis económica en la salud de la población de Catalunya. Primer Informe*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries. Agència de Salut Pública de Catalunya .
- Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003. *A disease-based comparison of health systems: what is best and at what cost?*, París: OECD Publishing.
- Palomo, L., Gené, J. & Rodríguez-Sendín, J., 2012. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. *Gaceta Sanitaria*, pp. 14-19.
- Pastor, I., 2008. La reforma del sector sanitario en Catalunya en los últimos veinte años. El caso de los servicios hospitalarios de la Generalitat de Catalunya. *Revista Internacional de Organizaciones*, Volumen 1, pp. 55-75.
- Planas, I. & Pozo, A., 2010. *Evolució del model de governança i gestió de les entitats participades pel Servei Català de la Salut*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.
- Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (Pasucat), 2014. *Dos anys des del canvi de model sanitari. Dos anys d'exclusió. Avaluació de l'impacte en l'assistència sanitària a Catalunya*, Barcelona: Pasucat.
- Pollock, A. & Price, D., 2012. The private finance initiative: the gift that goes on taking. *British Medical Journal*, Volumen 341, p. c7175.
- Pollock, A., Price, D. & Liebe, M., 2011. Private Finance Initiatives during NHS austerity. *British Medical Journal*, Volumen 342, p. d324.
- Propper, C., Croxon, B. & Shearer, A., 2002. Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding. *Journal of Health Economics*, Volumen 21, pp. 227-252.
- Puig-Barrachina, V., Martí-Valls, J. & Vergara Duarte, M., 2013. Experiencias privatizadoras de la Sanidad en Catalunya. En: *La contrarreforma sanitaria: análisis y alternativas de la privatización de la sanidad pública*. Madrid: Catarata, p. 37.63.

- Puig-Junoy, J., 2002. Integración Asistencial y capitación. *Economía y Salud*, Volumen 15, pp. 1-2.
- Quiercioli, C. y otros, 2013. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *J Epidemiol Community Health*, 67(2), pp. 132-138.
- Reyes, F., 2012. Análisis económico-financiero de la colaboración público-privada (PFI) del nuevo hospital de Vigo. *Salud 2000*, Volumen 137, pp. 8-10.
- Ruane, S., 2008. La iniciativa de Financiación Privada (PFI) en el Reino Unido: El impacto sobre los trabajadores sanitarios y la comunidad sanitaria en general. *Salud 2000*, Volumen 119, pp. 5-7.
- Saltman, R., 2003. Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, Volumen 13, pp. 24-29.
- Serna, R., 2010. El proceso de privatización en Catalunya. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán. En: *¿Por nuestra salud?: la privatización de los servicios sanitarios*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Servei Català de la Salut, 2004-2014. *Memòries d'activitat del Servei Català de la Salut*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.
- l'assistència sanitària pública de l'exercici 2007-2012 (entitat contractant: Servei Català de la Salut)*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.
- Servei d'Informació i Estudis, 2015. *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2013*, Barcelona: Servei Català de la Salut, 2013. *Registre de Convenis i Contractes en l'àmbit de Departament de Salut*, Generalitat de Catalunya.
- Solanas, P. y otros, 2011. Copago: Conclusiones desde la evidencia científica. *Cuadernos de atención primaria*, 18(3), pp. 241-247.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J., 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), pp. 457-502.
- Stuckler, D. & Basu, S., 2013. *Por qué la austeridad mata: el coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Taurus.
- Terraza, R., Vargas, I. & Vázquez, M., 2006. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), pp. 485-495.
- Trivedi, A., Moloo, H. & Mor, V., 2010. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med*, Volumen 362, pp. 320-328.
- Uretsky, M. & Mathiesen, S., 2007. The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations. *J Immigrant Health*, Volumen 9, pp. 125-136.
- Vall-llosera, A. & Zapater, F., 2015. La atención primaria en Catalunya: una paulatina regresión. *Salud 2000*, Volumen 146, pp. 25-29.
- Vargas, I., Vázquez, M. & Henao, D., 2009. De la competencia a la colaboración. Experiencia en la integración asistencial a Catalunya. *Full Econòmic del Sistema Sanitari*, Volumen 38, pp. 27-37.
- Vecchi, V., Hellowel, M. & Longo, F., 2010. Are Italian healthcare organizations paying too much for their public-private partnerships?. *Public Money & Management*, Volumen 30, pp. 125-132.
- Yoon, J. & Bruckner, T., 2009. Does deinstitutionalization increase suicide?. *Health Serv Res*, 44(4), pp. 1385-1405.

5.2 Artículo 2

El artículo 2 responde al objetivo específico (2), se publicó en **Nursing Inquiry**.

Martínez-Rodríguez, A, Martínez-Faneca, L, Casafont-Bullich, C, Olivé-Ferrer, MC. (2020). Construction of nursing knowledge in commodified contexts: A discussion paper. *Nursing Inquiry*, 27:e12336. <https://doi.org/10.1111/nin.12336>

ISI Journal Citation Reports Ranking 2020; Nursing

Impact factor: 2,3 – Quartile in Category: Q1





REVIEW

Nursing Inquiry | WILEY

Construction of nursing knowledge in commodified contexts: A discussion paper

Ana Martínez-Rodríguez^{1,2} | Laura Martínez-Faneca² | Claudia Casafont-Bullich² |
 María Carmen Olivé-Ferrer¹

¹Departament d'Infermeria fonamental i mèdicoquirúrgica, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain
²Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain

Correspondence

Ana Martínez Rodríguez, Departament Infermeria Fonamental i Mèdicoquirúrgica, Campus Clínic, August Pi i Sunyer, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona, Carrer de Casanova, 143, 08036 Barcelona, Spain.
 Email: a.martinez.rodriguez@ub.edu

Abstract

This original article outlines a theoretical path and posterior critical analysis regarding two relevant matters in modern nursing: patterns of knowing in nursing and commodification contexts in contemporary health systems. The aim of our manuscript is to examine the development of basic and contextual nursing knowledge in commodified contexts. For this purpose, we outline a discussion and reflexive dialogue based on a literature search and our clinical experience. To lay the foundation for an informed discussion, we conducted a literature search and selected relevant articles in English, Spanish, and Portuguese that included contents on patterns of knowing, commodification, and nursing published from 1978 to 2017. Globalization, commodification, and austerity measures seem to have negative effects on nursing. Work conditions are worsening, deteriorating nurse-patient relationships, and limiting reflection on practice. Nurses must develop knowledge to challenge and participate in institutional organization and public health policies. Development of nursing knowledge may be difficult to achieve in commodified environments. Consequently, therapeutic care relationships, healthcare services, and nurses' own health are compromised. However, by obtaining organizational, sociopolitical, and emancipatory knowledge, nurses can use strategies to adapt to or resist commodified contexts while constructing basic knowledge.

KEYWORDS

globalization, health policy, nurse-patient relationships, nursing knowledge, nursing practice

1 | INTRODUCTION

Patterns of knowing in nursing constitute the axis on which questions related to the disciplinary and practical development of nursing are articulated. Currently, seven patterns of knowing are defined that can be classified into two groups: basic patterns of knowing (empirics, personal, ethical, and aesthetics) and contextual patterns of knowing, which extend nursing beyond the care relationship (sociopolitical, emancipatory, and organizational). Each pattern could

present different effects related to social and political conditions (Terry, Carr, & Curzio, 2016; White, 1995).

The current globalized and commodified healthcare system could challenge nurses' construction of knowledge, since it changes where nursing discipline and practice take place (Martínez-Riera, 2004). Changes can occur in work environments, for example, job insecurity or excessive workload. Therefore, exploration of eventual interrelationships among knowing in nursing, commodification, and globalization settings is necessary.

When we limited the search to patterns of knowing and commodification descriptors when conducting the literature review, no results were found. Consequently, we proposed to deepen the study of both phenomena because they are essential aspects to modern nursing. The aim of our manuscript is to examine the construction and development of basic and contextual nursing knowledge in commodified contexts. For this purpose, we offer a discussion and reflexive dialogue based on a literature search and our clinical experience.

1.1 | Background

1.1.1 | Basic patterns of knowing

In 1978, Barbara Carper identified empirics, personal, ethical, and aesthetics patterns of knowing in nursing (Carper, 1978). The empiric pattern is traditionally assumed as "nursing science"—that is, the knowledge area resulting from scientific research. From a broad perspective, the empiric pattern adapts different paradigmatic approaches (White, 1995) and aspires to focus on the complexity of caring moments (Jackson, Clements, Averill, & Zimbro, 2009; Porter, O'Halloran, & Morrow, 2011). The personal pattern originates from experience in reflection; it belongs to interpersonal relationships and considers consciousness from 'the other' as an active subject in caring processes (White, 1995). The ethical pattern is associated with moral, reflexive, and conscious components in decision-making (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2008). The ethical pattern cannot be understood outside of the cultural context and requires clear comprehension from codes and philosophical positions regarding what it is considered to be right. Additionally, the ethical pattern aims to take responsibility for actions and complex decisions (Kingsley, 2002). Finally, the aesthetics pattern or 'nursing art' is the subjective form of knowledge that relates to intuition and interpretation in caring relations. This pattern originated from the reflected³ experience and is associated with caring from artistic, creative, innovative, and critical perspectives (Benner, 1982; White, 1995).

1.1.2 | Beyond care relationships: sociopolitical, emancipatory, and organizational patterns

The patterns defined by Carper have been reviewed and broadened, and other patterns have been integrated to the theory. In 1995, White suggested the inclusion of a fifth pattern—the sociopolitical pattern—arguing that, beyond the nurse and cared-for person relationship, the social, community, cultural, economic, and political contexts (which participate in human health) are relevant for care and constitute an important part in nursing knowledge (White,

1995). Thereafter, in 1999, Chinn and Kramer conceptualized and established a sixth pattern named 'emancipatory knowledge', represented by a ring that encompasses all patterns and implies knowledge development through constant analysis and critical reflection (Chinn & Kramer, 2008; Osorio Castaño, 2016). Recently, in 2016, Terry suggested the addition of a seventh pattern—organizational knowing. According to the author, sociopolitical and emancipatory pattern construction is linked to a practical experience component, called an organizational pattern, which enables nurses to understand hierarchies and mechanisms in health organizations (Terry et al., 2016). This process activates basic knowledge patterns simultaneously.

1.1.3 | Context of health systems commodification

The development of each pattern of knowing cannot be understood solely or separately from the context(s) in which the nursing discipline and practice occur. Thus, currently, modern construction of knowledge in nursing should be placed in the new context of commodified health-care systems from those considered in developed countries.

Since the 1970s, healthcare public systems (as other public services in general) have experienced deep transformations focused on the configuration of neoliberal markets (Bambra, Garthwaite, & Hunter, 2014; Leys, 2003). These reforms can be classified into two groups: (a) changes affecting the health organizations' structure and management; and (b) changes that directly impact people, including both professionals and users. Organizational changes range from outsourcing and privatization of ancillary services to the establishment of new management mechanisms, such as managed care or lean healthcare, use of private funds in public services, or establishment of competencies based in costs (Krachler, 2013; Rylko-Bauer & Farmer, 2002). Changes directly affecting people include modifying work relationships, and amending health insurance to exclude certain groups or establish copayment or out-of-pocket mechanisms (Greer & Doellgast, 2017).

Since the effects of these actions are an important concern in some sectors of the scientific community, interpretation of available evidence is markedly polarized. On the one hand, in organizational aspects, some people argue that the market allows and encourages innovation in healthcare, increasing productivity and improving efficiency and quality (Rego, Nunes, & Costa, 2010; Repullo, 2008; Sheaff, 2013). However, other analyses and studies have outlined some negative impacts, since the adaptation of the market models does not seem to work the same way in the healthcare sector as in other sectors (Pollock, 2016). Public healthcare commodification, including the limited access to care, damages health outcomes, especially in terms of equity (Hermann, 2014; Labonté & Stuckler, 2016). Furthermore, public healthcare commodification undermines effectiveness because public health priorities are not addressed (Mackintosh & Kolvusaalo, 2007) and employees' performance is limited due to worsening work conditions (Zullo & Ness, 2009).

³We refer to 'reflection' in this manuscript as a way of critical thinking to closely study and thoroughly understand the outlined matter.

The neoliberal models in healthcare systems modify and transform nursing discipline and practice (Martínez-Riera, 2004). Regarding the nursing status in political and economic current contexts, Leininger replied to Fawcett:

[...] Although we have more and better prepared nurses with master's and doctoral degrees in nursing, economic and political systems are greatly influencing the appropriate use of their expertise. There are big cultural hurdles, such as managed care, insurance, and chief executive officer controls; low nursing salaries; overworked nurses; attraction of nurses to other lucrative fields; and a host of other problems [...].

(Fawcett, 2002)

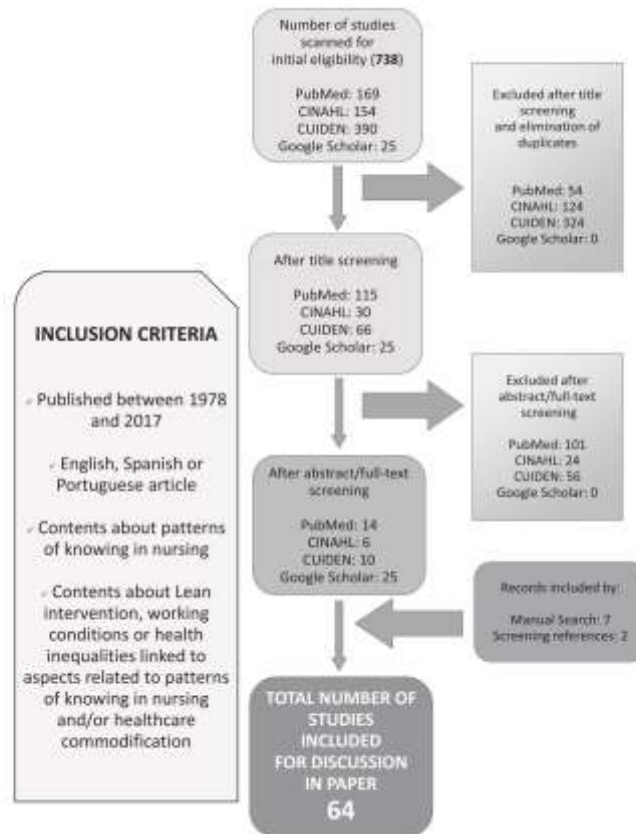
The cultural obstacles mentioned by Leininger are associated with the commodified scenarios, where nursing practice needs to be placed and understood. Additionally, the development of knowledge patterns

is needed in this dynamic social, economic, and political commodified context. Therefore, it could be necessary (a) to document the nature of commodified contexts regarding the possibility of the construction and development of nursing knowledge and (b) to discuss strategies that expert nurses use to overcome barriers of commodified contexts and to develop their patterns of knowing.

2 | MATERIALS AND METHODS

To prepare the discussion in this manuscript, a literature search was performed using four databases: PubMed, CINAHL, CUIDEN, and Google Scholar. When we searched using the keywords "patterns of knowing in nursing" and "commodification," no results were found. Thus, we deepened the study by focusing our attention on three specific contexts in which commodification was apparent: (a) new market management models as lean healthcare methodology; (b) changes in working relationships related to commodified settings;

FIGURE 1 Flowchart. Article eligibility process. Based on PRISMA guidelines (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>)



and (c) social and health inequalities such as restrictions to access to healthcare services, considered austerity measures in globalization. We justified the choice of these three particular contexts as being the most paradigmatic in healthcare commodification, so we considered them useful for our critical discussion. We searched the relevant literature from 1978 to 2017, in English, Spanish, and Portuguese. The keywords used were as follows: "patterns of knowing", "nursing", "lean method", "lean healthcare", "lean methodology", "work conditions", "working conditions", "health inequalities", and "inequalities". Our focus was to identify the most relevant sources from which to build a thoughtful discussion of the body of literature, rather than to position our search as comprehensive and exhaustive.

Our first search of the databases resulted in 738 citations. After eliminating duplicates and screening by title, 236 abstracts were included for further assessment. The abstracts were distributed to the first and second authors to assess their relevance for the purpose of this discussion, resulting in 55 full-text articles. Relevant websites and specific journals were also included in the search for additional data (Gough, 2013; Lefebvre, Manheimer, & Glanville, 2011). We used a snowball method to identify significant references that had not been detected in previous searches (Borrero, Foster, & Froyd, 2014). Finally, we included 64 sources for our critical discussion. Figure 1 shows the flowchart of the source's selection process.

We classified each document included for the discussion into: (a) new market management models; (b) changes in working conditions; and (c) social inequity and health inequalities. This category organization, in keeping with the recommendations of Kabbe, Pich, and Maslin-Prothero (2012), was useful to guide our critical discussion. A summary of the most important articles can be found in the Table S1.

3 | DISCUSSION OF FINDINGS

To answer the overarching question that guided this study, we have structured our critical discussion into insights arising in relation to the three selected scenarios. From our findings related to commodified settings, we reflect about the development of nursing knowledge in the specific scenario, what challenges or barriers nurses could find and how they could adapt to or resist these challenges while constructing patterns of knowing. Moreover, a final section will address different implications, raised from our reflection, in relation to nursing discipline and practice.

3.1 | New management models—Lean methodology or standardization activities

In a globalized and commodified era, public health systems from high-income countries incorporate new management models, mainly from private sectors and market structures. The purpose of market methods is to provide the best economic performance and health cost controls, while monitoring clinical processes, which, in theory, improves health quality (Meagher & Szebehely, 2013; Rechel,

European Health Property Network, & European Observatory on Health Systems and Policies, 2009). Presently, the lean healthcare method is the most implemented management model in developed countries in recent years (Mazzocato et al., 2012; Radnor & Walley, 2008). The lean method originated in the mid-20th century automobile assembly lines, specifically in Toyota factories. The use of the lean toolkit in healthcare involves enhancing employee productivity and efficiency while standardizing clinical processes and patient care times by reducing waste and using nonvalue activities (Aherne & Whelton, 2010; Womack, Jones, & Roos, 2007). The outcomes appeared to be highly promising (Radnor, Hohweg, & Waring, 2012). However, long after implementation, some authors noted high variability in the applications and outcomes, requiring further research (Andersen & Ravik, 2015; Andersen, Ravik, & Ingebrigtsen, 2014; D'Andreanmatteo, Ianni, Lega, & Sargiacomo, 2015). Others have indicated the necessity to evaluate not only the waiting times and economic performance but also the patients' and workers' experiential perspectives (Holden, Eriksson, Andreasson, Williamsson, & Delleve, 2015; Moraros, Lemstra, & Nwankwo, 2016; Poksinska, Fialkowska-Filipek, & Engström, 2017; Waring & Bishop, 2010).

Patient perspectives together with reflection about nurses' actions are the bases of the development of nursing discipline that constructs patterns of knowing (Eisenhauer, 2015; Heath, 1998; Schaefer, 2002). Lean healthcare can promote scenarios strongly centered around control measures, time standards, and mechanization of processes. These conditions could determine or affect other's perspective recognition (patients), optimal therapeutic relationships, and limit nurses' empirical development. A survey about lean application in healthcare conducted in Canada revealed that nurses expressed stress related to increased workload and disposal of limited time for patient care, teaching, and institutional participation (Saskatchewan Union of Nurses, 2014). Time restrictions seem to negatively impact not only clinical nursing but also clinical teaching. According to Lee, Kim, Meong, and Seo (2017), empirical and ethical patterns are developed and taught easily, unlike aesthetic and personal knowledge that arise directly from the experience reflection. Thus, it is fundamental to spend enough time to establish a therapeutic relationship and share knowledge and reflections among expert, novice, and student nurses (Heath, 1998; Morrison & Symes, 2011; Vaughan, 2014), mainly in personal and aesthetic pattern construction. Although some authors argue that nursing work is fundamental to achieve successful lean healthcare practice implementation (Bruno, 2017; Hwang, Hwang, & Hong, 2014), time boundaries can implicate a reduction in basic knowledge pattern development because of limited caring and reflection expression. However, an important difference exists in relation to patterns of knowing that extend beyond care relationships. The organizational pattern described by Terry et al. (2016) can play an important role in nurses' resistance, adaptation, or modification in these new management environments. Nurses can achieve sociopolitical and emancipatory patterns of knowing through the organizational pattern—that is, through knowing these new organizations and institutional systems. These three contextual patterns construct and nourish the

basic patterns of knowing, while can provide nurses with the right arguments to question market management practices.

3.2 | Changes in work conditions

In recent decades, commodified restructuring of public systems (among these, healthcare systems) has modified work relationships intensifying work, fragmenting the labor market, and focusing on productivity (Doogan, 1997; Hermann, 2011). The damaged work situation has been aggravated after the economic, political, and social recession in 2008 (Gyes & Szekér, 2013), especially among employees (Fabregas, 2014; Terry *et al.*, 2016; Tremblay, Chênevert, & Hébert, 2012; Vaughan-Whitehead, 2013). Commodification and liberalization in health sectors tend to deteriorate working conditions and rights, increasing the workload and salary differences, especially among nonphysicians and workers belonging to externalized services (Flecker & Hermann, 2011; Greer & Doelgast, 2017; Hermann, 2014). Focusing on cost reduction, economic effectiveness and productivity, nurses' salaries are reduced while there is increasing clinical pressure, shifting, scarcity, workload, stress, and insecurity at work (European Federation of Nurses Associations [EFN] 2012; Burke, Ng, & Wolpin, 2015; Correla, Dussault, & Pontes, 2015; DeTroyer & Verdoot, 2015; Granero-Lázaro, Blanch-Ribas, Roldán-Merino, Terralbas-Ortega, & Escayola-Maranges, 2017). These factors, considered by some authors as aspects from neoliberal models (Souza & Mendes, 2016), have been related to worsened nurses' health conditions and increased burn-out, stress, and vulnerability (de Gonçalves, Pessanha Leite, Souza, & dos Santos, 2013; de Gonçalves, Souza, Zeltoune, Adame, & Nascimento, 2015; Llop-Gironés, Tarafa, & Benach, 2015; Wisniewski, Silva, Évora, & Matsuda, 2015).

Is it possible for nurses to develop their knowledge patterns under these unstable working conditions? Focusing on cost-effectiveness can distort the aim of individualized and holistic nursing care attention (Rhéaume *et al.*, 2015). In fact, research in Europe suggested that the increase in the workload of nurses increases the probability of hospital deaths and significantly decreases patient care quality (Aiken *et al.*, 2014). On the other hand, a recent study carried out in Catalonia by the Galatea Foundation evaluated related aspects from the economic crisis concerning nurses' health and work situation. The study concluded that budget and service cutbacks reduce salaries and worsen nurses' work conditions, especially those with casual contracts. This situation relates to poor professional physical and mental health indicators, and—as nurses attest—it hinders their daily work performance (Baranda, 2017). Thus, stress and perceived vulnerability can be an obstacle for therapeutic relationships because professionals are not in a proper condition to offer optimal care. Work instability can affect the continuity of these relationships. The personal pattern represents the authentic caring relationships resulting from nurses' reflection (Vaughan, 2014) and can be affected by workload increase, thus limiting this reflection exercise and development. Additionally, if nurses cannot rely on a proper

and stable work environment, basic empiric and ethical patterns are challenged. Furthermore, these conditions that affect nurses' mental health and lifestyles, importantly, can damage not only clinical practice and patient safety but also clinical training and research.

However, through the conceptual framework suggested by Terry *et al.* (2016), nurses could effectively confront the organization and resist these new work circumstances. The analysis and understanding of these commodified mechanisms can reveal to nurses the consequences of these working conditions, involving them in research and political participation at a systemic and organizational level. Again, the organizational pattern development challenges the status quo while nurses achieve sociopolitical and emancipatory patterns, improving, at the same time, their basic patterns of knowing.

3.3 | Withstanding social inequity and health inequalities

The commodification of public health systems impacts not only organization structures and working conditions but also in-service users, many of whom are already socially disadvantaged. From the 1970s to 1980s, the new commodified nature of organizations seemed to generate increased social inequity and health inequalities (Ewert, 2009; Hermann, 2014). Market-oriented approaches, promoted more during austerity times, introduce copayment and out-of-pocket mechanisms (Giovannella & Stegmüller, 2014; Wenzl, Naci, & Mossialos, 2017) and simultaneously exclude certain social groups from health services (Christiansen, 2017; MdM, 2017). For instance, in 2012, a Royal Decree Law from the Spanish government excluded all unregulated migrants from health services (Casino, 2012; Royo-Boronada, Díez-Cornell, & Llorente, 2013). During the economic, political, and social crisis, similar measures have proliferated in European countries, creating profound inequalities among the poorest and most vulnerable population groups, especially migrants (O'Donnell, Burns, Dowrick, Lionis, & MacFarlane, 2013). According to social organizations, more than 23,000 people were excluded from access to health services in the European territory (MdM, 2017), and this is only the tip of the iceberg in growing social inequality.

Social inequity and health inequalities could have an impact in the development of patterns of knowing in nursing. Generally, nursing knowledge is constructed from individual, objective, and subjective perspectives and the interactions of these perspectives with the world and social context (Bonis, 2009; Heath, 1998).

From our perspective, the basic patterns of knowing development cannot be altered by health exclusion, social inequity, and health inequalities. However, contextual knowledge, extending beyond care relationships, can present a special relevance in the contexts of sociopolitical, organizational, and emancipatory patterns. These patterns, as mentioned, discuss the configuration, structure, and organization of health systems. The sociopolitical pattern can be an opportunity to analyze and question health policies at a global, international, or national level. Moreover, the sociopolitical pattern

allows a discussion about professional, disciplinary, and practical matters that affect academic, scientific, and social spheres of caring (Osorio Castaño, 2016; White, 1995). On the other hand, the organizational pattern overcomes hegemonic barriers (Terry et al., 2016), allowing the challenge of discriminatory politics at institutional and organizational levels. Meanwhile, the emancipatory pattern achievement arises from the effective performance of the previous two contextual patterns, overcoming all barriers and resulting in a path where nurses can seek social justice and minimize the actual or potential exclusion of people who receive care (Bickford, 2014; Fiorati, Arcêncio, & Souza, 2016).

Although health services may not be powerful enough to address some of the underlying causes of inequalities which require extensive government action (Elliott & Masters, 2009), nursing practice, considered essential in health systems, cannot be exempt from these problems (Alonso Salcines & Paz Zulueta, 2014; Gascóns, 2011). If nurses comprehend their organization (organizational pattern), they can question inequity, inequalities, and exclusion and delineate research about these issues, building context knowledge (sociopolitical and emancipatory patterns). To address social inequity and health inequalities is fundamental so that nurses can develop the three contextual patterns of knowing. This knowledge will help to overcome dominant preceptors and mount objections to the status quo.

3.4 | Implications for nursing

The three situations presented above offer the possibility of reflecting about consequences that globalization, commodification, and austerity measures imply for nursing. This discussion outlines interesting challenges for clinical practice, teaching, and research, and consequently for the discipline and the profession. As nurses, we have to think ahead and look beyond excessive standardization and quantification of tasks (Jackson et al., 2009; Porter et al., 2011). In addition, we have to reconsider the excess of process standardization and regain the essence of the art of nursing, which is based on ethics, structured reflexive practices (Vaughan, 2014), and holistic person-centered care.

Time limitations and excess of standardization can be a barrier to establishing and developing optimal therapeutic relationships, care delivery, reflection, and teaching. Neoliberal management models can negatively impact the construction of basic patterns of knowing, especially those constructed from reflexive contexts, such as personal and aesthetic patterns. Similarly, excessive standardization and care process mechanization can condition the development of scientific knowledge while conflicting with individualized humanistic care from nurses.

New precarious work conditions can unfavorably affect care relationships, mainly because of two important matters: a) stress and vulnerability affect nurses mentally and physically; and b) adverse work conditions, such as increased workload and shifting, negatively impact not only care relationships but also space for teaching. Restrictions and cost control can overrate strictly physical

techniques and perspectives of care above other functions whose results are less tangible (Rhéaume et al., 2015). These conditions can affect the construction of empiric, ethical, aesthetic, and personal knowledge.

In an unstable, precarious, and time-limited environment, nurses experience difficulties in caring for patients beyond direct and partial care based on techniques and task delegation. These conditions present a challenge for nursing practice and for training students or conducting research.

However, nurses can overcome barriers in commodified contexts, developing their contextual knowledge in care effectively starting from organizational knowledge. Clearly, nurses can have a small direct influence in some matters, such as in exclusion and inequity (Elliott & Masters, 2009). Additionally, these professionals must debate matters that limit their professional practice precisely because 'social, political and economic forces largely determine who nurses are, what work they do, the way they do it and where they do it' (Salvage, 1990).

Nurses can participate in health policies and institutional organizations through their practice and research activities (Alonso Salcines & Paz Zulueta, 2014), especially promoting healthcare research based on organizational, sociopolitical, and emancipatory patterns of knowing. Future research in these fields could reveal some consequences from commodified policies for users, institutions, or professionals, including how nurses resist or adapt to new market conditions. Thus, nurses will be able to open a public debate about commodified scenarios that not only restrict access to health services and generate inequality but also worsen their working conditions and, consequently, negatively impact nursing practice, knowledge construction, and new knowledge generation through research.


4 | CONCLUSIONS

Reflection about nursing practice, research, and discipline is the basis from which nurses construct holistic therapeutic care, while developing nursing knowledge. A reflected experience and a significant relationship between professionals and students—from different experience levels—are the first steps to generate basic patterns of knowing. As nurses perform research and gain experience, they can develop sociopolitical and organizational patterns of knowing, and achieve emancipation.

To conclude, we affirm that it may be difficult to generate and develop nursing knowledge in the context of commodified environments as they represent a barrier for this kind of reflection and this knowledge generation and development. Consequently, therapeutic care relationships, healthcare services, and nurses' health can be further compromised. When expert nurses are able to use contextual knowledge—and also nursing research—as a mechanism to overcome hegemonic barriers, they can challenge and open a public debate about commodified policies. In this way, the development of nursing knowledge can allow for the growth of its social function, enabling nurses to

improve practice and global care, contributing to the common good, and working to achieve a fair and strong society. Thus, through organizational, sociopolitical, and emancipatory knowledge, nurses are enabled to use strategies to adapt to or resist commodified contexts while constructing basic patterns of knowing.

ORCID

Ana Martínez-Rodríguez  <https://orcid.org/0000-0002-8978-3587>

Claudio Casofont-Bullrich  <https://orcid.org/0000-0002-3183-5989>

María Carmen Olivé-Ferrer  <https://orcid.org/0000-0001-9280-9525>

TWITTER

Ana Martínez-Rodríguez  @LaAnaln

REFERENCES

- Aherne, J., & Whetton, J. (2010). *Applying lean in healthcare: A collection of international case studies*. New York, NY: Productivity Press.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alonso Salcines, A., & Paz Zulueta, M. (2014). Revisión sistemática del papel que representan los profesionales de enfermería en las desigualdades sociales en salud entre la población inmigrante [Systematic review of the role of nursing professionals in social inequalities in health among the immigrant population]. *Revista Real De Enfermería*, 37, 752–757.
- Andersen, H., & Revik, K. A. (2015). Lost in translation: A case-study of the travel of lean thinking in a hospital. *BMC Health Services Research*, 15, 401. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1081-z>
- Andersen, H., Revik, K. A., & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: Is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *British Medical Journal Open*, 4(1), e003873. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003873>
- Bamra, C., Garthwaite, K., & Hunter, D. (2014). All things being equal: Does it matter for equity how you organize and pay for health care? A review of the international evidence. *International Journal of Health Services*, 44(3), 457–477. <https://doi.org/10.2190/IHS.44.3.c>
- Baranda, L. (2017). *Estudi sobre lo salut, els estils de vida i condicions de treball de les infermeres i infermers de Catalunya* [Study on the health, lifestyles and working conditions of the nurses of Catalonia]. Fundació Galatea.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407. https://journals.hww.com/ajnonline/Fulltext/1982/82030/From_Novice_To_Expert.4.aspx
- Bickford, D. (2014). Postcolonial theory, nursing knowledge, and the development of emancipatory knowing. *Advances in Nursing Science*, 37(3), 213–223. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000033>
- Bonić, S. A. (2009). Knowing in nursing: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1328–1341. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04951.x>
- Borrego, M., Foster, M. J., & Froyd, J. E. (2014). Systematic literature reviews in engineering education and other developing interdisciplinary fields. *Journal of Engineering Education*, 103(1), 45–76. <https://doi.org/10.1002/je.20038>
- Bruno, F. (2017). Lean thinking in emergency departments: Concepts and tools for quality improvement. *Emergency Nurse*, 25(6), 38–41. <https://doi.org/10.7748/en.2017.e1679>
- Burke, R. J., Ng, E. S. W., & Wolpin, J. (2015). Economic austerity and healthcare restructuring: Correlates and consequences of nursing job insecurity. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(5), 640–656. <https://doi.org/10.1080/09585192.2014.921634>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24. [https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004](https://journals.hww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing.4.aspx)
- Casino, G. (2012). Spanish health cuts could create "humanitarian problem". *The Lancet*, 379(9828), 1777. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60745-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60745-4)
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*, 7th ed. St. Louis, MO: Mosby.
- Christiansen, I. (2017). Commodification of healthcare and its consequences. *World Review of Political Economy*, 8(1), 82–103. <https://doi.org/10.13169/worldreviewpolitecon.8.1.0082>
- Correia, T., Dussault, G., & Pontes, C. (2015). The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*, 119(12), 1600–1605. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.009>
- D'Andreasmatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119(9), 1197–1209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002>
- de Gonçalves, F. G., Pessanha Leite, G. F., de Souza, N. V. D. O., & dos Santos, D. M. (2013). The neoliberal model and its implications for work and the worker of nursing. *Journal of Nursing /Revista De Enfermagem: UFPE On Line*, 7(11), 6352–6359.
- de Souza, H. S., & Mendes, Á. N. (2016). Outsourcing and "dismantling" of steady jobs at hospitals. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 50(2), 286–294. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342016000200015>
- DeLoye, M., & Verdoot, C. (2015). *The nursing world at tipping point: Special report*. HesaMag: The European Trade Union Institute's (ETUI) Health and Safety at Work Magazine, Spring-Summer 2015, 10–34.
- Doogan, K. (1997). The marketization of local services and the fragmentation of labour markets. *International Journal of Urban and Regional Research*, 21(2), 286–302. <https://doi.org/10.1111/1346-2427.00073>
- Eisenhauer, E. R. (2015). An interview with Dr. Barbara A. Carper. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 73–82. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000067>
- Elliott, L., & Masters, H. (2009). Mental health inequalities and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 762–771. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01453.x>
- European Federation of Nurses Associations (EFN) (2012). *Caring in crisis: The impact of the financial crisis on nurses and nursing*. Retrieved from <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/EFN-Report-on-the-impact-of-the-Financial-Crisis-on-Nurses-and-Nursing-January-2012.pdf>
- Ewert, B. (2009). Economization and marketization in the German healthcare system: How do users respond? *German Policy Studies*, 5(1), 21–44.
- Fabregas, B. (2014). *Chômage infirmier et précarisation: La vérité par les chiffres* [Unemployment and precariousness of nurses: The truth by the numbers]. Retrieved from <https://www.infirmiers.com/emploi/emploi/chomage-infirmier-et-precarisation-la-verite-par-les-chiffres.html>
- Fawcett, J. (2002). The nurse theorists: 21st-century updates—Madeleine M. Leininger. *Nursing Science Quarterly*, 15(2), 131–136. <https://doi.org/10.1177/0894318022108787>
- Fiorati, R. C., Arcêncio, R. A., & de Souza, I. B. (2016). Social inequalities and access to health: Challenges for society and the nursing field. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 24, e2687. <https://doi.org/10.1590/S1518-8345.0945.2687>
- Flecker, J., & Hermann, C. (2011). The liberalization of public services: Company reactions and consequences for employment and working

- conditions. *Economic and Industrial Democracy*, 32(3), 523–544. <https://doi.org/10.1177/0143831X10389201>
- Gascón, M. P. (2011). Resolver la desigualdad: Aumentar el acceso y la equidad [Solving inequality: Increasing access and equity]. *Nursing*, 29(6), 6–66. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(11\)70244-8](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(11)70244-8)
- Giovanella, L., & Stegmüller, K. (2014). The financial crisis and health care systems in Europe: Universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cadernos De Saúde Pública*, 30(11), 2263–2281. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021314>
- Gonçalves, F. G. D. A., Souza, N. V. D. O., Zeitoun, R. C. G., Adame, G. F. P. L., & Nascimento, S. M. P. D. (2015). Impacts of neoliberalism on hospital nursing work. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 24(3), 646–653. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000420014>
- Gough, D. (2013). Meta-narrative and realist reviews: Guidance, rules, publication standards and quality appraisal. *BMC Medicine*, 11, 22. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/2>. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-22>
- Granero-Lázaro, A., Blanch-Ribas, J. M., Roldán-Merino, J. F., Torralbas-Ortega, J., & Escayola-Maranges, A. M. (2017). Crisis en el sector sanitario: Impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras [Crisis in the health sector: Perceived impact on the working conditions of nurses]. *Enfermería Clínica*, 27(3), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.005>
- Greer, I., & Doellgast, V. (2017). Marketization, inequality, and institutional change: Toward a new framework for comparative employment relations. *Journal of Industrial Relations*, 59(2), 192–208. <https://doi.org/10.1177/0022185616673685>
- Gyes, V., & Szekér, L. (2013). Impact of the crisis on working conditions. Dublin, Republic of Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Retrieved from <https://www.eurofound.europa.eu/publications/reports/2013/impact-of-the-crisis-on-working-conditions-in-europe>
- Health, H. (1998). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 1054–1059. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00593.x>
- Hermann, C. (2011). Commodification, consequences and alternatives: Lessons from the privatization of public services in Europe. Presented at the Second International Conference Political Economy Neoliberalism and the Crises of Economic Society, Istanbul University. Retrieved from http://www.iitpe.org/wiki/images/1/1f/CONF_2011_Christoph_Hermann.pdf
- Hermann, C. (2014). The role of the public sector in combating inequality. *International Journal of Labour Research*, 6(1), 113–128. Retrieved from <https://www.questia.com/library/journal/1P3-3429197571/the-role-of-the-public-sector-in-combating-inequality>
- Holder, R. J., Eriksson, A., Andreasson, J., Williamsson, A., & DeLve, L. (2015). Healthcare workers' perceptions of lean: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals. *Applied Ergonomics*, 47, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2014.09.008>
- Hwang, P., Hwang, D., & Hong, P. (2014). Lean practices for quality results: A case illustration. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(8), 729–741. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2014-0024>
- Jackson, J. R., Clements, P. T., Averill, J. B., & Zimbro, K. (2009). Patterns of knowing: Proposing a theory for nursing leadership. *Nursing Economics*, 27(3), 149–159.
- Kable, A. K., Pich, J., & Maslin-Prothero, S. E. (2012). A structured approach to documenting a search strategy for publication: A 12 step guide for authors. *Nurse Education Today*, 32(8), 878–886. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.02.022>
- Kingsley, B. (2002). Patterns of knowing in professional practice in dealing with the abuse of older people. *Contemporary Nurse*, 12(2), 136–143. <https://doi.org/10.5172/conu.12.2.136>
- Krächler, N. (2013). *How to create the conditions for a healthcare market: The step-by-step marketisation of the NHS in England*. Greenwich, UK: Socialist, Health Organization Retrieved from https://www.opendemocracy.net/files/Krächler_Nick_Final_Draft_Marketisation_in_NHS_20130905.pdf
- Labonté, R., & Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(3), 312–318. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206295>
- Lee, H., Kim, A., Meong, A., & Seo, M. (2017). Pediatric nurse practitioners' clinical competencies and knowing patterns in nursing: Focus group interviews. *Contemporary Nurse*, 53(5), 515–523. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1315827>
- Lefebvre, C., Manheimer, E., & Gianvite, J. (2011). Searching for studies. In J. P. T. Higgins, & S. Green (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 5.1.0, updated March 2011). The Cochrane Collaboration. Retrieved from https://handbook-5-1.cochrane.org/chapter_6/6_searching_for_studies.htm
- Leyes, C. (2003). *Market-driven politics: Neoliberal democracy and the public interest*. London & New York: Verso.
- Llop-Gironés, A., Tarafa, G., & Benach, J. (2015). Personal de enfermería, condiciones de trabajo y su impacto en la salud [Nursing staff, working conditions and their impact on health]. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 155–156. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.005>
- Mackintosh, M., & Koivusalo, M. (2007). *Commercialization and globalization of health care: Lessons from UNRISD research*. Geneva, Switzerland: UNRISD.
- Martínez-Riera, J. R. (2004). Enfermería y Europa [Nursing and Europe]. *Revista Rol De Enfermería*, 27(5), 40–46.
- Mazzocco, P., Holden, R. J., Brommels, M., Aronsson, H., Bäckman, U., Elg, M., & Thor, J. (2012). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 12, 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-20>
- Meagher, G., Szebehely, M. (2013). *Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm, Sweden: Department of Social Work, Stockholm University.
- Médicos del Mundo (2017). *Personas excluidas: El fracaso de la cobertura sanitaria universal en Europa* [Informe del Observatorio 2017] (Excluded persons: The failure of universal health coverage in Europe [Observatory Report 2017]). Retrieved from <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/informe-del-observatorio-2017>
- Moraros, J., Lemstra, M., & Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: Do they actually work? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 150–165. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv123>
- Morrison, S. M., & Symes, L. (2011). An integrative review of expert nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 163–170. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01398.x>
- O'Donnell, C., Burns, N., Dowrick, C., Llonis, C., & MacFarlane, A. (2013). Health-care access for migrants in Europe. *The Lancet*, 382(9890), 393. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61666-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61666-9)
- Osoño Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: Reflexiones conceptuales [Pattern of socio-political knowledge in nursing: Conceptual reflections]. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1352–1357. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Pokinska, B. B., Flakowska-Filipek, M., & Engström, J. (2017). Does lean healthcare improve patient satisfaction? A mixed-method investigation into primary care. *BMJ Quality & Safety*, 26(2), 95–103. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004290>
- Pollock, A. (2016). *Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos* [How marketisation and privatisation is being used to abolish national universal health care systems and what must be done to restore them]. *Revista Del CLAD Reforma Y Democracia*, 64, 5–50.

- Porter, S., O'Halloran, P., & Morrow, E. (2011). Bringing values back into evidence-based nursing: The role of patients in resisting empiricism. *Advances in Nursing Science, 34*(2), 106–118. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31821690d9>
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfulfilled promise? *Social Science & Medicine, 74*(3), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
- Radnor, Z., & Walley, P. (2008). Learning to walk before we try to run: Adapting lean for the public sector. *Public Money & Management, 28*(1), 13–20. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9302.2008.00613.x>
- Rechel, B.; European Health Property Network, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2009). *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). The challenge of corporatisation: The experience of Portuguese public hospitals. *The European Journal of Health Economics, 11*(4), 367–381. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0198-6>
- Repullo, J. R. (2008). Externalización, eficiencia y calidad (primera parte): Público y privado en la sanidad [Outsourcing, efficiency and quality (first part: Public and private in healthcare)]. *Revista De Calidad Asistencial, 23*(2), 83–87. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)70474-3](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)70474-3)
- Rheume, A., Dionne, S., Gaudet, D., Allain, M., Belliveau, E., Boudreau, L., & Brown, L. (2015). The changing boundaries of nursing: A qualitative study of the transition to a new nursing care delivery model. *Journal of Clinical Nursing, 24*, 2529–2537. <https://doi.org/10.1111/jocn.12846>
- Royo-Baronada, M. A., Díez-Cornell, M., & Llorente, J. M. (2013). Health-care access for migrants in Europe: The case of Spain. *The Lancet, 382*(9890), 393. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61666-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61666-9)
- Rylko-Bauer, B., & Farnet, P. (2002). Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine. *Medical Anthropology Quarterly, 16*(4), 476–502. <https://doi.org/10.1525/maq.2002.16.4.476>
- Solva, J. (1990). *The politics of nursing*. London: Butterworth-Heinemann.
- Saskatchewan Union of Nurses (2014). *Lean healthcare 2014 member survey*. Regina, Canada: Praxis Analytics.
- Schaefer, K. M. (2002). Reflections on caring narratives: Enhancing patterns of knowing. *Nursing Education Perspectives, 23*(6), 286–293.
- Sheaff, R. (2013). Plural provision of primary medical care in England, 2002–2012. *Journal of Health Services Research & Policy, 18*(2_suppl), 20–28. <https://doi.org/10.1177/1355819613489544>
- Terry, L., Carr, G., & Curzio, J. (2016). Expert nurses' perceptions of the relevance of Carper's patterns of knowing to junior nurses. *Advances in Nursing Science, 40*(1), 85–102. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000142>
- Tremblay, M., Chênevert, D., & Hébert, A. (2012). Le rôle des conditions de travail dans la satisfaction et la loyauté des infirmières d'agence au Québec [The role of working conditions in the satisfaction and loyalty of agency nurses in Quebec]. *Relations Industrielles, 67*(3), 477–504. <https://doi.org/10.7202/1012540ar>
- Vaughan, B. (2014). How experienced practitioners gain knowledge. *Creative Nursing, 20*(1), 30–36. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.2013.01>
- Vaughan-Whitehead, D. (2013). *Public sector shock*. Cheltenham, UK & Northampton, MA: Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781781955352>
- Waring, J. J., & Bishop, S. (2010). Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine, 71*(7), 1332–1340. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.028>
- Wenzl, M., Naci, H., & Mossialos, E. (2017). Health policy in times of austerity: A conceptual framework for evaluating effects of policy on efficiency and equity illustrated with examples from Europe since 2008. *Health Policy, 121*(9), 947–954. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.005>
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science, 17*(4), 73–86. Retrieved from https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/1995/06000/Patterns_of_knowing_Review_critique_and_update.aspx. <https://doi.org/10.1097/00012272-199506000-00007>
- Wisniewski, D., Silva, E. S., Évora, Y. D. M., & Matsuda, L. M. (2015). The professional satisfaction of the nursing team vs. work conditions and relations: A relational study. *Texto & Contexto-Enfermagem, 24*(3), 850–858. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000110014>
- Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (2007). *The machine that changed the world: How lean production revolutionized the global car wars* (Reprint Edition). London: Simon & Schuster.
- Zullo, R., & Ness, I. (2009). Privatization and the working conditions of health care support staff. *International Journal of Public Administration, 32*(2), 152–165. <https://doi.org/10.1080/01900690802492121>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section.

How to cite this article: Martínez-Rodríguez A, Martínez-Fañeca L, Casafont-Bullich C, Olivé-Ferrer MC. Construction of nursing knowledge in commodified contexts: A discussion paper. *Nurs Inq*. 2020;27:e12336. <https://doi.org/10.1111/nin.12336>

5.3 Artículo 3

El artículo 3 responde a los objetivos específicos (3) y (4), se publicó en **Nursing Inquiry**.

Martínez-Rodríguez, A., Martínez-Faneca, L., y Fabrellas, N. (2023). Construction of nursing knowledge in commodified contexts: Views y experiences of nurses regarding primary care. *Nursing Inquiry*, e12579. <https://doi.org/10.1111/nin.12579>

ISI Journal Citation Reports Ranking 2022; Nursing

Impact factor: 2,3 – Quartile in Category: Q2





Received: 16 January 2023 | Revised: 17 June 2023 | Accepted: 23 June 2023

DOI: 10.1111/nin.12579

ORIGINAL ARTICLE

Nursing Inquiry | WILEY

Construction of nursing knowledge in commodified contexts: Views and experiences of nurses regarding primary care

Ana Martínez-Rodríguez^{1,2} | Laura Martínez-Faneca² | Núria Fabrellas¹

¹Departament d'infermeria fonamental i mèdicoquirúrgica, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

²August Pi i Sunyer Campus Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

Correspondence

Ana Martínez-Rodríguez, Departament d'infermeria fonamental i mèdicoquirúrgica, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona, Carrer Casanova 143, Barcelona 08036, Spain. Email: a.martinez.rodriguez@ub.edu

Abstract

The commodification of health care, particularly primary care, presents challenges to care and knowledge development. The purpose of this study is to examine how nurses perceive and develop their knowledge in a commodified context. A mixed-methods study was conducted that included a closed-question survey and in-depth interviews with nurses in public primary care in Catalonia. There were 104 valid responses to the questionnaire and 10 in-depth interviews. The main findings of the survey were related to workload and limited time for nursing care. Six themes emerged from the in-depth interviews: (1) limited time for nursing, (2) feelings of burnout, (3) awareness of patient and family satisfaction, (4) organizational factors that favor nurses' needs, (5) organizational factors that hinder nurses' needs, and finally (6) public administration requirements. Participants perceive excessive workload and time constraints and feel that this affects their nursing care and their physical and mental health. However, nurses purposefully use knowledge patterns to cope with the problems associated with commodification. Nurses have multi-dimensional, contextualized, and integrated knowledge that allows them to optimize their care based on the needs of their patients. This research examines many challenges related to nursing practice and the nursing discipline and opens the door for further research that encompasses all areas of nursing.

KEYWORDS

globalization, health policy, nurse–patient relationships, nursing knowledge, nursing practice, primary care

1 | INTRODUCTION

Nursing practice and the discipline of nursing are developed based on seven ways of knowing (Swift & Twycross, 2020). These are divided into two groups: the basic patterns of knowing (empirics, personal, ethics, and esthetics) (Carpner, 1978) and the contextual patterns (sociopolitical, emancipatory, and organizational). These seven patterns are presented as conceptually distinct but closely related, and their expression can be influenced differently by political and social factors (Terry et al., 2017; White, 1995).

Nowadays, the commodification of health care is a particularly important social and health policy issue (Ferreira & Mendes, 2018; Maarse, 2006). As commodification changes the place where the discipline of nursing and nursing practice takes place (Martínez-Riera, 2004), the development of nursing knowledge could be challenged (Martínez-Rodríguez et al., 2020). The aim of our study was to investigate how nurses perceive and develop their basic and contextual knowledge in commodified contexts. For this purpose, we proposed a mixed-methods research design with a data triangulation scheme.

2 | BACKGROUND

2.1 | Patterns of knowing in nursing

in 1978. Barbara Carper identified the basic patterns of knowing: empirical, personal, ethical, and esthetics (Carper, 1978). The empirical pattern is the pattern related to science, objectivity, and descriptivity (Jackson et al., 2009; Porter et al., 2011; White, 1995). The ethical pattern cannot be understood outside of the cultural context and is concerned with nurses' moral knowledge, specifically focusing on what should be done (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2011; Kingsley, 2002). The esthetic pattern is called the "art of care." It is the most difficult to know and describe because it contains confusing features (Porter et al., 2011) such as valuing the patient's experience and designing care from artistic, creative, innovative, and critical perspectives (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2011; White, 1995). The esthetic pattern of knowing is achieved through empathy and the recognition of specific individuality (Carper, 1978). Finally, the personal pattern belongs to interpersonal relationships and considers the awareness of the "other" as an active subject in the nursing process. It is the knowledge necessary to build authentic personal relationships (Porter et al., 2011; White, 1995).

There are additional patterns of knowing in nursing that has been added to the theory by other authors, called contextual patterns of knowing. In 1995, Jill White proposed the inclusion of a fifth pattern: the sociopolitical pattern because the social, community, cultural, economic, and political contexts that are involved in human health are relevant to nursing and constitute an important part of knowledge (White, 1995). Later, in 1999, Chinn and Kramer conceptualized and introduced a sixth pattern, called emancipatory knowing. This pattern represents the knowledge development of experienced nurses that occurs through ongoing analysis and critical thinking about nursing (Chinn & Kramer, 2011; Osorio Castaño, 2016). The goal of nursing is to achieve the highest level of health and well-being for each individual, family, and community. Through emancipatory knowledge, nurses remain vigilant to the obstacles to achieving this goal and are able to implement various strategies to achieve it (Chinn, 2011). Chinn et al. (2022) define emancipatory knowledge in nursing as a central, critical, and necessary pattern of knowledge that underpins the development of all other patterns of knowledge and shapes all nursing practices. Emancipatory knowledge also represents professional awareness and responsibility. In 2016, a seventh pattern was added: organizational knowledge. This pattern enables nurses to understand hierarchies and mechanisms in their health-care organizations. The sociopolitical and emancipatory pattern construction is linked to a practical experience component (organizational pattern), and this process simultaneously activates basic knowledge patterns (Terry et al., 2017).

2.2 | Context of Spanish and Catalan health-care commodification

Since the 1970s, public health systems in countries considered developed have undergone profound changes as a result of neoliberal reforms, with

a focus on commodification (Ferreira & Mendes, 2018; Karanikolos et al., 2013). Commodification refers to the introduction of market elements in management, governance, or delivery, among others, in public administrations, with or without transfer from the public to the private sector (Prince et al., 2002). The process of commodification has been intensified since the 2008 global economic crisis (Bambra et al., 2014; Karanikolos et al., 2013; Stan & Erme, 2020). Financial constraints in health care are an element closely related to and fed by commodification. Cuts and commodification are the main adjustment mechanisms to correct macroeconomic imbalances (Benach, 2012; Stan & Erme, 2020). Reforms toward commodification are changing users' health care, the structure and management of organizations, and professionals' working relationships in different ways (Greer & Doelgaast, 2017; Krachler, 2013; Ryko-Bauer & Farmer, 2002). The available evidence on the impact of these changes is decidedly polarized (Mackintosh & Koivusalo, 2005; Sánchez, 2007; UN Research Institute for Social Development, 2007). Moreover, hospital-centrism remains the dominant model of commodified health systems, with a biomedical model dominating and primary care, public health, prevention, and health promotion largely undervalued by policymakers (González-Holguera et al., 2022; Starfield, 2012; Starfield & Plana Aspachs, 2001). Some authors argue that market organization increases productivity, efficiency, and quality in health care while erasing and encouraging innovation (Ballart & Galais, 2019; Rego et al., 2010; Repullo, 2008; Sheaff, 2013). However, others have highlighted that the adaptation of market models does not seem to work in the health sector as it does in other sectors (Pollock, 2016). The commodification of public health care appears to affect patient health outcomes, particularly in terms of equity (Azad Armaki et al., 2021; Ferreira & Mendes, 2018; Kaminska & Wulfgramm, 2019; Labonté & Stuckler, 2016), undermines effectiveness by failing to address public health priorities (Christiansen, 2017; Mackintosh & Koivusalo, 2005), and threatens to erode public trust in professionals (Huang et al., 2018). Changes that alter employment relationships worsen working conditions and limit workforce performance (Stan & Erme, 2020; Zullo & Ness, 2009).

The Spanish National Health System (SNS) has not been exempt from the changes, processes, and actions in favor of the commodification of public services. The Catalan Health System (CHS) has also followed this path, and some authors have referred to it as one of the most paradigmatic cases to explain the commodification of public health systems in Europe (Gallego, 2000; Martínez et al., 2014). At CHS, there are different administrative units for public services. There is the Institut Català de la Salut (ICS), which is completely publicly managed. There are also other public entities that are privately managed. This is the case for public consortia (CP) and public foundations. There are also private, for-profit administrative entities that provide a public service, such as association-based entities (ABE), or private, not-for-profit administrative entities, such as private foundations. The merging of entities with different forms of ownership and management makes CHS a highly commodified and privatized system (Martínez et al., 2016). Although international evidence suggests that health systems equipped with high-quality public primary care (PPC) and strong prevention and health-promotion functions achieve better health outcomes and are more equitable and efficient (Starfield & Plana Aspachs, 2001; Starfield

et al., 2005], the primary care and public community care sectors are historically underfunded and underdeveloped in both SNS as a whole and CHS in particular (Barceló-Prats & Bekele, 2021; Simó & Gervas, 2012).

It is worth asking how commodification is currently impacting the system, particularly in the primary and community care sectors, which are likely to have more negative impacts in terms of commodification and privatization (Guthrie & Mercer, 2018; Starfield et al., 2005). Interventions specifically developed by primary care nurses, such as health promotion, prevention, and strengthening a model that focuses on health rather than illness, are currently particularly relevant to the provision of quality primary care (Llop-Gironès et al., 2015; Pegín et al., 2017).

The commodified environment could be a barrier to nurses' reflection and knowledge generation and development (Fawcett, 2002; Martínez-Riera, 2004; Martínez-Rodríguez et al., 2020). As a result, therapeutic nursing relationships, health services, and nurses' own health could be at risk, but nursing could improve practice and global care while contributing to the common good (Martínez-Rodríguez et al., 2020). Therefore, it is important to know (1) how nurses actually perceive the commodified settings and the development of their daily practice in these settings, and (2) how nurses build their basic and contextual knowledge in these environments.

The study focussed on PPC settings in CHS, although we will argue that these ideas are relevant to nursing internationally.

3 | MATERIALS AND METHODS

3.1 | Research setting

The study was conducted from November 2020 to June 2022 in the PPC services of CHS, including the different public services administrative units in CHS (ICS, CP, public foundation, private foundation, and ABE). Participants were nurses from Catalonia with more than 2 years of professional experience in PPC.

3.2 | Triangulation mixed-methods design

Our study was based on a mixed-methods triangulation design (Erzberger & Kelle, 2003) in which quantitative and qualitative components are equally important (Venkatesh et al., 2016). A sequential mixed-methods design was used in which the quantitative phase was conducted, followed by the qualitative phase.

Data triangulation analysis was conducted following Venkatesh et al.'s (2016) guidelines, with the following steps: (1) Decide whether mixed-methods research is appropriate. We believe that qualitative and quantitative methods alone are not sufficient to answer the research question. We used mixed research methods to obtain complementary perspectives on the phenomenon under study – "construction of knowledge patterns in nursing in commodified

contexts as CHS." (2) Sequential design: The quantitative phase was conducted first, followed by the qualitative phase, for which sequential mixed methods were developed. (3) Sequential analysis: The quantitative and qualitative phases have been analyzed sequentially. The quantitative and qualitative phases have independent samples and different sampling methods, data collection, and analysis specific to each method. (4) Integrate the results. Both the quantitative and qualitative results have been integrated into the final results.

3.3 | Quantitative procedure

The quantitative phase, carried out from November 2020 to September 2021, is a descriptive cross-sectional and observational study. Since there is little scientific literature analyzing the impact of health-care commodification on health professionals (Martínez-Rodríguez et al., 2020), we developed a self-administered questionnaire based on Font Roja's job satisfaction survey (Aranaz, 1988). Font Roja's variables were adapted to the objectives of our research, specific to the context of our health system, and conceptualized according to patterns of knowledge in nursing (see Supporting Information 1, questionnaire). Our questionnaire consisted of 33 closed-ended questions divided into three parts: sociodemographic variables (VAR) (6 questions), work environment variables (10 questions), and patterns of knowing in nursing variables (17 questions). Responses were given in numerical format, categorical format, or on 5-point Likert scales. The questionnaire was distributed online on the website enquestes.clinic.cat and sent by email to primary care providers in Catalonia through different web platforms. Nurses responded voluntarily after receiving the email. Responses were selected from nurses who had more than 2 years of professional experience in PPC. The link to the questionnaire included an introductory letter explaining the study, and respondents agreed to participate voluntarily and anonymously. Only the fully completed questionnaires were considered.

Validity and reliability are two fundamental elements in the evaluation of a measurement instrument (Tavakol & Dennick, 2011). The content validity of the questionnaire can be determined by the evaluation of highly qualified individuals on the topic (Lacave Rodero et al., 2015). In November 2020, a pretest was conducted with 10 expert primary care nurses to assess the content validity of our questionnaire. It was not necessary to calculate the validity index because there was agreement among the expert nurses. Experts were selected by email to the Association of Primary and Community Care Nursing of Catalonia. Participation in the content validity survey was voluntary in response to this email. Ten nurses with more than 15 years of professional experience in PCC were randomly selected. Moreover, Cronbach's α is a commonly used test reliability index (Cronbach, 1951; Lacave Rodero et al., 2015; Tavakol & Dennick, 2011) based on the average agreement between items, assuming that the variables on a Likert scale measure the same construct and are highly correlated (Lacave Rodero et al., 2015).

Cronbach's α can be conducted with a sample of at least 100 participants (Campo-Arias & Oviedo, 2008). Cronbach's α coefficient in our questionnaire was 0.869.

Once the online questionnaire was completed, responses were entered into an Excel-type database and analyzed using the SPSS statistical package and R v.4.2.1 (R Core Team, 2022). Data tables were read using `openxlsx` v. 4.2.5 (for `xlsx` files) (Schauberger et al., 2022) and/or `Haven` v.2.5.0 (for `sav` files) (Wickham et al., 2022). Plots were created using `ggplot2` v.3.3.6 (Wickham, 2016), `ggpubr` v.0.4.0 (Kassambara, 2020), and other functions integrated into the packages already mentioned. Absolute and relative frequencies were used to describe the categorical response data and Likert scales. For continuous quantitative variables, the mean and standard deviation were calculated.

A total of four multiple comparison tests were conducted to compare respondents' answers based on their experience, whether or not they manage employees, their contractual situation, or the administrative unit to which they belong. In cases where the response variable was binomial ("yes/no" type), a Mann-Whitney U test was performed. When the response variable contained three or more categories, a Kruskal-Wallis test was performed. In all cases, the p -value was adjusted using the False Discovery Rate (FDR) method (Benjamini & Hochberg, 1995).

To determine the existing correlations between the nondemographic questions, Pearson's r was calculated with each pair of questions. Note that there are three questions that are categorical, which were considered numerical for this test for exploratory purposes (VAR16, VAR20, and VAR21).

To investigate the results obtained with the questionnaire and to find out whether there are groups of questions whose answers are correlated, an exploratory factor analysis (EFA) was performed using the method of principal axes with Varimax rotation with the package `psych` v. 4.2.2 (Revelle, 2022). First, the three qualitative questions (VAR16, VAR20, and VAR21) and VAR27 were excluded because they had a low multivariate correlation index. The correlation matrix of the data included in the EFA was spherical (Bartlett: $\chi^2 = 1010.24$, $df = 231$, $p = 1e+03$) (Bartlett's test; Bartlett, 1951), and the adequacy of the sample was generally adequate according to Kaiser-Meyer-Olkin index (0.78) (Kaiser, 1970).

3.4 | Qualitative procedure

The qualitative phase, conducted between November 2021 and June 2022, was a study from the perspective of phenomenology. The purpose of phenomenology is to understand phenomena from the perspective of those who experience them (Collingridge & Gantt, 2008). Our goal was to explore nurses' perceptions and experiences, focusing particularly on the construction of nursing knowledge in commodified CHS.

We conducted a total of 10 in-depth interviews (see Supporting Information 1, interview guide) with open-ended questions with nurses working in the PPC at CHS in Barcelona. Nurses for the

in-depth interviews were selected via an email to the Association of Primary and Community Care Nursing of Catalonia. The first nurses participated voluntarily in response to this email. Subsequently, the sample was completed through intensive contact using snowballing techniques. It was ensured that these nurses had not previously completed the questionnaire or participated in the expert group. Six interviews were conducted in person, and, due to the COVID-19 pandemic, four interviews had to be conducted online. Interviews were conducted in Spanish and were 45–60 min. All nurses signed informed consent to participate in the study. During and at the end of the interviews, nurses' responses were summarized to clarify the meaning of what was said, and clarifications were requested when necessary.

The interviews were recorded, and the recordings were later transcribed. NVIVO package 1.7 (Dhaka, 2022) was used to support thematic analysis. We use thematic analysis because it provides a better understanding of the data. According to Vaisomeradi et al. (2013), content analysis focuses on quantifying the data, while thematic analysis allows us to understand the data from the perspective of qualification. The thematic analysis also permits the exploration of the context at a level of depth that quantitative analysis lacks (Castleberry & Nolen, 2018). The steps included (1) transcribing the interviews; (2) preliminary coding, finding relevant statements that express self-contained units of meaning; (3) identifying the meanings contained and coding the data by assessing interesting patterns; (4) summarizing the codes into themes and subthemes; and (5) finalizing the themes and subthemes (Braun & Clarke, 2006; Castleberry & Nolen, 2018; Collingridge & Gantt, 2008).

3.5 | Integration

The triangulation mixed-methods design combines the results from the quantitative and qualitative phases (Venkatesh et al., 2016). We conducted a comparative analysis to identify the similarities and differences between the statistics from the quantitative data and the main themes that emerged from the qualitative data. We used the conceptualization within the questionnaire to interpret the qualitative interviews so as to identify nurses' feelings and perceptions about their work in the PPC, the workload, and how they construct their knowledge while working. We also explored other themes that emerged from the qualitative data and explored divergent or additional questions outside of the questionnaire.

4 | FINDINGS

4.1 | Survey findings

We received 230 survey responses. Only the fully completed questionnaires were considered ($n = 104$, 45.2%).

Of the questionnaire respondents, 89% were women between the ages of 27 and 64. Approximately 68% reported having more than 10 years of primary care experience (for more details, see Supporting Information 2, Table 2.1).

The descriptive results of the Likert-scale variables can be seen in Supporting Information 3, Table 3.1. Participants are satisfied with their daily work as nurses, they feel that they provide satisfactory care, and they describe themselves as professional nurses. However, on the one hand, they often feel that they lack time and resources at work and that they have an excessive workload. On the other hand, they believe it is important to get to know the patients and families for whom they care for. However, they feel that they do not have enough time to develop this knowledge while providing their care as they see fit.

For multiple comparisons, the nurses surveyed ($n = 104$) were divided into four groups: work experience, whether they managed staff, contract status, and administrative unit. The full results of the multiple comparisons for each subgroup of respondents, along with the statistical test performed, median response, and p -value can be found in Supporting Information 3, Tables 3.2–3.4. In the multiple comparison analysis, only the contract status variable showed a significant effect on awareness of patients' satisfaction ($p = 0.038$) and the ability to organize nurse work ($p = 0.039$) (see Supporting Information 3, Table 3.5), with higher scores for both variables for permanent staff. Recognizing the conditions for the patient's satisfaction shows the development of personal knowledge. The esthetic pattern of knowing is expressed in the ability to organize care. Thus, nurses who are permanent employees feel that they can better express their esthetic and personal knowledge.

The test of multiple correlations showed that there are some groups of variables that are positive and/or negative and have relatively high multivariate correlation indices (Figure 1). Based on the analysis of the multiple correlations, an EFA of the principal axes was then performed, and it can be concluded that the number of optimal orthogonal axes is three. This is confirmed by testing the hypothesis that three factors are sufficient ($\chi^2 = 311.58$, $df = 168$, $p = 1.1e-10$). EFA explains 42.98% of the total variance in the data.

Axis 1, which accounts for 18% of the variance, explains two groups of questions related to time and its negative impact on the development and expression of personal, esthetic, and sociopolitical patterns of knowing. Variables 8 (time to work), 9 (perception workload), 10 (perception resources for work), and 11 (impact work daily life), related to workload, available resources, and impact on nurses' health, reach high mean scores on the Likert scale (see Supporting Information 3, Table 3.1) and are positively correlated with each other. They are also negatively correlated with variables 26 (perception availability of time to know patients), 28 (time available to know patients' families), 29 (time available to care), 30 (time available to teach), and 33 (ability to organize work), which relate to available time in terms of expression and development of personal, esthetic, and sociopolitical patterns. The higher the perceived excessive workload, the more the nurses perceive that they have a greater impact on their health, cannot teach nursing students, do not know

their patients and families in-depth, and cannot organize their tasks or develop nursing care according to needs. According to this axis, the workload affects nurses' health and limits the expression and development of personal, esthetic, and sociopolitical patterns.

Axis 2 (explaining 15% of the variance) refers to the organizational environment in relation to two contextual knowledge patterns (organizational and emancipatory knowledge). Variables 13 (perception organization center), 14 (evaluation information received), 17 (knowledge organization management workplace), 18 (participation in work daily decisions), 19 (participation in management), and 23 (knowledge objectives projects workplace) are positively correlated. That is, the more the organization of the center is perceived as adequate and the more information is available for daily work, the better the self-perception of organizational knowledge and the more satisfied the nurses are with their participation in the organization. The elements of this axis obtain intermediate values on the Likert scales (see Supporting Information 3, Table 3.1). The nurses surveyed showed medium satisfaction with the organization and the information they receive, and they report medium development of their organizational and emancipatory knowledge.

Axis 3 (10% of the variance) refers only to VAR24, the knowledge about scientific evidence. The distribution of variables across the above three axes as well as the median of responses to each variable can be seen in Supporting Information 3, Figure 2 (Figure 2).

4.2 | Analysis of in-depth interviews

The demographics of the interview participants ($n = 10$) are summarized in Supporting Information 2, Table 2.2. In the questionnaire sample, visits per shift were reported, a topic that did not come up in the in-depth interviews. Similarly, the nurses interviewed felt it was important to provide information about their assigned quota as well as the socioeconomic characteristics of their patients. It is noteworthy that ICS nurses reported a quota of 1300–1800 patients, while CP or ABE reported a quota of 2800–3000 patients. Similarly, CP or ABE nurses had a high or medium socioeconomic patient ratio, while ICS nurses had a medium or low socioeconomic patient ratio. In addition, it is important to note that among the nurses surveyed, two ICS nurses were "case management nurses."

Six themes emerged from the in-depth interviews ($n = 10$): (1) limited time to provide all nursing care, (2) feelings of burnout, (3) awareness of patient and family satisfaction factors, (4) organizational factors that favor nurses' needs, (5) organizational factors that hinder nurses' needs, and finally (6) public administration requirements. We also classified the memos according to the expressions of the knowledge patterns. Supporting Information 4 provides a summary of the codes, subthemes, and themes.

The nurses interviewed in depth felt burned out and indicated that their excessive workload had a negative impact on their health. They also stated that they lack the time to take better care of their patients or get to know them and their families in depth. Esthetic and personal knowledge is achieved through a deeper knowledge of

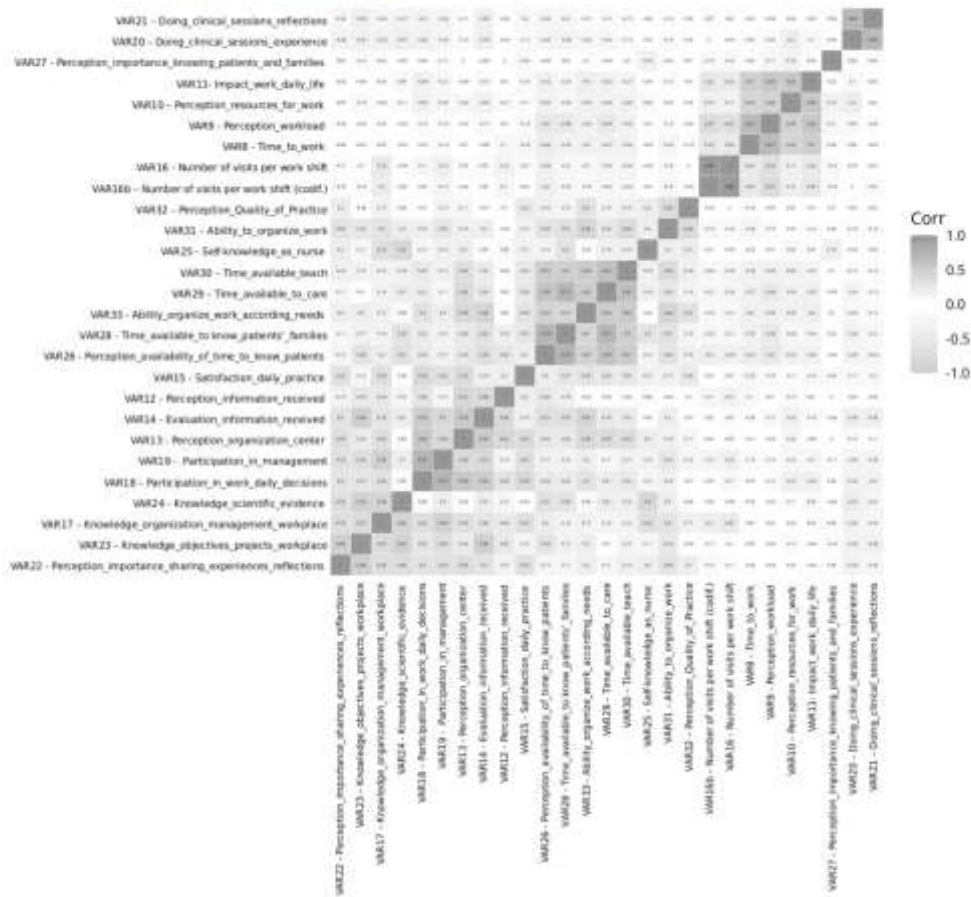


FIGURE 1 Multiple correlation matrix.

patients, because from empathy they recognize the individuality of care—esthetic pattern—(Carper, 1978) and the individual characteristics that optimize the quality of the nurse–patient relationship—personal pattern (Porter et al., 2011). The sociopolitical pattern considers the family, social, and cultural context as a relevant aspect of nursing care (White, 1995). When nurses get to know patients and their families thoroughly, they can develop their personal, socio-political, and esthetic knowledge. The excessive workload seems to affect not only their health but also the development of their knowledge.

No, I don't have enough time in the consultation room. Some days I may have a longer wait, an extra 10 or

20 minutes. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ABE)

It is very difficult to achieve this knowledge (knowledge of patients and families) in 10 minutes for a primary care consultation or 20 minutes for a chronic pathology consultation, also because the consultation is often interrupted by the acute needs of the day. However, because I have a stable patient contingent, I am able to get to know my patients over the years and build a relationship with them and their families. (Permanent staff, more than 10 years of experience, CP)

14815119, 4, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inq.12701 by Universidad De Barcelona, Wiley Online Library on [02/07/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

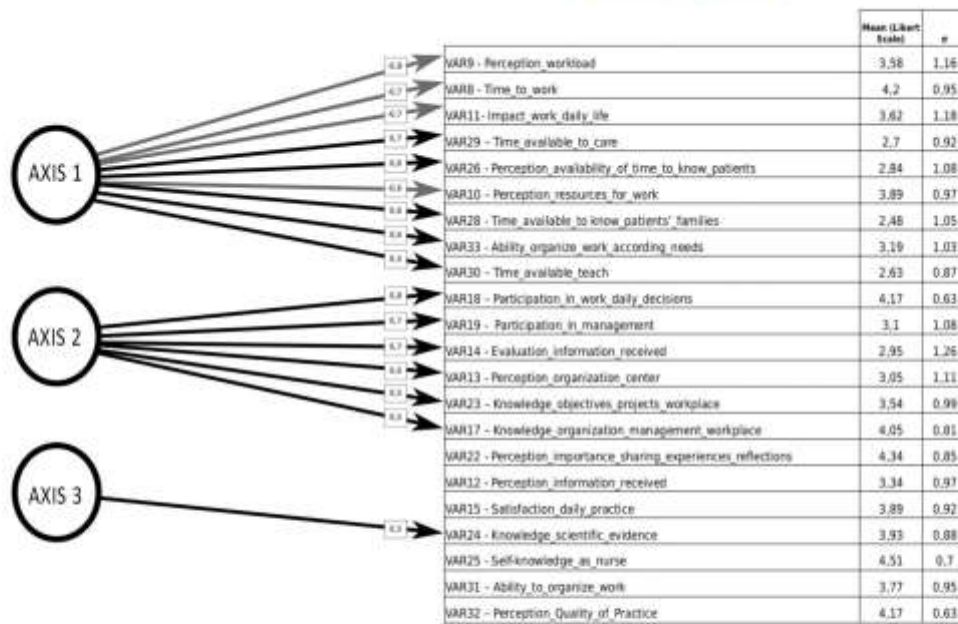


FIGURE 2 Factorial analysis.

On the one hand, I am lucky. I like my work; it enriches me. On the other hand, there is the pressure of work, as I have to work fast, I have stress and a thousand things to do. This causes me stress. For example, sometimes I do not eat breakfast because I am late. [...] It also affects me when I go to bed. Sometimes I am at home and something from work comes to mind. Then I toss and turn and it's hard for me to fall asleep. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

However, they emphasized that a stable patient contingent has allowed them to get to know their patients and their families in depth over the years. In this way, with a stable patient contingent over a long period of time, nurses can develop their personal, esthetic, and sociopolitical knowledge.

I have been taking care of this contingent of patients for about five months. [...] I think I still have a long way to go to be able to say that I can organize my work completely on the basis of my experience and knowledge of my patients. [...] I think I can take better care of patients if I am a nurse who has been taking

care of the same contingent of patients for a while. (Temporary employee, 2–5 years of experience, ICS)

I have had this group of patients for a long time, almost since I have been here. Some of them have known me for more than 15 years. I know them well and there is a relationship; they trust me and turn to me with their health problems. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

It can be observed that nurses use different knowledge patterns in the form of strategies to compensate somewhat for the lack of time in the consultation. In relation to the esthetic pattern, they employ various organizational tactics, such as rescheduling known patients or arranging double appointments; they also appear to be able to multitask and use imagination in providing care. In all of these tactics, the nurses demonstrate an individualization of care that is a characteristic of the esthetic pattern. As for the personal pattern, they take advantage of the mutual trust relationship they have established with known patients to optimize the development of their care. Regarding the sociopolitical pattern, it is observed how they can improve care by knowing the family and cultural context of their patients. Finally, referring to the organizational pattern, they

14811811, 4, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inq.12771 by Universidad de Barcelona, Wiley Online Library on [02/07/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

show how knowledge about the organization allows them to better manage their appointments. They know when to duplicate appointments and how to justify them.

The beauty of primary care is that you know the patient when you have a stable contingent. How do I prioritize what's important? Since I already know my patient, which does not give me time today, I might call the patient tomorrow, and we'll meet next week for an appointment with what's pending. [...] I organize myself a little bit according to what I know about my patients. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ABE)

For example, I use the fact that he comes with his wife and the trust I have with her, who is also my patient, to learn more about my patient's adherence treatment. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

I have the freedom to manage my schedule, although I have to remember that administrative staff can also add patients to my schedule. So I schedule duplicate visits and can justify them if I know it is a complex person, but I have to keep in mind that other professionals can also add patients to my schedule. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ABE)

Moreover, an overall emancipatory pattern can be observed as nurses show professional responsibility to overcome obstacles in caring for their patients. For example, they take into account the sociopolitical knowledge of their patients to provide equitable care, thus showing their emancipatory knowledge. To compensate for the lack of time, nurses sometimes sacrifice their rest time or work overtime because they have professional awareness.

We know that every community or neighborhood is culturally different. In the neighborhood where I work, the socioeconomic level is low. I think our engagement goes deeper and we strive to have a deep understanding of our community and its culture. For example, I know my patients are working class. They may not be able to come during their work hours. So I plan my schedule accordingly and may schedule multiple visits or phone visits for them, even outside of my work hours. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

If I need more than ten minutes, I take them to get to know the person better. This means that I may be late because I do not have enough time. I may not eat my snack that day. [...] Sometimes a patient comes to you

for a specific reason, but you end up taking care of something else that you realize is more important. [...] I often set a reminder to call the patient, make an appointment, or whatever, to get all the things done that I could not get done at the time of the consultation. I believe that I am able to respond to my patients' requests, but that requires professional commitment and often more hours of work. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

Well, if I have to spend more time on a patient, then I do, which means I may be late or not take my rest time. [...] If I expect the care will take longer that day, then I double the scheduled time. That's not what managers recommend us to do, but sometimes it makes sense. [...] I manage myself because I have very stable and known patients. [...] I prioritize in the consultation what is urgent at that moment, and I reschedule the patient if I need to do more things. [...] Another thing I do, for example, is I use the care time to talk about upcoming issues, such as issues related to family, nutrition, exercise, smoking, etc... issues that I know are pending with this patient. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

Nurses are generally aware of the conditions of care that satisfy their patients and families, and they have implemented strategies to improve care with these conditions in mind. In doing so, they express esthetic and personal patterns of knowing; in general, they believe that their patients receive good care and were satisfied with their daily work in this regard.

In general, I would say that my patients feel comfortable with my care. I always try to handle their requests without much delay, depending on their care needs. If I miss making a call once, I remember it the next day and go back to the schedule to do it. I try to set reminders. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

I believe I offer peace of mind and my patients appreciate that. They know they can count on me whenever they want. If they call me one day because they need something, I am available. (Permanent staff, more than 10 years of experience, CP)

There is no consensus on whether or not organizational factors favor nurses' work, participation, and needs. Knowing about and feeling part of the organization allows nurses to develop their organizational and emancipatory knowledge. There are nurses who are satisfied with their organization, who feel that the organization promotes the nurses' work, that they can participate in proposals for changes related to their daily work, and that their opinions are taken

into account. There are also nurses who are not very satisfied with the organization and the management of their workplace. We see that they feel that they cannot optimally develop their organizational and emancipatory patterns.

The center where I work now is bigger than the previous one. I feel that we, as nurses, do not have as much decision-making power and participation. We are asked for our opinion on a new idea. But it is true that it will be implemented whether we like it or not. It's a form of management without much consensus. (Internship staff, 5–10 years of experience, CP)

I think the organization is quite good; we hold many meetings and right now, with the whole issue of the COVID pandemic, any change is communicated. [...] The leadership is very available [...] unlike other places I have been, that has not been the case. [...] When an organizational change is proposed, usually, and if possible, the opinions of all workers involved are taken into account. This was the case recently with a change in teams. We, nurses, expressed our opinion, and it was taken into account. [...] There is a lot of cooperation and we are all rowing a little bit in the same direction. (Temporary employee, 2–5 years of experience, ICS)

The nurses believe that public institutions need to invest more in primary and community care; increase nurses' professional recognition and participation, improve their working conditions, and invest in their education.

More investment in primary care, facilitation of community nursing tasks, and improvement of work quality and salary are needed. (Temporary employee, 2–5 years of experience, ICS)

I ask above all for education and recognition. For recognition for what we do as nurses. (Internship staff, 2–5 years of experience, ICS)

We need more money for primary care and fewer patient quotas for nurses. It seems to me that the Spanish average exceeds the European average by more than 500 patients. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

I wish for more professional recognition and a better salary. (Permanent staff, more than 10 years of experience, ICS)

I would hold a round table with all the professionals. That they can express their demands and that these

are taken into account. (Internship staff, 5–10 years of experience, CP)

5 | DISCUSSION

The main findings of our study can be summarized as follows. The participating nurses (both in the surveys and in the interviews) perceived an excessive workload and time limitations. They felt that this affected the care provided and their physical and mental health. Previous research has shown that factors of commodification, such as increasing clinical pressure, shift work, shortages, workload, stress, and job insecurity, have negative effects on nursing development (Burke et al., 2015; European Federation of Nurses Associations, 2012; Granero-Lázaro et al., 2017; De Troyer & Verdoot, 2015). These factors are associated with a deterioration in nurses' health, increased burnout, stress, and vulnerability, leading to negative patient outcomes (de Azevedo Gonçalves et al., 2015; Baranda, 2017; Chen & Meier, 2021; Van der Heijden et al., 2019; Jun et al., 2021; Monsalve-Reyes et al., 2018; Wisniewski et al., 2015).

According to our questionnaire results, excessive workload and time constraints, which have been highlighted by several authors as examples of commodification (Burke et al., 2015; European Federation of Nurses Associations, 2012; Granero-Lázaro et al., 2017), seem to have a negative impact not only on clinical nursing and patient outcomes but especially on the expression and development of nursing knowledge. Empirical and ethical knowledge can be easily developed and taught (Lee et al., 2017). Nonetheless, there are patterns that emerge directly from experiential reflection and therapeutic relationship formation, such as personal and esthetic patterns (Heath, 1998; Morrison & Symes, 2011; Vaughan, 2014) that can be affected by increased clinical pressure (Martínez-Rodríguez et al., 2020). Based on the nurses' perceptions in our questionnaire, it seems that the excessive workload did not allow them to reflect on their daily practice, which limited their esthetic knowledge. Similarly, nurses felt that work pressures prevented them from developing effective therapeutic relationships with their patients or gaining in-depth knowledge about them and their families. These conditions limited the development of personal knowledge.

However, from the in-depth interviews, we observe that the nurses purposefully used the patterns of personal, esthetic, sociopolitical, organizational, and emancipatory knowledge to cope with the problem of excessive workload and limited time in the consultation room. According to the conceptual framework proposed by Terry et al. (2017), nurses can use organizational, sociopolitical, and emancipatory knowledge to effectively address commodified mechanisms. From our interviews, we can see that they also used personal and esthetic patterns. The conditions of commodification (such as lack of time, staffing constraints, or increased workload) seemed to encourage the nurses to use various strategies that demonstrated their patterns of knowing. According to Archibald (2012), esthetic knowledge emphasizes details to individualize care.

The nurses interviewed used this knowledge by being able to organize their care and avoid time constraints by rescheduling known patients or planning longer visits based on individual characteristics. They often used esthetic knowledge in combination with personal patterns. The quality of interpersonal relationships established with known patients predicts success in clinical care decisions (Jenks, 1993). The nurses interviewed who had a stable patient contingent, who knew their patients intimately and had established an optimal therapeutic relationship, organized their care better, expressing and developing their esthetic and personal knowledge. For example, they optimized the nursing time they dedicated to their patients because they used some visits to address issues that were not necessarily related to the patient's counseling topic but that the nurse knew were important to the person. In addition, they used knowledge of the family and cultural context of their patients in their care, which is an expression of the development of sociopolitical knowledge. The nurses we interviewed also used organizational knowledge, especially when they received positive feedback from their organization. Organizational knowledge enables nurses to understand hierarchies and mechanisms in health-care organizations (Martínez et al., 2020; Terry et al., 2017). Knowing the organization in which they worked allowed them to better manage their schedules and justify the extra time they devoted to the patients who needed them most. Finally, the emancipatory pattern is reflected in our interviews when nurses adapted to the social and professional circumstances of their patients so that all had equal access to care. Emancipatory knowledge is put into practice by becoming aware of the social and political factors that lead to inequities in care and adopting practices that aim to improve the health and well-being of all people (Kagan et al., 2016).

The nurses interviewed showed that they used multiple knowledge patterns simultaneously and in an interrelated manner to overcome commodified barriers. As Guardon (2008) noted, nurses often use a combination of patterns in their daily nursing practice. We can see how this knowledge translates into the various strategies mentioned above. It should be noted, however, that other strategies that nurses said they used may be compromising their practice, even if these strategies were expressions or developments of nursing knowledge. Occasionally, they gave up their breaks or worked unpaid overtime because they had a professional consciousness (which can be read as an expression of emancipatory knowledge as they sought to overcome inequities). We note that nurses sometimes expressed patterns of knowledge at the expense of strategies in a manner that could lead to increased workload for them.

In primary care, the literature points to the potential offered by longitudinality (stable patient contingent per professional) to gain in-depth knowledge of the person served and their social environment to ensure optimal health care (Starfield et al., 2005). In this sense, we have found that PPC nurses who are permanent staff and tend to have a stable patient contingent have time to develop an optimal therapeutic relationship over a period of years. These nurses know their patients, families, and their social environment very well and are also better able to organize their care based on this knowledge.

Therefore, they are better able to express their esthetic, sociopolitical, and personal patterns. It is important to note that the more stable the nurse's contingent of patients, the better they could express their application of this knowledge.

Our results show no differences in nurses' knowledge construction and perceptions between the different CHS management models. The heterogeneity of the CHS centers has commodification as a common denominator (Martínez et al., 2016), so our results should apply to the entire CHS and not to the specific management of each center. It seems that the organizational factors at the level of the center are more related to the management of the leaders than to the management model of the center itself. It should be noted that there were differences in the number of patient ratios assigned in the different management models and in the socioeconomic characteristics of the ratios, but the analysis did not reveal significant differences. Center organizational factors related to nurses' work influenced nurses' participation in the center and their sense of belonging.

As highlighted in other previous research, public institutions must commit to significantly improving primary care, reducing high burnout rates (Agarwal et al., 2020), and enhancing working conditions for nurses (Llop-Gironés et al., 2021). Professionals must be considered by institutions and actively participate in the development and implementation of these solutions (Agarwal et al., 2020).

6 | STRENGTHS AND LIMITATIONS

Our study has several strengths and limitations. To the best of our knowledge, this is the first study to approach the question of how nurses develop knowledge in commodified settings. This research raises many challenges related to nursing practice, research, and discipline. However, our study has limitations and possible biases that we must point out. First, the nurse experts who were to ensure the content validity of our survey were volunteers who responded positively to an email inquiry. Nurses with more than 15 years of professional experience were selected. The same was true for questionnaire responses and in-depth interviews. Contact was made by email and participation was voluntary. It is possible that the sample is biased because if participation is voluntary, either nurses who are very satisfied with the system or those who are very dissatisfied will respond and want to participate. Second, the samples for the survey and interviews were relatively small. The study population for the questionnaires came from all over Catalonia, but the sample of nurses interviewed was specifically limited to primary care in the city of Barcelona. Overall, we estimate that nearly 30 centers participated in the surveys and nine different centers participated in the interviews. Therefore, our results should be extrapolated with caution, although we believe that the sentiments expressed by the nurses surveyed and interviewed may be representative of many nurses, even in specialized care.

There are also aspects that were not analyzed in the study. We do not know whether PPC nurses have the opportunity to expand their knowledge through research because both the questionnaires and the interviews were focused on their daily nursing practice. Although they mentioned aspects related to teaching and political participation, this was not picked up in the research.

Another important topic was the COVID pandemic. We believe that satisfaction with the work done and some situations of workload and overload could be related to the COVID pandemic, the consequences of which we are still suffering and which affected primary care since it was on the front lines.

7 | CONCLUSIONS

The work of PPC nurses is essential. A commodified environment in the PPC could be a barrier to knowledge generation and development and could affect therapeutic nursing relationships, health services, and nurses' own health. However, despite these factors, nurses are able to overcome the obstacles with various strategies. Our research presents many challenges related to the practice and discipline of nurses and opens the door for further research involving all areas of nursing action: nursing, teaching, management, research, and policy.

There are aspects related to our research that are relevant to nursing science and practice in PPC. First, nurses often use a combination of knowledge in their daily nursing practice, being able to express multiple patterns of knowing simultaneously and interrelatedly, but emphasizing the knowledge that is most necessary at that moment. Second, nurses are able to build their nursing knowledge in the commodified PPC environment, especially if they are permanent staff and have a stable patient contingent. Expert nurses have multidimensional, contextualized, and integrated knowledge that enables them to optimize their care according to their patients' needs. Finally, nurses use nursing knowledge patterns to overcome barriers that arise from commodification, such as increased workload or limited time to provide care. Expert nurses are also in the best position to do so. The patterns they use to overcome these obstacles are esthetic, personal, sociopolitical, organizational, and emancipatory. They are all used in interrelated ways. The expression and development of nursing knowledge enable the growth of the social function of nursing. By expressing their patterns of knowledge, nurses can improve their practice and care, contribute to the common good, and work for a more just society.

Nursing practice is a complex activity that requires not only good and highly qualified training, but also space for reflection on practice in conjunction with professional commitment. Although nurses are able to overcome the barriers of commodification through their knowledge patterns, this can lead to significant burnout, turnover, and work overload. Public agencies must consider the complexity of nursing practice and work to optimize the working conditions of PPC nurses while improving the quality of care for the population.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declare no conflict of interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT


Data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID

Ana Martínez-Rodríguez  <http://orcid.org/0000-0002-8978-3587>

Nària Fàbregas  <http://orcid.org/0000-0001-6720-0291>

TWITTER

Ana Martínez-Rodríguez  @LaAnah

REFERENCES

- Agarwal, S. D., Pabo, E., Rozenblum, R., & Sherritt, K. M. (2020). Professional dissonance and burnout in primary care: A qualitative study. *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 395–401. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6326>
- Aranaz, J. M. (1988). Cuestionario Font Roja: Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario [Font Roja Questionnaire: An instrument for measuring satisfaction in the hospital environment]. *Todo Hospital*, 52, 63–68. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3561583>
- Archibald, M. M. (2012). The holism of aesthetic knowing in nursing. *Nursing Philosophy*, 13(3), 179–188. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00542.x>
- Azad Armaki, T., Koosheshi, M., & Parvael, S. (2021). Critical approach to commodification of health and exclusion of the poor elderly: Quarterly of Social Studies and Research in Iran, 10(1), 175–212. <https://doi.org/10.22059/jssr.2020.279953.857>
- Ballart, X., & Galais, C. (2019). Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña [Public, private, or third sector management? Differences in primary care outcomes in Catalonia]. *Atención Primaria*, 51(10), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.006>
- Bambra, C., Garthwaite, K., & Hunter, D. (2014). All things being equal: Does it matter for equity how you organize and pay for health care? A review of the international evidence. *International Journal of Health Services*, 44(3), 457–477. <https://doi.org/10.2190/HS.44.3.c>
- Baranda, L. (2017). Salut, estils de vida i condicions de treball de les infermeres i infermers de Catalunya [Health, lifestyles and working conditions of the Nurses of Catalonia]. Fundació Galates-Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. <https://www.consejofinfermeres.cat/ca/document-categoria/salut-estils-de-vida-i-condicions-de-treball-de-les-infermeres-i-infermers-de-catalunya/>
- Barceló-Prats, J., & Bekele, D. (2021). Historical roots of hospital centrism in Catalonia (1917–1980). *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6(1), 156–181. <https://doi.org/10.1344/jesb2021.1.j086>
- Bartlett, M. S. (1951). The effect of standardization on a χ^2 approximation in factor analysis. *Biometrika*, 38(3–4), 337–344. <https://doi.org/10.1093/biomet/38.3-4.337>
- Benach, J. (2012). La sanitat està en venta: Y también nuestra salud [Health service is for sale: And so is our health]. *Icaixa*.
- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: A practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 57(1), 289–300. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1995.tb02031.x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology: Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063na>

- Burke, R. J., Ng, E. S. W., & Wolpin, J. (2015). Economic austerity and healthcare restructuring: Correlates and consequences of nursing job insecurity. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(5), 640–656. <https://doi.org/10.1080/09585192.2014.921634>
- Campe-Arias, A., & Dviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna [Psychometric properties of a scale: Internal consistency]. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831–839.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Castleberry, A., & Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 10(6), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019>
- Chen, C., & Meier, S. T. (2021). Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 124, 104099. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104099>
- Chinn, P., Kramer, M., & Sitzman, K. (2022). *Knowledge development in nursing* (11th ed.). Elsevier Inc.
- Chinn, P. L. (2011). Critical theory and emancipatory knowing. In J. B. Butts & K. Rich (Eds.), *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (pp. 123–139). Jones and Bartlett Publishers.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8th ed.). Mosby/Elsevier.
- Christiansen, I. (2017). Commodification of healthcare and its consequences. *World Review of Political Economy*, 8(1), 82–103. <https://doi.org/10.13169/worrevipolitecon.8.1.0082>
- Collingridge, D. S., & Gantt, E. E. (2008). The quality of qualitative research. *American Journal of Medical Quality*, 23(5), 389–395. <https://doi.org/10.1177/1062860608320646>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- de Azevedo Gonçalves, F. G., de Oliveira Souza, N. V. D., Zeitouni, R. C. G., Adame, G. F. P. L., & do Nascimento, S. M. P. (2015). Impacts of neoliberalism on hospital nursing work. *Texto & Contexto—Enfermagem*, 24(3), 646–653. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000420014>
- de Troyer, M., & Verdoot, C. (2015). Special report: The nursing world at tipping point. [Hesamag #11, p. 10]. https://www.etui.org/sites/default/files/Hesamag_11_EN_1.pdf
- Dhakal, K. (2022). NVivo. *Journal of the Medical Library Association*, 110(2), 270–272. <https://doi.org/10.5195/jmla.2022.1271>
- Erzberger, C., & Kelle, U. (2003). Making inferences in mixed methods: The rules of integration. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioural research* (pp. 457–488). SAGE Publications Inc.
- European Federation of Nurses Associations. (2012). *Going in crisis: The impact of the financial crisis on nurses and nursing. A Comparative overview of 34 European countries*. <http://www.efnwib.org/version1/en/documents/EFNReportontheImpactoftheFinancialCrisisonNursesandNursing-January2012.pdf>
- Fawcett, J. (2002). The nurse theorists: 21st-Century updates: Madeleine M. Leininger. *Nursing Science Quarterly*, 15(2), 131–136. <https://doi.org/10.1177/08943180222108787>
- Ferreira, M., & Mendes, A. N. (2018). Commodification in the reforms of the German, French and British health systems. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 23(7), 2159–2170. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.12972018>
- Gallego, R. (2000). Tipus d'agències i estructures pressupostàries: Anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana [Agencies and budget structures: Analysis of buyer and supplier separation in the Catalan health administration] (BR04/2000). Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Gonzalez-Holguera, J., Galle, M., del Rio Carral, M., Steinberger, J., Martí, J., Böhrer, N., Kaufmann, A., Chiapperino, L., Vicado-Cabrera, A. M., Schwarz, J., Depoux, A., Panese, F., Chévre, N., & Serra, N. (2022). Translating planetary health principles into sustainable primary care services. *Frontiers in Public Health*, 10, 931212. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1075712>
- Granero-Lázaro, A., Blanch-Ribas, J. M., Roldán-Merino, J. F., Torralbas-Ortega, J., & Escayola-Maranges, A. M. (2017). Crisis en el sector sanitario: Impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras [The crisis in the health sector: Perceived impact on nurses' working conditions]. *Enfermería clínica*, 27(3), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.enci.2017.03.005>
- Greer, I., & Doelgast, V. (2017). Marketization, inequality, and institutional change: Toward a new framework for comparative employment relations. *Journal of Industrial Relations*, 59(2), 192–208. <https://doi.org/10.1177/0022185616673685>
- Guadron, M. B. (2008). *Identification of patterns of knowing used by rural community health nurses in decision-making*. State University of New York at Binghamton.
- Guthrie, B., & Mercer, S. W. (2018). Divided we fall: The commodification of primary medical care. *BMJ*, 366, k787. <https://doi.org/10.1136/bmj.k787>
- Heath, H. (1998). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 1054–1059. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00593.x>
- Huang, E. C., Pu, C., Chou, Y.-J., & Huang, N. (2018). Public trust in physicians—Health care commodification as a possible deteriorating factor: Cross-sectional analysis of 23 countries. *Inquiry*, 55, 46958018759174. <https://doi.org/10.1177/0046958018759174>
- Jackson, J. R., Clements, P. T., Averill, J. B., & Zimbro, K. (2009). Patterns of knowing: Proposing a theory for nursing leadership. *Nursing Economics*, 27(3), 149–159.
- Jenks, J. M. (1993). The pattern of personal knowing in nurse clinical decision making. *Journal of Nursing Education*, 32(9), 399–405. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19931101-05>
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Creceles, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>
- Kagan, P. N., Smith, M. C., & Chinn, P. L. (Eds.). (2016). *Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis*. Routledge.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401–415. <https://doi.org/10.1007/BF02291817>
- Kaminska, M. E., & Wulfgramm, M. (2019). Universal or commodified healthcare? Linking out-of-pocket payments to income-related inequalities in unmet health needs in Europe. *Journal of European Social Policy*, 29(3), 345–360. <https://doi.org/10.1177/0958928718774261>
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323–1331. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
- Kassambara, A. (2020). ggpubr: "ggplot2" based publication ready plots (0.5.0) [Computer software]. <https://CRAN.R-project.org/package=ggpubr>
- Kingsley, B. (2002). Patterns of knowing in professional practice in dealing with the abuse of older people. *Contemporary Nurse*, 12(2), 136–143. <https://doi.org/10.5172/canu.12.2.136>
- Krachler, N. (2013). *How to create the conditions for a healthcare market: The step-by-step marketisation of the NHS in England. An outline of marketisation processes in the English NHS on the basis of marketization theory (The effects of marketization on societies: The case of Europe (TEMS))*. University of Greenwich.

- Labonté, R., & Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(3), 312–318. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206295>
- Lacave Rodero, C., Molina Díaz, A. I., Fernández Guerrero, M., & Redondo Duque, M. Á. (2015). Análisis de la fiabilidad y validez de un cuestionario docente [Analysis of the reliability and validity of a teaching questionnaire]. *Actas de los XX Jornadas de la Enseñanza Universitaria de la Informática*, 1, 136–143.
- Lee, H., Kim, A., Meong, A., & Seo, M. (2017). Pediatric nurse practitioners' clinical competencies and knowing patterns in nursing: Focus group interviews. *Contemporary Nurse*, 53(5), 515–523. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1315827>
- Llop-Gironés, A., Tarafa, G., & Benach, J. (2015). Personal de enfermería, condiciones de trabajo y su impacto en la salud [Nurses, working conditions and their impact on health]. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 155–156. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.005>
- Llop-Gironés, A., Vračar, A., Llop-Gironés, G., Benach, J., Angel-Silva, L., Jaimez, L., Thapa, P., Bhatta, R., Mahindrakar, S., Bontempo Scavo, S., Nar Devi, S., Barria, S., Marcos Alonso, S., & Julià, M. (2021). Employment and working conditions of nurses: Where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic? *Human Resources for Health*, 19(1), 112–123. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00551-7>
- Maarse, H. (2006). The privatization of health care in Europe: An eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), 981–1014. <https://doi.org/10.1215/03616878-2006-014>
- Mackintosh, M., & Kolvusslo, M. (Eds.). (2005). Commercialization of health care. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230523616>
- Martínez, A., Smith, K., Llop-Gironés, A., Vergara, M., & Benach, J. (2016). La mercantilización de la sanidad: El caso de Catalunya [The commodification of health care: The case of Catalonia]. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 335–355. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53460>
- Martínez, A., Vergara, M., Benach, J., & Tarafa, G. (2014). Com comerciar amb la teua salut: Privatització i mercantilització de la sanitat a Catalunya [How they trade with your health: Privatization and commodification of healthcare in Catalonia] (J. M. Llano Ribas, Trans.). Icaria Editorial.
- Martínez-Riera, J. R. (2004). Enfermería y Europa [Nursing and Europe]. *Revista ROL de Enfermería*, 27(5), 40–46.
- Martínez-Rodríguez, A., Martínez-Fañeca, L., Casafont-Bullich, C., & Olivé-Ferrer, M. C. (2020). Construction of nursing knowledge in commodified contexts: A discussion paper. *Nursing Inquiry*, 27(2), e12336. <https://doi.org/10.1111/nin.12336>
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>
- Mombson, S. M., & Symes, L. (2011). An integrative review of expert nursing practice: Expert nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 163–170. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01398.x>
- Osorio Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: Reflexiones conceptuales [Sociopolitical pattern of knowing: Conceptual considerations]. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1352. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Pépin, J., Ducharme, F., & Kéroac, S. (2017). La pensée infirmière [Nursing thinking] (4e éd.). Chenelière Education.
- Pollock, A. M. (2016). Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos [How commodification and privatization are being used to abolish national systems of universal health care and what must be done to restore them]. *Revista del CIAD Reforma y Democracia*, 64, 5–50.
- Porter, S., O'Halloran, P., & Morrow, E. (2011). Bringing values back into evidence-based nursing: The role of patients in resisting empiricism. *Advances in Nursing Science*, 34(2), 106–118. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31821690d9>
- Prince, M. J., Dixon, J., & Hyde, M. (2002). The marketization of social security. *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*, 28(2), 329. <https://doi.org/10.2307/3552334>
- R Core Team. (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing.
- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). The challenge of corporatisation: The experience of Portuguese public hospitals. *The European Journal of Health Economics*, 11(4), 367–381. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0198-6>
- Repulla, J. R. (2008). Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(2), 83–87. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)70474-3](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)70474-3)
- Revelle, W. (2022). Psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research (2.2.9) [Computer software]. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Rylko-Bauer, B., & Farmer, P. (2002). Managed care or managed inequality? A call for critiques of market-based medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 476–502. <https://doi.org/10.1525/maq.2002.16.4.476>
- Sánchez, I. M. G. (2007). La nueva gestión pública: Evolución y tendencias [The new public management: Evolution and trends]. *Presupuesto y Gasto Público*, 47, 37–64.
- Schauberger, P., Walker, A., Braglia, L., Sturm, J., Garbuszus, J. M., & Barbone, J. M. (2022). Openxlsx: Read, write and edit xlsx files (4.2.5.1) [Computer software]. <https://CRAN.R-project.org/package=openxlsx>
- Sheaff, R. (2013). Plural provision of primary medical care in England, 2002–2012. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(Suppl. 2), 20–28. <https://doi.org/10.1177/1355819613489544>
- Simó, J., & Gervas, J. (2012). Gasto sanitario en atención primaria en España: Insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(Suppl. 1), 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.05.017>
- Stan, S., & Erme, R. (2020). Towards an integrated European healthcare space? (Working Paper). University College Dublin. <https://researchrepository.ucd.ie/handle/10197/11713>
- Starfield, B. (2012). Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
- Starfield, B., & Plana Aspachs, J. (2001). Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología [Primary care: Balance between health needs, services and technology]. Masson.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Swift, A., & Twycross, A. (2020). Using ways of knowing in nursing to develop educational strategies that support knowledge mobilization. *Paediatric and Neonatal Pain*, 2(4), 139–147. <https://doi.org/10.1002/pne2.12037>
- Tavakoli, M., & Derrick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Terry, L., Carr, G., & Curzio, J. (2017). Expert nurses' perceptions of the relevance of Carper's patterns of knowing to junior nurses. *Advances in Nursing Science*, 40(1), 85–102. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000142>
- UN Research Institute for Social Development. (2007). Commercialization and globalization of health care. UN Research Institute. <https://digitallibrary.un.org/record/619324>

- Van der Heijden, B., Brown Mahoney, C., & Xu, Y. (2019). Impact of job demands and resources on nurses' burnout and occupational turnover intention towards an age-moderated mediation model for the nursing profession. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 2011. <https://doi.org/10.3390/ijerph16112011>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Vaughan, B. (2014). How experienced practitioners gain knowledge. *Creative Nursing*, 20(1), 30–36. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.20.1.30>
- Venkatesh, V., Brown, S., & Sullivan, Y. (2016). Guidelines for conducting mixed-methods research: An extension and illustration. *Journal of the Association for Information Systems*, 17(7), 435–494. <https://doi.org/10.17705/1jais.00433>
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73–86
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant graphics for data analysis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-98141-3>
- Wickham, H., Miller, E., & Smith, D. (2022). *Haven: Import and export "SPSS", "Stata" and "SAS" files (2.5.1)* [Computer software]. <https://CRAN.R-project.org/package=haven>
- Wisniewski, D., Silva, E. S., Évora, Y. D. M., & Matsuda, L. M. (2015). The professional satisfaction of the nursing team vs. work conditions and relations: A relational study. *Texto & Contexto—Enfermagem*, 24(3), 850–858. <https://doi.org/10.1590/0104-070720150000110014>
- Zullo, R., & Ness, I. (2009). Privatization and the working conditions of health care support staff. *International Journal of Public Administration*, 32(2), 152–165. <https://doi.org/10.1080/01900690802492121>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section at the end of this article.

How to cite this article: Martínez-Rodríguez, A., Martínez-Faneca, L., & Fabrellas, N. (2023). Construction of nursing knowledge in commodified contexts: Views and experiences of nurses regarding primary care. *Nursing Inquiry*, e12579. <https://doi.org/10.1111/nin.12579>

DISCUSIÓN

6. Discusión

La discusión de esta tesis se ha dividido en 4 partes: 1/ Mercantilización de la APC en el SSC, 2/ el empeoramiento de las condiciones laborales de las enfermeras, 3/ el conocimiento enfermero como estrategia para superar las barreras de la mercantilización y, finalmente, 4/ retos e implicaciones para el futuro de la práctica y disciplina enfermera en la APC.

6.1 La mercantilización de la APC en el SSC

A partir del análisis histórico y estructural del SSC, se observa una evolución marcada por la mercantilización y la privatización (Martínez et al., 2016). El mercado sanitario actual está formado por múltiples proveedores con diferentes formas de titularidad y gestión. La mercantilización y la privatización han generado, además, nuevas fórmulas de gestión mercantil en las entidades públicas como subcontrataciones o externalizaciones de servicios (la mayoría auxiliares, pero también de asistencia como por ejemplo centros de diálisis). La división entre provisión y compra de servicios ha facilitado la existencia de entidades privadas con ánimo de lucro en la provisión pública y distintas colaboraciones público-privadas. En la actualidad, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) -de financiación, gestión y naturaleza públicas- provee el 80% de la Atención Primaria (Bayona Huguet et al., 2019) y el 25% de la Atención Especializada y Hospitalaria (*Consorti Sanitari i Social de Catalunya* (CSSC), 2021). Entre los proveedores no-ICS encontramos una gran mayoría de entidades públicas: Consorcios Públicos (CCPP), Empresas Públicas (EEPP), Fundaciones Públicas (FFPP) y Sociedades Mercantiles Públicas (SSMM) (Generalitat de Catalunya, 2023). Todas ellas, gestionadas desde una óptica mercantil (Martínez et al., 2016). Incluso el ICS, pese a mantenerse bajo un esquema público en términos de titularidad, gestión y financiación, ha experimentado con modalidades de gestión que otorgan una mayor autonomía de gestión en algunas áreas básicas de salud, inclinándose hacia prácticas alineadas con el derecho mercantil (Camp et al., 2011). Las entidades privadas contratadas por el CatSalut son, en una gran mayoría, de carácter benéfico, aunque también existen entidades privadas con ánimo de lucro (Bohigas, 2021). Por ejemplo, un 7% de los hospitales de provisión pública pertenecen a titularidad privada con ánimo de lucro (*Consorti Sanitari i Social de Catalunya* (CSSC),

2021). Siguiendo la definición de privatización de André et al. (2016), el SSC puede considerarse altamente privatizado, dada su alta inclusión de empresas privadas en la provisión pública, las externalizaciones y las distintas colaboraciones público-privadas. Sin embargo, como indican otras autorías, la privatización no es más que una manifestación avanzada de la mercantilización y debe entenderse como un proceso (Krachler et al., 2022). Así, la simple incorporación de mecanismos de mercado o la participación de algunos sectores privados en los servicios públicos se entiende mejor como mercantilización (Prince et al., 2002; Saltman, 2003). Bajo esta perspectiva ampliada, el SSC es un sistema con una fuerte inclinación mercantil que tiene elementos de privatización derivados de la mercantilización de los servicios.

La mercantilización de los sistemas de salud afecta en dos frentes relacionados: por un lado, hay cambios organizacionales y de gestión, tanto a nivel sistémico como de entidades particulares (Krachler et al., 2022; Martínez-Rodríguez et al., 2020; Rylko-Bauer & Farmer, 2002). Por otro, y derivado del primero, hay transformaciones que impactan en usuarios y trabajadores (Greer & Doellgast, 2017). Estas condiciones de mercantilización se ven intensificadas con las crisis económicas y sus medidas de contención de gasto (Burke et al., 2015; Hermann, 2021; Legido-Quigley et al., 2013). Como destacó la revisión narrativa de esta tesis, la APC del SSC no ha quedado exenta de estos procesos de cambio (Martínez et al., 2016).

A lo largo de la evolución del SSC, la APC ha presenciado un incremento significativo en la diversidad de proveedores y modelos de gestión (Ledesma, 2005; Martínez et al., 2016). En 1995, la reforma de la LOSC, incorporó el ánimo de lucro en el SSC y actuó como catalizador para esta diversificación de entidades no-ICS (Pastor Gosálbez, 2008). En APC empezaron a surgir diferentes entidades por parte de Consorcios Públicos (CCPP), Empresas Públicas (EPPP) y Entidades de Base Asociativa (EBA) (Martínez et al., 2016). Las EBA, especialmente, han sido motivo de debate (Gené, 2010; Martínez et al., 2016; Palomo et al., 2012). Estas entidades nacieron con la finalidad de mejorar la eficiencia y la calidad del sistema a través del establecimiento de estrategias basadas en mecanismos de incentivación a los profesionales, otorgándoles autonomía de gestión (Ledesma, 2005). A pesar de esto, han suscitado algunas preocupaciones, ya que los mismos profesionales son quienes gestionan el presupuesto de la autoridad pública

recibido y pueden priorizar la obtención de beneficios por encima de los resultados en salud (Gené, 2010; Stabile & Thomson, 2014). Sin embargo, la evidencia sobre la multiplicidad de entidades en la APC del SSC no permite sacar conclusiones en ese sentido. En Catalunya, Ballart & Galais (2019) encontraron que las EBA administraban mejor su personal, sus cargas de trabajo y obtenían mejores resultados de proceso asistencial (Ballart & Galais, 2019). En otro estudio realizado sobre las EBA, los profesionales reportaban más autonomía de gestión de agendas, mayor resolución, mejor accesibilidad y más compromiso profesional (Bayona Huguet et al., 2019). El modelo EBA también presenta menos burocracia y por tanto mayor satisfacción entre los profesionales médicos (Ballart et al., 2023). No obstante, estos resultados superiores podrían deberse a la mejor distribución de las EBA en el ámbito geográfico y al nivel socio-económico de sus poblaciones. Cabe destacar que el 33% de los pacientes asignados a EBAs tienen doble cobertura sanitaria -pública y privada-, frente al rango de entre 8% y 24% de otros proveedores de APC (Palomo et al., 2012). Por ejemplo, Vilaseca Llobet et al. (2021) encontraron superioridad significativa de las EBA en varios indicadores de resultados, aunque destacaron una menor tasa de visitas por población asignada. Al ajustar los resultados por el nivel socio-económico, la esperanza de vida y la población asignada mayor de 75 años, la superioridad de las EBA desaparecía y el desempeño entre los distintos modelos de gestión se mostraba similar (Vilaseca Llobet et al., 2021). Experiencias internacionales similares a las EBA también presentan evidencia mixta. Por ejemplo, en el Sistema Nacional de Salud inglés (NHS), algunos estudios han encontrado que cuando los médicos de Atención Primaria Comunitaria (APC) gestionaban los fondos públicos, se producía una disminución en las admisiones secundarias (Dusheiko et al., 2006). Sin embargo, estas mismas experiencias indicaron una mejora en los tiempos de espera (Stabile & Thomson, 2014).

En las entrevistas en profundidad realizadas en el marco de esta tesis, las enfermeras entrevistadas de entidades no-ICS, como las EBA, reportaron una mayor ratio profesional/paciente (Martínez-Rodríguez et al., 2023). Investigaciones previas sobre equipos de APC en el SSC, mostraron que las enfermeras de entidades no-ICS pueden doblar la población asignada de las enfermeras del ICS (Guarga et al., 2000; Ponsà et al., 2003). La evidencia muestra que la mercantilización de la salud lleva a un aumento en el

número de pacientes asignados por profesional, especialmente entre aquellos profesionales que no son médicos (Burke et al., 2015; Correia et al., 2015; Greer & Doellgast, 2017). Este aumento de ratio puede afectar a los pacientes, tal como recogen diferentes estudios internacionales que han evidenciado que cuando las enfermeras tienen cargas de trabajo más elevadas, la seguridad y la calidad de la atención pueden verse comprometidas (Aiken et al., 2014; Pérez-Francisco et al., 2020). En este sentido, en la revisión sistemática exploratoria de esta tesis, se postuló que las cargas de trabajo aumentadas limitan la práctica reflexiva y pueden impedir el desarrollo, sobre todo, de los patrones básicos de conocimiento que resultan de la reflexión sobre el cuidado: el patrón personal y el patrón estético (Martínez-Rodríguez et al., 2020). La investigación mixta de cuestionarios y entrevistas en profundidad de esta tesis, sin embargo, no mostró diferencias significativas en los resultados entre los distintos modelos de gestión de APC (Martínez-Rodríguez et al., 2023).

6.2 El empeoramiento de las condiciones laborales de las enfermeras del SSC

La revisión narrativa desarrollada en el marco de esta tesis abordó cómo la introducción de mecanismos de mercado y la intensificación de éstos durante las crisis económicas, se había relacionado con un empeoramiento de las condiciones laborales, cargas de trabajo elevadas y limitaciones de tiempo de atención a los pacientes (Mackintosh & Kovalev, 2006; Martínez et al., 2016; Martínez-Rodríguez et al., 2020; Zullo & Ness, 2009). La *scoping review* profundizó en cómo el deterioro del entorno laboral desencadena agotamiento y estrés profesional e impacta en el desarrollo de la disciplina y la práctica enfermera (Acea-López et al., 2021; Burke et al., 2015; De Troyer & Verdoot, 2015; European Federation of Nurses Associations, 2012; Gonçalves et al., 2015; Wisniewski et al., 2015). Este impacto, por un lado, afecta al bienestar emocional y físico de las enfermeras, lo que repercute en el establecimiento de relaciones terapéuticas óptimas y en su práctica diaria. Por otro, puede impactar en la construcción de su conocimiento (Martínez-Rodríguez et al., 2020).

Las enfermeras participantes en la investigación mixta (tanto en los cuestionarios como en las entrevistas) percibieron tener una carga de trabajo excesiva y limitaciones de

tiempo para atender a sus pacientes. Sintieron que estas condiciones afectaban tanto a la atención que ofrecían como a su salud física y mental (Martínez-Rodríguez et al., 2023). No se escapa que el entorno laboral del SSC ha empeorado tras las medidas de austeridad (Legido-Quigley et al., 2013; Martínez et al., 2016). Los centros de APC vieron restringidos sus horarios de atención, aumentaron las cargas de trabajo y disminuyeron profesionales (Martínez et al., 2016). De forma inevitable, esto impactó negativamente sobre las enfermeras. En un estudio realizado en la provincia de Barcelona por Granero-Lázaro et al. (2017) las enfermeras del SSC señalaron que a partir de la crisis habían experimentado, entre otras cuestiones, un aumento de sus horas de trabajo, de la ratio de pacientes y de la precariedad laboral (Granero-Lázaro et al., 2017). El agotamiento en las enfermeras, derivado de excesivas cargas de trabajo, ha aumentado exponencialmente en los últimos años (Baranda, 2017; Chen & Meier, 2021). En 2017, un informe de la Fundación Galatea y el *Col·legi Oficial d'Infermeres i infermers de Barcelona* (COIB) concluyó que las condiciones de trabajo de la enfermería están marcadas por cargas de trabajo elevadas y horarios variables que dificultan no sólo la conciliación familiar y social sino también la consecución de hábitos de vida saludables. Las enfermeras reportan peores indicadores de salud que otros colectivos sanitarios (Baranda, 2017). El agotamiento de la enfermera se asocia, también, con un empeoramiento en la calidad de la atención y una menor satisfacción de los pacientes (Burke et al., 2012; Jun et al., 2021). En dos estudios realizados en la Atención Primaria en Lleida (Catalunya), encontraron que el agotamiento enfermero se asociaba con una menor empatía (Yuguero et al., 2017) y que un exceso de agotamiento y una menor empatía se asociaba con una menor calidad ofrecida a los pacientes (Yuguero et al., 2018). En definitiva, empeorar las condiciones laborales conduce a un agotamiento de la enfermería que puede suponer un obstáculo para el establecimiento de relaciones terapéuticas adecuadas (Martínez-Rodríguez et al., 2020).

La revisión sistemática exploratoria de esta tesis abordó cómo estas condiciones podían impactar en el desarrollo de los patrones de conocimiento, especialmente, los patrones básicos personal y estético (Martínez-Rodríguez et al., 2020). Se sabe que los conocimientos empírico y ético se pueden enseñar fácilmente a nivel teórico (Lee et al., 2017). Sin embargo, los patrones personal y estético emergen directamente de la reflexión

sobre la experiencia práctica y del establecimiento de relaciones terapéuticas (Heath, 1998; Morrison & Symes, 2011; Vaughan, 2014). Debido a la naturaleza de su trabajo, las enfermeras necesitan espacios de reflexión sobre su práctica, sobre las experiencias propias y las de otros profesionales (Van der Heijden et al., 2019). Los entornos laborales con sobrecarga de trabajo, alta rotación de personal y limitaciones de tiempo dificultan tanto el establecimiento de buenas relaciones terapéuticas como la creación de espacios para que los profesionales reflexionen (Martínez-Rodríguez et al., 2020).

En esta tesis, las enfermeras que respondieron el cuestionario *ad-hoc* reportaron que las limitaciones de tiempo y las cargas excesivas habían tenido un impacto negativo en el desarrollo de sus patrones personal y estético. La sobrecarga, al parecer, no solo disminuía el tiempo de autorreflexión crítica sobre su propio desempeño y práctica, sino que también mermaba la capacidad de organizar sus cuidados, limitando así su conocimiento estético. Las enfermeras sintieron, asimismo, que las presiones laborales les impedían entender y conectar con la experiencia del paciente o establecer y desarrollar relaciones terapéuticas profundas y significativas. Estas condiciones limitaron el desarrollo del conocimiento personal (Martínez-Rodríguez et al., 2023). En este sentido, en un estudio sobre enfermeras que ofrecen atención a domicilio en Reino Unido identificaron cambios significativos en la práctica enfermera como resultado de las transformaciones del sistema de salud. Anteriormente, la atención se enfocaba en los patrones estético y personal, dando prioridad a las relaciones individuales y al entendimiento humano. Sin embargo, con el tiempo y con las transformaciones del sistema de salud, esta perspectiva pareció cambiar, dando paso a un enfoque más empírico, basado en datos, técnicas y protocolos establecidos (Speed & Luker, 2004).

6.3 El conocimiento enfermero como estrategia para superar las barreras de la mercantilización del sistema de salud

La revisión sistemática exploratoria realizada en el marco de esta tesis postuló que las enfermeras utilizan en sinergia los patrones de conocimiento contextuales - organizacional, socio-político y emancipador- para enfrentar las presiones laborales derivadas de la mercantilización y las medidas de austeridad. Por un lado, al conocer en profundidad la organización donde ejercen, sus recursos, los mecanismos burocráticos y

la estructura general del sistema de salud, las enfermeras adquieren conocimiento organizacional. Por otro, tener una comprensión amplia de los contextos y circunstancias sociales en las que se insertan sus pacientes les proporciona el desarrollo del conocimiento socio-político. Ambos conocimientos brindan a las enfermeras herramientas esenciales de adaptación a distintas realidades, permitiéndoles maximizar los recursos disponibles y optimizar sus cuidados a pesar de las limitaciones -conocimiento emancipador- (Martínez-Rodríguez et al., 2020).

Las entrevistas en profundidad realizadas en el estudio mixto aportan evidencia reveladora sobre el uso del conocimiento enfermero en este sentido. Las condiciones laborales deterioradas parecieron alentar a las enfermeras a utilizar diversas estrategias demostrando el uso de sus patrones de conocimiento. Para enfrentar el problema de las cargas excesivas y los tiempos limitados, las enfermeras entrevistadas no sólo utilizaron los patrones de conocimiento contextual, sino también los patrones de conocimiento básicos estético y personal. El conocimiento estético se expresa al diseñar un cuidado individual y holístico de forma creativa, entendiendo y conectando empáticamente con las personas cuidadas (Archibald, 2012; Fawcett et al., 2001; Porter, 2010). Las enfermeras entrevistadas utilizaron este conocimiento para poder organizar mejor su atención y lidiar de alguna forma con las limitaciones de tiempo en una consulta. Cuando el tiempo de atención en una consulta resulta corto, las enfermeras optimizan el cuidado en función de las características y necesidades individuales de sus pacientes, reprograman nuevas visitas en pocos días para pacientes que requieren de un seguimiento más estrecho o planifican visitas aisladas de más duración para procedimientos o actividades específicas. Muestran así una forma de organizarse en función de las individualidades que expresa su conocimiento estético (Martínez-Rodríguez et al., 2023).

Se observa que las enfermeras utilizan el conocimiento estético en combinación con el patrón personal, también para lidiar de alguna forma con las limitaciones de tiempo. El patrón personal se expresa al establecer relaciones terapéuticas estables (Fawcett et al., 2001), representa la calidad de estas relaciones, ayuda a enfrentar situaciones difíciles (Thorne, 2020) y se desarrolla al reflexionar sobre las experiencias propias y de otros (Carnago & Mast, 2015; Duff Cloutier et al., 2007). La calidad de las relaciones enfermera-paciente, además, predicen el éxito en las decisiones clínicas de enfermería

(Jenks, 1993). Las enfermeras entrevistadas, sobre todo aquellas con una asignación estable de pacientes, a los que conocen íntimamente y con los que han establecido una relación terapéutica óptima, organizan mejor su cuidado, expresando así sus conocimientos estético y personal de mejor forma. Asimismo, describen, por ejemplo, cómo optimizan el tiempo de consulta, abordando temas que, aunque no están directamente relacionados con el motivo principal de la visita, la enfermera sabe que son relevantes para la persona. Además, aprovechan el momento de una técnica enfermera (curar una herida o tomar una tensión) para establecer relaciones, para conocer mejor a sus pacientes, y sus familias, para explorar sus hábitos en salud o para indagar en las cuestiones que les preocupan a los pacientes con respecto a la salud (Martínez-Rodríguez et al., 2023). De forma similar, en un estudio realizado por Welsh & Lusher (2022) sobre el manejo de heridas por enfermeras, mostraron que estas profesionales expresaban su conocimiento estético principalmente durante la técnica, aplicando la creatividad para establecer relaciones terapéuticas con sus pacientes. Además, se observó que el patrón de conocimiento personal era el más prevalente en el manejo de heridas, por encima del empírico. Este conocimiento se reflejaba en la capacidad de las enfermeras para discernir cuándo actuar de manera profesional más allá de la técnica de la cura en sí misma (Welsh & Lusher, 2022). Otro estudio realizado sobre enfermeras pediátricas destacó cómo las profesionales más expertas enfatizaron las competencias relacionadas con los conocimientos estético y personal (Lee et al., 2017).

Las enfermeras que se entrevistaron reconocen también la necesidad de desarrollar el conocimiento socio-político. Reportan que el conocimiento que tienen sobre el contexto familiar y cultural de sus pacientes les permite adaptar los cuidados ofrecidos (Martínez-Rodríguez et al., 2023). Resulta esencial conocer la cultura de las personas cuidadas y sus creencias sobre la salud y la enfermedad (M. M. Leininger, 1999; White, 1995). El conocimiento socio-político prepara a las enfermeras para ofrecer cuidados culturalmente competentes (M. M. Leininger, 1999); es decir, en coherencia con la cultura de la persona que los recibe. Además, este conocimiento socio-político ayuda también a entender cómo los factores personales, sociales, educativos y económicos interfieren, facilitan o dificultan la relación de cuidados o incluso la asistencia de la persona al centro de salud (Carnago & Mast, 2015; Martínez-Rodríguez et al., 2020). En las entrevistas en

profundidad se resalta que las enfermeras pueden utilizar el conocimiento socio-político para adaptar las citas con sus pacientes, siendo coherentes con los conocimientos que tienen sobre sus contextos familiares, laborales y sociales. Al considerar el conocimiento socio-político de sus pacientes para brindar una atención equitativa, demuestran también conocimiento emancipador (Martínez-Rodríguez et al., 2023). El conocimiento emancipador se evidencia cuando las enfermeras toman conciencia de las limitaciones y barreras en su práctica y trabajan por ofrecer equidad en la prestación de servicios (Kagan et al., 2016; Welsh & Lusher, 2022).

Tanto el conocimiento emancipador como el socio-político surgen, en gran medida, del conocimiento organizacional (Terry et al., 2017). De hecho, la *scoping review* de esta tesis destacó que, especialmente en los entornos mercantilizados, el conocimiento organizacional constituía el punto de partida para la construcción y desarrollo de los otros dos patrones de conocimiento contextuales (Martínez-Rodríguez et al., 2020). Las enfermeras entrevistadas en profundidad reportan cómo el conocimiento sobre la organización en la que trabajan les permite gestionar mejor sus agendas, sortear la falta de tiempo en consulta, ajustar las visitas y hasta justificar el tiempo extra que dedican a los pacientes que más lo necesitan (Martínez-Rodríguez et al., 2023). El conocimiento organizacional de las enfermeras está fuertemente influenciado por la dinámica interna de la organización a nivel micro (Terry et al., 2017). A través de las entrevistas realizadas en la investigación de diseño mixto, se observa que las enfermeras despliegan de manera más efectiva sus habilidades organizacionales cuando reciben retroalimentación positiva de su entidad. Esta expresión del conocimiento organizacional se intensifica cuando las enfermeras se involucran activamente en su organización para enriquecer su práctica profesional y sentirse integradas en ella (Martínez-Rodríguez et al., 2020). Aquellas enfermeras que se sienten respaldadas y valoradas, y que perciben oportunidades para influir en decisiones y cambios en su entorno laboral, tienden a utilizar más eficazmente su conocimiento organizacional. Sin embargo, también hay enfermeras insatisfechas con la gestión y estructura de su lugar de trabajo, quienes sienten que no pueden desplegar adecuadamente sus capacidades organizacionales y emancipadoras (Martínez-Rodríguez et al., 2023).

Una cuestión que resulta controvertida derivada de las entrevistas en profundidad es la manera en cómo algunas enfermeras optimizan el tiempo de cuidados. Incluso si algunas estrategias fueran expresiones o desarrollos del conocimiento de enfermería (Martínez-Rodríguez et al., 2023). En ocasiones, las enfermeras renuncian a sus descansos en horario laboral o refieren trabajar horas extras no remuneradas porque tienen conciencia profesional y reconocen la realidad y las necesidades de las personas que atienden. Estas expresiones pueden leerse como conocimiento estético, personal y emancipador -en la búsqueda por la equidad- pero pueden suponer un riesgo a largo plazo. Las enfermeras a veces expresaron patrones de conocimiento a expensas de estrategias que podrían conducir a una mayor sobrecarga laboral para ellas y, en consecuencia, a más agotamiento profesional.

Las entrevistas en profundidad revelan la característica integral de la práctica enfermera. Los patrones de conocimiento se generan y expresan conjuntamente. Es común que las enfermeras incorporen y combinen varios patrones en su práctica diaria (Guadron, 2008), lo que les permite ofrecer una atención más completa y adaptada a las necesidades individuales (Carnago & Mast, 2015; Forough Raffi et al., 2021). La esencia de la praxis en enfermería reside en la capacidad de aplicar, en un momento dado, los patrones que sean necesarios para adaptar situaciones cambiantes, tomar decisiones informadas y brindar una atención que va más allá de lo técnico (Lee et al., 2017; Welsh & Lusher, 2022). El conocimiento enfermero no se limita a lo aprendido en libros o aulas, sino que se construye y se enriquece constantemente en la interacción con el paciente, en la reflexión diaria y el entorno de trabajo (Lee et al., 2017).

Por último, es de destacar que los resultados en los cuestionarios y las entrevistas en profundidad, no muestran diferencias en la construcción del conocimiento y las percepciones de las enfermeras entre los diferentes modelos de gestión del SSC. La heterogeneidad de los centros del SSC tiene como denominador común la mercantilización (Martínez et al., 2016), por lo que los resultados deberían aplicarse a todo el conjunto del sistema y no a la gestión específica de cada centro. Parece que los factores organizativos a nivel del centro están más relacionados con la gestión de los líderes que con el modelo de gestión del propio centro (Martínez-Rodríguez et al., 2023). Cabe señalar que al igual que hubo diferencias en el número de ratios de pacientes

asignados en los diferentes modelos de gestión, también los hubo en las características socio-económicas de las poblaciones atendidas, aunque el análisis no reveló diferencias significativas al respecto (Martínez-Rodríguez et al., 2023).

6.4 Retos e implicaciones para el futuro de la práctica y la disciplina enfermera en APC

La literatura destaca la importancia de la longitudinalidad y la integralidad para garantizar una Atención Primaria de calidad (Starfield, 2012; Starfield et al., 2005). Por longitudinalidad se entiende la continuidad en la relación profesional-paciente a lo largo del tiempo, mientras que la integralidad es ofrecer atención holística que cubra las múltiples facetas de salud y bienestar de la persona. En este punto, las enfermeras de APC son una pieza clave ya que contribuyen de manera decisiva a la coordinación, la integralidad y la continuidad a los cuidados, mejorando la calidad y reduciendo la fragmentación de la atención (Corrales-Nevado & Palomo-Cobos, 2014).

Tanto en las entrevistas en profundidad como en los cuestionarios se observa que las enfermeras de APC de plantilla fija suelen tener un contingente estable de pacientes; por lo que tienen más oportunidad de construir una relación terapéutica sólida a lo largo de varios años. Estas profesionales están profundamente familiarizadas con sus pacientes, sus entornos familiares y sociales, lo que les permite organizar el cuidado basado en ese entendimiento profundo (Martínez-Rodríguez et al., 2023), potenciando la creación de un sólido vínculo de confianza (Baratieri et al., 2012). La longitudinalidad, además, permite a las enfermeras expresar mejor sus patrones de conocimiento estético, socio-político y personal. Cuanto más estable sea el contingente de pacientes de la enfermera, más podrán desarrollar y expresar sus conocimientos (Martínez-Rodríguez et al., 2023).

El establecimiento de la longitudinalidad y la integralidad en la APC se ve significativamente restringido por factores como las sobrecargas laborales y la falta de profesionales (Paula et al., 2015). Como ya se ha visto, tanto las enfermeras entrevistadas como las enfermeras encuestadas indican que se enfrentan a altas cargas laborales que pueden inducir a su agotamiento. Además, algunas de las estrategias que adoptan para manejar estas cargas pueden incrementar aún más su desgaste profesional (Martínez-

Rodríguez et al., 2023). La evidencia ha señalado que las enfermeras de Atención Primaria constituyen un grupo de riesgo elevado de agotamiento profesional (Monsalve-Reyes et al., 2018). Asimismo, se ha demostrado que una carga laboral incrementada en enfermería se asocia a mayor agotamiento, reducción de la calidad asistencial y aumento en la comisión de errores. Este peso adicional repercute negativamente en la salud y el bienestar de las enfermeras (Pérez-Francisco et al., 2020).

Por tanto, para garantizar una atención de alta calidad, es fundamental adoptar medidas que mejoren las condiciones laborales de las enfermeras (Llop-Gironés et al., 2021) con un fortalecido respaldo institucional (Pérez-Francisco et al., 2020) y una reorientación de la atención de enfermería hacia una perspectiva más integradora y holística, desde el punto de vista de la institución (Carryer et al., 2015). Las enfermeras deberían tener un papel protagonista en la concepción, desarrollo e implementación de estrategias y soluciones que aborden estos desafíos, asegurando así un sistema de salud más equitativo y eficiente (Agarwal et al., 2020; Jun et al., 2021; Van der Heijden et al., 2019). Las enfermeras de APC, a veces se enfrentan a un dilema entre la *vocación* en su trabajo y la presión de cargas laborales excesivas (Granero-Lázaro et al., 2017); por este motivo, creen que merecen más reconocimiento, más inversión y un mejor trato por parte de las instituciones públicas (Martínez-Rodríguez et al., 2023).

6.5 Limitaciones

Esta parece ser la primera investigación que aborda la pregunta de cómo las enfermeras desarrollan su práctica y sus conocimientos en entornos mercantilizados. Y si bien puede considerarse una investigación innovadora que destaca desafíos importantes para la práctica y la disciplina de la enfermería, cuenta con una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta.

El impacto de la crisis económica puede haber influenciado de manera notoria los dos primeros artículos derivados de la tesis. Existe la posibilidad de que las conclusiones en esos artículos estén más influenciadas por las medidas de austeridad postcrisis económica que por la estructura mercantil del SSC. Aunque son muchos los autores que vinculan mercantilización y austeridad, la precariedad laboral y otros aspectos descritos

podrían ser más consecuencia de los recortes presupuestarios que de la naturaleza mercantil del sistema. Por otro lado, el tercer artículo fue concebido y realizado en el contexto posterior a la pandemia de COVID-19, por lo que la satisfacción laboral y ciertas situaciones de sobrecarga podrían estar vinculadas a una situación postpandémica, cuyos efectos aún perduran. Es importante subrayar cómo la APC se ha visto afectada en esta crisis al ser la primera línea de respuesta.

Desde la perspectiva metodológica, es esencial analizar con detenimiento algunos aspectos. El enfoque adoptado en el primer artículo corresponde a una revisión narrativa. Aunque esta metodología resulta ser muy útil para trazar y describir la evolución histórica del SSC, no está exenta de limitaciones. Una de las principales radica en la posible selección sesgada de la literatura y, en consecuencia, una interpretación igualmente sesgada en la síntesis de los datos. Es esencial comprender que, a pesar de estas interpretaciones, lo que se ha intentado es ofrecer una representación detallada de la evolución del SSC, destacando el carácter mixto del mismo.

El segundo artículo, por su parte, adopta una *scoping review* o revisión sistemática exploratoria. Hasta el momento de esta investigación, la literatura científica carecía de exploraciones que vinculasen los contextos mercantilizados y la construcción del conocimiento enfermero. Esta revisión ha supuesto un primer acercamiento a la cuestión. Ha proporcionado aportes que han sido cruciales para la elaboración y desarrollo del tercer artículo. No obstante, es importante subrayar que las revisiones de este tipo pueden estar sujetas a un sesgo en la selección de literatura. Además, no brindan respuestas concretas o definitivas a los interrogantes planteados, sino que más bien iluminan áreas donde la evidencia es clara y áreas donde es limitada o escasa.

En cuanto al tercer artículo, cabe mencionar varios aspectos: para garantizar la validez del contenido del cuestionario *ad-hoc*, se recurrió a expertos en enfermería que accedieron voluntariamente. Este criterio de selección, basado en la disposición a participar, podría haber sesgado su validación. De forma similar, la modalidad de contacto para las enfermeras participantes se realizó mediante correo electrónico, y todas fueron voluntarias. Esta metodología podría introducir también un sesgo, pues podrían inclinarse a participar aquellas enfermeras con opiniones fuertemente positivas o negativas sobre el

SSC. Además, aunque la población de los cuestionarios abarcó toda Catalunya, las enfermeras entrevistadas provinieron específicamente de la APC en Barcelona. Aproximadamente treinta centros colaboraron en los cuestionarios, y las entrevistas abarcaron a nueve centros diferentes. Se recomienda, por tanto, interpretar y extrapolar los resultados con cautela. Existe la convicción de que las percepciones y sentimientos compartidos por las enfermeras podrían ser un fiel reflejo de la opinión de muchas otras profesionales del SSC, incluyendo aquellas en atención especializada. Sin embargo, la utilización de otras metodologías cualitativas como la observación participante podrían captar de manera más completa la experiencia de las enfermeras en los entornos mercantilizados.

En resumen, si bien la investigación aporta valiosa información sobre cómo las enfermeras pueden desarrollar su práctica y sus conocimientos en los entornos mercantilizados, es esencial considerar las limitaciones y los posibles sesgos al interpretar y extrapolar los hallazgos de esta tesis.

6.6 Nuevas líneas de investigación

Esta investigación se ha centrado principalmente en la práctica enfermera; aunque las cuestiones relativas a la investigación o a la oportunidad de la enfermería de expandir sus conocimientos en entornos mercantilizados no se ha abordado específicamente. Las investigaciones futuras en el ámbito de la práctica enfermera en entornos mercantilizados podrían explorar temas como la promoción de la investigación en enfermería, el impacto de la investigación en la calidad de la atención, la disponibilidad de recursos y apoyo a la investigación, la colaboración interdisciplinaria o el efecto de las políticas de salud y regulaciones en la investigación enfermera.

CONCLUSIONES

7. Conclusiones

(1) El Sistema de Salud Catalán (SSC) así como la Atención Primaria y Comunitaria (APC) en Catalunya operan predominantemente bajo una lógica mercantil con elementos de privatización derivados.

(2) Las condiciones de mercantilización y privatización del SSC y de la APC se han intensificado tras las crisis económicas y las subsecuentes medidas de austeridad.

(3) Los elementos mercantilizadores y las medidas de austeridad pueden impactar negativamente en el desarrollo de la práctica y la disciplina enfermera, así como en la construcción y expresión de los patrones de conocimiento.

(4) Las enfermeras expertas pueden ser capaces de utilizar los patrones de conocimiento contextual -socio-político, organizacional y emancipador- como mecanismos para adaptarse al contexto mercantilizado y a las medidas de austeridad.

(5) En su práctica diaria, las enfermeras de APC utilizan una combinación de patrones de conocimiento de forma integral e integrada.

(6) Las enfermeras expertas en APC utilizan los patrones de conocimiento contextuales, así como los patrones básicos personal y estético para superar las cargas de trabajo excesivas y los tiempos limitados de atención. Sin embargo, algunos abordajes pueden conducir a una mayor sobrecarga y agotamiento profesional.

(7) No hay diferencias en la construcción del conocimiento enfermero, el desarrollo de la práctica y las percepciones de las enfermeras entre los diferentes modelos de gestión del SSC.

(8) Para mejorar la calidad del cuidado y atención a la población, las agencias públicas deben considerar la complejidad de la práctica enfermera y mejorar las condiciones laborales de las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

8. Bibliografía

- Acea-López, L., Pastor-Bravo, M. D. M., Rubinat-Arnaldo, E., Bellon, F., Blanco-Blanco, J., Gea-Sánchez, M., & Briones-Vozmediano, E. (2021). Burnout and job satisfaction among nurses in three Spanish regions. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 2208-2215. <https://doi.org/10.1111/jonm.13376>
- Agarwal, S. D., Pabo, E., Rozenblum, R., & Sherritt, K. M. (2020). Professional Dissonance and Burnout in Primary Care: A Qualitative Study. *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 395. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6326>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Albrecht, T. (2009). Privatization processes in health care in Europe—A move in the right direction, a «trendy» option, or a step back? *The European Journal of Public Health*, 19(5), 448-450. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp146>
- André, C., Batifoulier, P., & Jansen-Ferreira, M. (2016). Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification: Health care privatization processes in Europe. *International Social Security Review*, 69(1), 3-23. <https://doi.org/10.1111/issr.12092>
- Archibald, M. M. (2012). The holism of aesthetic knowing in nursing: The Holism of Aesthetic Knowing. *Nursing Philosophy*, 13(3), 179-188. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00542.x>
- Azad Armaki, T., Koosheshi, M., & Parvaei, S. (2021). Critical Approach to Commodification of health and exclusion of the poor elderly. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 10(1), 175-212. <https://doi.org/10.22059/jisr.2020.279953.857>

- Ballart, X., Ferraioli, F., & Iruela, A. (2023). Carga administrativa, motivación y bienestar entre médicos de atención primaria. Comparación entre modelos de gestión. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102306. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102306>
- Ballart, X., & Galais, C. (2019). ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña. *Atención Primaria*, 51(10), 610-616. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.006>
- Bambra, C., Garthwaite, K., & Hunter, D. (2014). All Things Being Equal: Does it Matter for Equity How You Organize and Pay for Health Care? A Review of the International Evidence. *International Journal of Health Services*, 44(3), 457-477. <https://doi.org/10.2190/HS.44.3.c>
- Baranda, L. (2017). *Salut, estils de vida i condicions de treball de les Infermeres i Infermers de Catalunya*. <https://www.consellinfermeres.cat/ca/documents-categoria/salut-estils-de-vida-i-condicions-de-treball-de-les-infermeres-i-infermers-de-catalunya/>
- Baratieri, T., Mandu, E. N. T., & Marcon, S. S. (2012). Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: Relatos da experiência profissional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1260-1267. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500031>
- Baum, F., Freeman, T., Sanders, D., Labonté, R., Lawless, A., & Javanparast, S. (2016). Comprehensive primary health care under neo-liberalism in Australia. *Social Science & Medicine*, 168, 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.005>
- Bayona Huguet, X., Romano Sánchez, J., & Peris Grao, A. (2019). [Primary health care teams management models according to the supplier and the effects on its dynamics in Catalonia]. *Revista Espanola De Salud Publica*, 93, e201901001.
- Benach, J. (2012). *La sanidad está en venta: Y también nuestra salud*. Icaria.
- Benner, P. E., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley Pub. Co.
- Bernal-Delgado, E., Garcia-Armesto, S., Oliva, J., Sanchez Martinez, F. I., Repullo, J. R., Pena-Longobardo, L. M., Ridao-Lopez, M., & Hernandez-Quevedo, C. (2018). Spain: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 20(2), 1-179.

- Bohigas, L. (2021). How self-government in Catalonia has integrated private not for profit care in the public healthcare service. *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6(1), 263-280. <https://doi.org/10.1344/jesb2021.1.j089>
- Bosch, X., Moreno, P., & López-Soto, A. (2014). The Painful Effects of the Financial Crisis on Spanish Health Care. *International Journal of Health Services*, 44(1), 25-51.
- Burke, R. J., Moodie, S., Dolan, S. L., & Fiksenbaum, L. (2012). *Job Demands, Social Support, Work Satisfaction and Psychological Well-Being Among Nurses in Spain* (SSRN Scholarly Paper 2117051). <https://doi.org/10.2139/ssrn.2117051>
- Burke, R. J., Ng, E. S. W., & Wolpin, J. (2015). Economic austerity and healthcare restructuring: Correlates and consequences of nursing job insecurity. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(5), 640-656. <https://doi.org/10.1080/09585192.2014.921634>
- Caja López, C. (2011). Atención primaria en España y Cataluña: Una perspectiva desde la enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(spe2), 1722-1730. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800015>
- Camp, L., Vilaseca, J., Benavent, J., & Davins, J. (2011). La autonomía de gestión de los equipos de Atención Primaria en Cataluña. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(5), 325-326. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.02.009>
- Carnago, L., & Mast, M. (2015). Using Ways of Knowing to Guide Emergency Nursing Practice. *Journal of Emergency Nursing*, 41(5), 387-390. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.011>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing: *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Carryer, J., Halcomb, E., & Davidson, P. M. (2015). Nursing: The answer to the primary health care dilemma. *Collegian*, 22(2), 151-152. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.05.001>
- Castaño, J. H. O. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: Reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1352-1357. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
- Chee, H. L. (2007). *Medical Tourism in Malaysia: International Movement of Healthcare Consumers and the Commodification of Healthcare* (SSRN Scholarly Paper 1317163). <https://doi.org/10.2139/ssrn.1317163>

- Chen, C., & Meier, S. T. (2021). Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *124*, 104099. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104099>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8th ed). Mosby/Elsevier.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (Tenth edition). Elsevier, Inc.
- Christiansen, I. (2017). Commodification of Healthcare and its Consequences. *World Review of Political Economy*, *8*(1). <https://doi.org/10.13169/worlrevipoliecon.8.1.0082>
- Colins, S. R., Rasmussen, P. W., Beutel, S., & Doty, M. M. (2015). The Problem of Underinsurance and How Rising Deductibles Will Make It Worse. *Commonwealth Fund Pub*, *13*. <https://doi.org/10.26099/6d6x-ez06>
- Consorti Sanitari i Social de Catalunya (CSSC). (2021). *Análisis de la evolución de la titularidad jurídica de los hospitales en Cataluña*. <http://www.consorti.org/actualitat/es-noticies/770/analisis-de-la-evolucion-de-la-titularidad-juridica-de-los-hospitales-en-cataluna>
- Corrales-Nevado, D., & Palomo-Cobos, L. (2014). La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería Clínica*, *24*(1), 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.08.006>
- Correia, T., Dussault, G., & Pontes, C. (2015). The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*, *119*(12), 1600-1605. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.009>
- Costa, M. F. B. N. A. D., Andrade, S. R. D., Soares, C. F., Pérez, E. I. B., Tomás, S. C., & Bernardino, E. (2019). The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *53*, e03477. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>
- De Troyer, M., & Verdoot, C. (2015). The nursing world at tipping point. Special Report. *Hesamag #11*, 10-34.
- De Vries, M., & Nemeč, J. (2013). Public sector reform: An overview of recent literature and research on NPM and alternative paths. *International Journal of Public Sector Management*, *26*(1), 4-16. <https://doi.org/10.1108/09513551311293408>

- Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.* (2013).
<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Duff Cloutier, J., Duncan, C., & Hill Bailey, P. (2007). Locating Carper's Aesthetic Pattern of Knowing within Contemporary Nursing Evidence, Praxis and Theory. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1). <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1312>
- Dusheiko, M., Gravelle, H., Jacobs, R., & Smith, P. (2006). The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 25(3), 449-478. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.08.001>
- European Federation of Nurses Associations. (2012). *Caring in Crisis: The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. A Comparative Overview of 34 European Countries.*
<http://www.efnweb.org/version1/en/documents/EFNReportontheImpactoftheFinancialCrisisonNursesandNursing-January2012.pdf>
- Farris, S. R., & Marchetti, S. (2017). From the Commodification to the Corporatization of Care: European Perspectives and Debates. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 24(2), 109-131. <https://doi.org/10.1093/sp/jxx003>
- Fawcett, J. (2002). The Nurse Theorists: 21st-Century Updates—Madeleine M. Leininger. *Nursing Science Quarterly*, 15(2), 131-136. <https://doi.org/10.1177/08943180222108787>
- Fawcett, J., & Garity, J. (2009). *Evaluating research for evidence-based nursing practice.* F.A. Davis.
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-119. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x>
- Ferreira, D., & Marques, R. C. (2015). Did the corporatization of Portuguese hospitals significantly change their productivity? *The European Journal of Health Economics*, 16(3), 289-303. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0574-8>
- Ferreira, M. R. J., & Mendes, A. N. (2018). Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2159-2170. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.12972018>

- Filc, D., Rasooly, A., & Davidovitch, N. (2020). From public vs. private to public/private mix in healthcare: Lessons from the Israeli and the Spanish cases. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00391-4>
- Flecker, J., & Hermann, C. (2011). The liberalization of public services: Company reactions and consequences for employment and working conditions. *Economic and Industrial Democracy*, 32(3), 523-544. <https://doi.org/10.1177/0143831X10389201>
- Forough Rafii, Alireza Nikbakht Nasrabadi, & Fereshteh Javaheri Tehrani. (2021). How Nurses Apply Patterns of Knowing in Clinical Practice: A Grounded Theory Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(1). <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i1.16>
- Gallego, R. (2000). *Tipus d'agències i estructures pressupostàries: Anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana (BR04/2000.)*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- García Sánchez, I. M. (2007). La nueva gestión pública: Evolución y tendencias. *Presupuesto y gasto público*, 47, 37-64.
- Gené, J. (2010). Las Entidades de Base Asociativa: Una innovación del siglo pasado que debe modernizarse. En *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate* (pp. 79-85).
- Gené-Badia, J., Gallo, P., Hernández-Quevedo, C., & García-Armesto, S. (2012). Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish? *Health Policy*, 106(1), 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.02.001>
- Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya., Pub. L. No. 11/1995 (1995). <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/>
- Generalitat de Catalunya. (2023). *Organització del Servei Català de Salut*. CatSalut. Servei Català de la Salut. <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/organitzacio/>
- Gómez-Liébana, J. A. (Ed.). (2017). *Se vende sanidad pública. Todo lo que deberías saber sobre la privatización, pero nadie quiere contarte*. Catarata. https://www.catarata.org/libro/se-vende-sanidad-publica_44461/, https://www.catarata.org/libro/se-vende-sanidad-publica_44461/

- Gonçalves, F. G. de A., Souza, N. V. D. de O., Zeitoune, R. C. G., Adame, G. F. P. L., & Nascimento, S. M. P. do. (2015). Impacts of neoliberalism on hospital nursing work. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 646-653. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000420014>
- Gonzalez-Holguera, J., Gaille, M., del Rio Carral, M., Steinberger, J., Marti, J., Bühler, N., Kaufmann, A., Chiapperino, L., Vicedo-Cabrera, A. M., Schwarz, J., Depoux, A., Panese, F., Chèvre, N., & Senn, N. (2022). Corrigendum: Translating planetary health principles into sustainable primary care services. *Frontiers in Public Health*, 10, 1075712. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1075712>
- Goodair, B., & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: An observational study of NHS privatisation. *The Lancet Public Health*, 7(7), e638-e646. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5)
- Grace, P. J., & Willis, D. G. (2012). Nursing responsibilities and social justice: An analysis in support of disciplinary goals. *Nursing Outlook*, 60(4), 198-207. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.11.004>
- Granero-Lázaro, A., Blanch-Ribas, J. M., Roldán-Merino, J. F., Torralbas-Ortega, J., & Escayola-Maranges, A. M. (2017). Crisis en el sector sanitario: Impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 27(3), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.005>
- Greer, I., & Doellgast, V. (2017). Marketization, inequality, and institutional change: Toward a new framework for comparative employment relations. *Journal of Industrial Relations*, 59(2), 192-208. <https://doi.org/10.1177/0022185616673685>
- Gross, A. (2013). Is There a Human Right to Private Health Care? *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(1), 138-146. <https://doi.org/10.1111/jlme.12010>
- Guadron, M. (2008). *Identification of patterns of knowing used by rural community health nurses in decision-making*.
- Guarga, A., Gil, M., Pasarín, M., Manzanera, R., Armengol, R., & Sintés, J. (2000). Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según formulas de gestión. *Atención Primaria*, 26(9), 600-606. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78731-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78731-2)

- Hämel, K., Toso, B. R. G. D. O., Casanova, A., & Giovanella, L. (2020). Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 303-314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>
- Heath, H. (1998). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 1054-1059. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00593.x>
- Hermann, C. (2021). *The critique of commodification: Contours of a post-capitalist society*. Oxford University Press.
- Huang, E. C.-H., Pu, C., Chou, Y.-J., & Huang, N. (2018). Public Trust in Physicians—Health Care Commodification as a Possible Deteriorating Factor: Cross-sectional Analysis of 23 Countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 004695801875917. <https://doi.org/10.1177/0046958018759174>
- Jackson, J. R., Clements, P. T., Averill, J. B., & Zimbro, K. (2009). Patterns of knowing: Proposing a theory for nursing leadership. *Nursing Economic\$,* 27(3), 149-159.
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, Pub. L. No. Ley 15/1997, BOE-A-1997-9021 13449 (1997). <https://www.boe.es/eli/es/l/1997/04/25/15>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal., (1999). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>
- Jenks, J. M. (1993). The Pattern of Personal Knowing in Nurse Clinical Decision Making. *Journal of Nursing Education*, 32(9), 399-405. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19931101-05>
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>
- Kagan, P. N., Smith, M. C., & Chinn, P. L. (Eds.). (2016). *Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis* (first issued in paperback). Routledge.
- Kaminska, M. E., & Wulfgramm, M. (2019). Universal or commodified healthcare? Linking out-of-pocket payments to income-related inequalities in unmet health needs in Europe. *Journal of European Social Policy*, 29(3), 345-360. <https://doi.org/10.1177/0958928718774261>

- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, *381*(9874), 1323-1331. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
- Kingsley, B. (2002). Patterns of knowing in professional practice in dealing with the abuse of older people. *Contemporary Nurse*, *12*(2), 136-143. <https://doi.org/10.5172/conu.12.2.136>
- Kinnersley, P. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting «same day» consultations in primary care. *BMJ*, *320*(7241), 1043-1048. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1043>
- Krachler, N. (2013). *How to Create the Conditions for a Healthcare Market: The Step-by-step Marketisation of the NHS in England .An Outline of Marketisation Processes in the English NHS On The Basis of Marketization Theory* (The Effects of Marketization on Societies: The case of Europe (TEMS)). University of Greenwich.
- Krachler, N., Greer, I., & Umney, C. (2022). Can Public Healthcare Afford Marketization? Market Principles, Mechanisms, and Effects in Five Health Systems. *Public Administration Review*, *82*(5), 876-886. <https://doi.org/10.1111/puar.13388>
- Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., & Aiken, L. H. (2009). Nursing: A Key To Patient Satisfaction: Patients' reports of satisfaction are higher in hospitals where nurses practice in better work environments or with more favorable patient-to-nurse ratios. *Health Affairs*, *28*(Supplement 3), w669-w677. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669>
- Labonté, R., & Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *70*(3), 312-318. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206295>
- Ledesma, A. (2005). Entidades de base asociativa: Un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, *3*(1), 73-81.
- Lee, H., Kim, A., Meong, A., & Seo, M. (2017). Pediatric nurse practitioners' clinical competencies and knowing patterns in nursing: Focus group interviews. *Contemporary Nurse*, *53*(5), 515-523. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1315827>

- Legido-Quigley, H., Otero, L., Parra, D. L., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*, *346*(jun13 1), f2363-f2363. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2363>
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, *13*(3), 189-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Leininger, M. M. (1999). What is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing*, *10*(1), 9-9. <https://doi.org/10.1177/104365969901000105>
- Leys, C. (2003). *Market-driven politics: Neoliberal democracy and the public interest*. Verso.
- Lindlbauer, I., Winter, V., & Schreyögg, J. (2016). Antecedents and Consequences of Corporatization: An Empirical Analysis of German Public Hospitals. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *26*(2), 309-326. <https://doi.org/10.1093/jopart/muv016>
- Llop-Gironés, A., Tarafa, G., & Benach, J. (2015). Personal de enfermería, condiciones de trabajo y su impacto en la salud. *Gaceta Sanitaria*, *29*(2), 155-156. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.005>
- Llop-Gironés, A., Vračar, A., Llop-Gironés, G., Benach, J., Angeli-Silva, L., Jaimez, L., Thapa, P., Bhatta, R., Mahindrakar, S., Bontempo Scavo, S., Nar Devi, S., Barria, S., Marcos Alonso, S., & Julià, M. (2021). Employment and working conditions of nurses: Where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic? *Human Resources for Health*, *19*(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00651-7>
- Maarse, H. (2006). The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *31*(5), 981-1014. <https://doi.org/10.1215/03616878-2006-014>
- Mackintosh, M., & Koivusalo, M. (Eds.). (2005). *Commercialization of Health Care*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9780230523616>
- Mackintosh, M., & Kovalev, S. (2006). Commercialisation, inequality and transition in health care: The policy challenges in developing and transitional countries. *Journal of International Development*, *18*(3), 387-391. <https://doi.org/10.1002/jid.1289>

- Martínez, A., Smith, K., Llop-Gironés, A., Vergara, M., & Benach, J. (2016). La mercantilización de la sanidad: El caso de Catalunya. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 335-355. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53460>
- Martínez, A., Vergara, M., Benach, J., & Tarafa, G. (2014). *Com comercien amb la teva salut privatització i mercantilització de la sanitat a Catalunya*. Icaria.
- Martínez Martín, M. L. (2007). 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educación Médica*, 10(2), 93-96.
- Martínez-Riera, J. R., & Carrasco Rodríguez, F. J. (2019). Family and community nursing, chronology of a specialty. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(6), 352-356. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2019.09.003>
- Martínez-Rodríguez, A., Martínez-Faneca, L., Casafont-Bullich, C., & Olivé-Ferrer, M. C. (2020). Construction of nursing knowledge in commodified contexts: A discussion paper. *Nursing Inquiry*, 27(2), e12336. <https://doi.org/10.1111/nin.12336>
- Martínez-Rodríguez, A., Martínez-Faneca, L., & Fabrellas, N. (2023). Construction of nursing knowledge in commodified contexts: Views and experiences of nurses regarding primary care. *Nursing Inquiry*, e12579. <https://doi.org/10.1111/nin.12579>
- Mateos Buendía, I. (2017). El modelo sanitario de la Región Lombardía (1995 - 2012): El sistema transformado. *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 4(2), 169-189. <https://doi.org/10.5209/CGAP.57917>
- Médicos del Mundo. (2017, noviembre 7). *Informe del Observatorio 2017*. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/informe-del-observatorio-2017>
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (Fifth edition). Wolters Kluwer.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, *19*(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>
- Morrison, S. M., & Symes, L. (2011). An Integrative Review of Expert Nursing Practice: Expert Nursing Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, *43*(2), 163-170. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01398.x>
- Mosebach, K. (2009). Commercializing German Hospital Care? Effects of New Public Management and Managed Care under Neoliberal Conditions - ProQuest. *German Policy Studies*, *5*(1), 65-98.
- Nandi, S., Vračar, A., & Pachauli, C. (2020). Resisting privatization and marketization of health care: People's Health Movement's experiences from India, Philippines and Europe. *Saúde em Debate*, *44*(spe1), 37-50. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020s103>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont report (1978). Disponible en: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmontreport-508c_FINAL.pdf
- O'Donnell, C., Burns, N., Dowrick, C., Lionis, C., & MacFarlane, A. (2013). Health-care access for migrants in Europe. *The Lancet*, *382*(9890), 393. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61666-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61666-9)
- Paek, B., Kim, J., Park, J., & Lee, H. (2019). Outsourcing Strategies of Established Firms and Sustainable Competitiveness: Medical Device Firms. *Sustainability*, *11*(17), 4550. <https://doi.org/10.3390/su11174550>
- Palomo, L., Gené-Badia, J., & Rodríguez-Sendín, J. J. (2012). La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, *26*, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.06.010>
- Pastor Gosálbez, I. (2008). La reforma del sector sanitario en Cataluña en los últimos 20 años. El caso de los servicios sanitarios hospitalarios de la Generalitat de Cataluña. *Revista Internacional de Organizaciones*, *0*(1), 54. <https://doi.org/10.17345/rio1.54-75>

- Paula, C. C. D., Silva, C. B. D., Nazário, E. G., Ferreira, T., Schimith, M. D., & Padoin, S. M. D. M. (2015). Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(4), 31084.
<https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.31084>
- Pellicelli, M. (2018). Gaining Flexibility and Innovation through Offshore Outsourcing. *Sustainability*, 10(5), 1672. <https://doi.org/10.3390/su10051672>
- Pérez-Francisco, D. H., Duarte-Clíments, G., Del Rosario-Melián, J. M., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M., & Sánchez-Gómez, M. B. (2020). Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare*, 8(1), 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010012>
- Pisano González, M. M., González Pisano, A. C., & Abad Bassols, A. (2019). Community and family nurse: Present keys, future challenges. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(6), 364-368. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2019.10.004>
- Planas-Campmany, C., Quintó, L., Icart-Isern, M. T., Calvo, E. M., & Ordi, J. (2016). Nursing contribution to the achievement of prioritized objectives in primary health care: A cross-sectional study. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 53-59.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv132>
- Pollock, A. M. (2016). Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos*. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 64, 5-50.
- Pollock, A. M., & Price, D. (2010). The private finance initiative: The gift that goes on taking. *BMJ*, 341(dec15 2), c7175-c7175. <https://doi.org/10.1136/bmj.c7175>
- Ponsà, J. A., Cutillas, S., Elías i Castells, À., Fustél, J., Lacasa, C., Olivet, M., Violán, C., Bañeres Amella, J., Ferrer, J., Orrego Villagrán, C., & Suñol Sala, R. (2003). Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. *Annals de Medicina*, 86(4), 169-174.
- Porter, S. (2010). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing: The Challenge of Evidence-Based Practice. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 3-14.
<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181c9d5eb>

- Porter, S., O'Halloran, P., & Morrow, E. (2011). Bringing Values Back Into Evidence-Based Nursing: The Role of Patients in Resisting Empiricism. *Advances in Nursing Science*, 34(2), 106-118. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31821690d9>
- Preker, A., & Harding, A. (2000). The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory. *World Bank*, 31.
- Prince, M. J., Dixon, J., & Hyde, M. (2002). The Marketization of Social Security. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*, 28(2), 329. <https://doi.org/10.2307/3552334>
- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). The challenge of corporatisation: The experience of Portuguese public hospitals. *The European Journal of Health Economics*, 11(4), 367-381. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0198-6>
- Repullo, J. R. (2008). Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(2), 83-87. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)70474-3](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)70474-3)
- Ruane, S. (2016). Mercado reforma y privatización en el Sistema Nacional de Salud inglés. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 263-291. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53457>
- Rylko-Bauer, B., & Farmer, P. (2002). Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 476-502. <https://doi.org/10.1525/maq.2002.16.4.476>
- Saltman, R. B. (2003). Melting public-private boundaries in European health systems. *The European Journal of Public Health*, 13(1), 24-29. <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.1.24>
- Saltman, R. B., Rico, A., & Boerma, W. G. W. (Eds.). (2006). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Open University Press.
- Sheaff, R., Charles, N., Mahon, A., Chambers, N., Morando, V., Exworthy, M., Byng, R., Mannion, R., & Llewellyn, S. (2015). *NHS commissioning practice and health system governance: A mixed-methods realistic evaluation*. NIHR Journals Library. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK284568/>
- Sheaff, R., Ellis-Paine, A., Exworthy, M., Hardwick, R., & Smith, C. Q. (2023). Commodification and healthcare in the third sector in England: From gift to commodity—and back? *Public Money & Management*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/09540962.2023.2244350>

- Souza, H. S. D., & Mendes, Á. N. (2016). Outsourcing and «dismantling» of steady jobs at hospitals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 286-294. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200015>
- Souza, N. V. D. D. O., Gonçalves, F. G. D. A., Pires, A. D. S., & David, H. M. S. L. (2017). Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 912-919. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0092>
- Speed, S., & Luker, K. A. (2004). Changes in patterns of knowing the patient: The case of British district nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41(8), 921-931. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.05.001>
- Stabile, M., & Thomson, S. (2014). The Changing Role of Government in Financing Health Care: An International Perspective. *Journal of Economic Literature*, 52(2), 480-518. <https://doi.org/10.1257/jel.52.2.480>
- Stan, S., & Erne, R. (2020). *Towards an Integrated European Healthcare Space?* [Working Paper]. University College Dublin. <https://researchrepository.ucd.ie/handle/10197/11713>
- Starfield, B. (2012). Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
- Starfield, B., & Plana Aspachs, J. (2001). *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E., & Smaldone, A. (2015). Quality of primary care by advanced practice nurses: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 396-404. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv054>
- Swift, A., & Twycross, A. (2020). Using ways of knowing in nursing to develop educational strategies that support knowledge mobilization. *Paediatric and Neonatal Pain*, 2(4), 139-147. <https://doi.org/10.1002/pne2.12037>

- Terry, L., Carr, G., & Curzio, J. (2017). Expert Nurses' Perceptions of the Relevance of Carper's Patterns of Knowing to Junior Nurses. *Advances in Nursing Science*, 40(1), 85-102. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000142>
- Thorne, S. (2020). Rethinking Carper's personal knowing for 21st century nursing. *Nursing Philosophy*, 21(4), e12307. <https://doi.org/10.1111/nup.12307>
- Turner, S., Lourenço, A., & Allen, P. (2016). Hybrids and professional communities: comparing IK reforms in healthcare, broadcasting and postal services. *Public Administration*, 94(3), 700-716. <https://doi.org/10.1111/padm.12256>
- Turner, S., & Wright, J. S. F. (2022). The corporatization of healthcare organizations internationally: A scoping review of processes, impacts, and mediators. *Public Administration*, 100(2), 308-323. <https://doi.org/10.1111/padm.12724>
- Van der Heijden, B., Brown Mahoney, C., & Xu, Y. (2019). Impact of Job Demands and Resources on Nurses' Burnout and Occupational Turnover Intention Towards an Age-Moderated Mediation Model for the Nursing Profession. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 2011. <https://doi.org/10.3390/ijerph16112011>
- Vaughan, B. (2014). How Experienced Practitioners Gain Knowledge. *Creative Nursing*, 20(1), 30-36. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.20.1.30>
- Vilaseca Llobet, J. M., Saura Lázaro, A., Kostov, B., & Sisó-Almirall, A. (2021). Modelos de gestión de la atención primaria en Cataluña: ¿que gane el mejor? *Revista Española de Salud Pública*, 8-8.
- Violan i Fors, C. (1999). New management approaches in primary care. New management proposals, why?. *Atencion Primaria*, 24(3), 123-125.
- Welsh, L., & Lusher, J. (2022). A reflexive thematic analysis of the patterns of knowing in wound management amongst specialist and generalist nurses. *Nursing Forum*, 57(3), 358-373. <https://doi.org/10.1111/nuf.12691>
- Wenzl, M., Naci, H., & Mossialos, E. (2017). Health policy in times of austerity—A conceptual framework for evaluating effects of policy on efficiency and equity illustrated with examples from Europe since 2008. *Health Policy*, 121(9), 947-954. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.005>

- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73.
- Wisniewski, D., Silva, E. S., Évora, Y. D. M., & Matsuda, L. M. (2015). The professional satisfaction of the nursing team vs. work conditions and relations: a relational study. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 850-858. <https://doi.org/10.1590/0104-070720150000110014>
- Yuguro, O., Melnick, E. R., Marsal, J. R., Esquerda, M., & Soler-Gonzalez, J. (2018). Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ Open*, 8(7), e020949. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020949>
- Yuguro, O., Ramon Marsal, J., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler-González, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *European Journal of General Practice*, 23(1), 4-10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>
- Zhang, C. W., & Yang, Y. (2023). Appraisal of regional hospital efficiency and healthcare quality in China: Impacts of subsidies and marketization. *Socio-Economic Planning Sciences*, 89, 101695. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2023.101695>
- Zullo, R., & Ness, I. (2009). Privatization and the Working Conditions of Health Care Support Staff. *International Journal of Public Administration*, 32(2), 152-165. <https://doi.org/10.1080/01900690802492121>

ANEXOS

9. Anexos

9.1 Capítulo de libro derivado de la tesis

Benach, J., Pericas, J. M., Llop Gironés, A., & Martínez, A. (2017). Les polítiques de salut:: orígens, contradiccions i reptes. En R. Gomà & J. Subirats, *Canvi d'època i de polítiques públiques a Catalunya*. (1a ed., pp. 114-123). Crític, Sccl.



Les polítiques de salut: orígens, contradiccions i reptes

**Joan Benach,
Juan M. Pericàs,
Alba Llop
i Ana Martínez²⁰**
Universitat Pompeu Fabra

#14

1. ORÍGENS. Quins són els trets fonamentals del sistema de salut a Catalunya?

El Sistema Català de Salut (SCS) té el seu origen el 1981, després que l'Estat espanyol completés les transferències sanitàries i l'IN-SALUD es transformés el 1983 en l'Institut Català de la Salut (ICS). Des del seu inici, el sistema de salut de Catalunya va posar l'accent en l'atenció curativa, i al costat de la xarxa transferida de centres públics hi haurà la de centres concertats, amb l'ICS com principal proveïdor i gestor de serveis sanitaris (el 77% de l'atenció primària i d'altres entitats, incloent-hi les privades amb ànim de lucre). Al mateix any es creà el Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC) (des del 2010, Consorci de Salut i Social de Catalunya, CSC), i el 1985

apareix la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), composta per hospitals de l'ICS, el CHC i la resta d'hospitals "semipúblics" o privats del sistema. Amb els anys, el sistema s'ha fet cada cop més complex i fragmentat, i han aparegut noves formes de gestió i molts trets mercantilitzadors i privatitzadors. Un moment cabdal fou l'aprovació el 1990 de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC). Un any més tard neix el Servei Català de la Salut (que a partir del 2001 s'anomenà CatSalut), amb funcions de finançament, avaluació i compra de serveis sanitaris, separant les funcions de finançament i provisió de serveis, i quedant la governança i la planificació per al Departament de Salut. El 1991 també es presentà el document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, on tot i parlar-se dels determinants de salut i esmentar el ministre de Salut i Benestar canadenc, Marc Lalonde, es va reafirmar el focus sanitari del sistema de salut. Un segon moment clau fou la reforma de la LOSC, el 1995, que oficialitzà la introducció de "l'ànim de lucre" en la gestió de la sanitat pública. Tot el complex conjunt de processos legals, socioeconòmics i polítics que s'han anat sobreposant han construït un sistema de salut que roman gairebé universal i amb un bon nivell general de qualitat, però també amb una mercantilització creixent, molt procliu als processos de corrupció i amb seriosos problemes i necessitats de salut pública sense cobrir. Val a dir que, amb l'excepció de la ciutat de Barcelona, el coneixement i l'acció política a Catalunya sobre els determinants socials associats a les desigualtats en salut és molt limitat. La compromesa i "astuta" mercantilització del model sanitari, aguditzada per les fortes retallades del sistema públic (tan sols revertides de manera molt parcial el 2017), conjuntament amb l'RD 16/2012 espanyol en la seva adaptació a Catalunya, i un seguit d'estratègies molt diverses, han anat deteriorant el sistema sanitari i empitjorant el treball dels i de les professionals, amb efectes molt negatius per a la salut i l'equitat de la població. Actualment, l'ICS té importants actius però també fortes limitacions que cal valorar críticament.

2. DOTZE CONTRADICCIONS. Quins són els avenços, els problemes i les necessitats?

L'SCS ha estat qualificat com un "model d'èxit" per polítics, experts, comunicadors i col·lectius propers a *l'establishment* i afavoridors d'una visió neoliberal i mercantil de la sanitat. En canvi, l'SCS ha estat fortament qüestionat per les seves insuficiències, inequitats i tendències mercantilitzadores per partits, grups socials crítics i els moviments socials en defensa d'una sanitat pública democràtica i de qualitat. És probable que bona part de la ciutadania valori que l'SCS ha mostrat avenços notables al llarg del temps, però que alhora també pensi que és un model que té problemes molt seriosos i necessitats no cobertes i que, seguint els models nòrdics tradicionals de benestar social i l'informe sobre determinants socials de la salut de l'OMS del 2008, podria millorar substancialment. A continuació resumim algunes de les principals contradiccions del sistema.

- 1. La universalitat i la qualitat dels serveis enfront de les retallades i del subfinançament crònic del sistema.** Tal com es veu en els plans de salut de Catalunya (PSCat) i altres documents, l'SCS ha mostrat tenir una vocació d'universalitat i màxima qualitat, que tanmateix mai no ha aconseguit del tot, i que recentment ha empitjorat. Tot i que és cert que el pressupost sanitari s'associa al pressupost global de la Generalitat i aquest a la lluita per obtenir —d'una o d'una altra— un major control dels recursos econòmics generats a Catalunya, el volum i la prioritització del pressupost de salut és una decisió política.
- 2. La cerca d'eficiència i equitat enfront dels processos de privatització i mercantilització de la sanitat.** La voluntat de millorar l'eficiència de l'SCS manifestada per exemple des del 2010 en els informes de la Central de Resultats dels centres sanitaris públics de Catalunya, juntament amb la vocació d'augmentar l'equitat repetida pels diversos consellers/es

117

Canvi d'època i de polítiques públiques a Catalunya

de Salut des dels seus orígens, xoca frontalment amb un sistema sanitari hospitalocèntric dissenyat per reorganitzar els recursos hospitalaris, maximitzar la productivitat hospitalària i flexibilitzar la política laboral, però no per obtenir una major eficiència i equitat de salut globals.

3. L'emfatització de l'atenció i la qualitat hospitalària enfront de la minsa despesa en atenció primària, comunitària, sociosanitària i de la salut mental. No hi ha dubte que els darrers decennis a Catalunya ha millorat notablement l'accés i la qualitat dels serveis oferts per la xarxa hospitalària; en canvi, l'atenció primària ha estat sistemàticament oblidada, amb una manca crònica d'inversions i una reducció de recursos i plantilla de professionals que té impacte, per exemple, en el poc temps per fer les visites i en una capacitat d'actuació limitada. El fort model "d'hospitalocentrisme" fa que la major part de recursos, prestigi i visibilitat social vagin a parar als grans hospitals, així com a les tecnologies biomèdiques més sofisticades i cares, alhora que es menysté i se subfinança els altres tipus d'atenció.

4. L'alt nivell de preparació, responsabilitat i qualitat de la majoria de professionals sanitaris enfront de la seva precarització laboral. Al PSCat 2016-2020 s'esmenta la "sobrecàrrega assistencial i la precarització de la major part dels professionals de la sanitat", que al costat d'altres col·lectius com auxiliars/tècnics o les persones que treballen en la neteja es troben en condicions creixentment precàries. Segons l'informe *La precarietat laboral del col·lectiu mèdic* del CoMB, la inestabilitat laboral en metges menors de 45 anys és superior al 50%, el 25% dels especialistes no troben feina en acabar la seva formació i la temporalitat arriba al 87%. Un estudi amb dades de l'Estat espanyol mostra que 4.580 infermeres van sol·licitar l'acreditació per treballar a Europa entre el 2010 i el 2013.

5. La millora del coneixement tècnic i especialitzat dels i de les professionals sanitaris enfront de l'absència d'una mirada humanística i integral de la salut. Al llarg dels darrers decennis, el nivell de formació de moltes i molts professionals de la sanitat ha millorat substancialment, que han adquirit coneixements tècnics especialitzats cada cop més avançats. Al mateix temps, però, la formació en ciències de la salut ha estat cada vegada més cooptada per una visió biomèdica, centrada exclusivament en la malaltia, els factors biològics i genètics i els factors de risc associats amb estils de vida poc saludables, a banda de la forta tendència jeràrquica entre professionals sanitaris i el paternalisme mèdic amb els pacients, factors sovint lligats al classisme i el sexisme. Entre les raons d'aquesta situació destaca la continuada intervenció de la indústria farmacèutica en la formació continuada dels i de les professionals i les seves agressives polítiques de màrqueting, que també s'han adreçat a les associacions de malalts i últimament cap a la infermeria.

6. L'augment de l'accés a medicaments i tecnologia sanitària enfront d'un tipus de sanitat cada cop més medicalitzada i generadora de iatrogènia. La millora en l'accés a medicaments i noves tecnologies, així com de proves diagnòstiques i d'intervencions sanitàries essencials, ha crescut gradualment, essent en general de força utilitat, tot i que no sempre equitativa. Això es contraposa a un problema de salut pública sovint desapercebut però molt important: la medicalització de la sanitat i l'ús inadequat i abusiu de procediments i de tecnologia sanitària, incloent-hi els medicaments. S'estima que aproximadament el 30% de la utilització dels mitjans tecnològics per al diagnòstic s'usen de manera inadequada o massa sovint, i de vegades amb seriosos riscos per a la salut.

7. L'elevat interès i valoració de la promoció, la prevenció i la gestió de la salut pública enfront de l'absència

119

Canvi d'època i de polítiques públiques a Catalunya

d'inversions en salut pública, salut laboral, ambiental i mental, entre d'altres.

Tot i la continuada referència retòrica a la importància de la salut pública i a la necessitat de la seva expansió, la inversió en salut pública en els seus distints components és minsa des de fa molt temps. El molt pobre 1,3% dedicat l'any 2017 al pressupost de les polítiques de salut pública (programa 414 de Salut Pública) n'és un bon exemple.

8. La visibilització, la referència i la utilització cada cop més comuna dels anomenats determinants socials de la salut en documents i presentacions públiques enfront de la manca d'acció política sobre aquests.

El PSCat diu que "la distribució dels indicadors de salut segons determinants socials permet analitzar les causes de desigualtat social en salut en una comunitat i són el pas previ per establir mesures correctores en forma de polítiques". Això s'acompanya d'una forta exaltació retòrica sobre la necessitat de fer "salut a totes les polítiques". Tanmateix, no es troba cap menció explícita de les accions i dels recursos necessaris per entomar els determinants socials de la salut.

9. La utilització freqüent de la necessitat d'una millor equitat en salut enfront de la manca d'acció sobre aquesta i l'absència de la seva avaluació.

El PSCat apunta com una de les seves principals prioritats la reducció de les desigualtats en salut, alhora que emfatitza la necessitat d'actuar enfront dels "estils de vida". A Catalunya, el coneixement sobre la desigualtat social en salut és encara limitat, però més que suficient per passar a l'acció. Tanmateix, no s'han implementat programes i intervencions adreçats a augmentar l'equitat en salut amb polítiques basades en l'"universalisme proporcional" que alhora millorin la salut poblacional i actuïn prioritàriament amb i per a les persones que es troben en una situació més vulnerable.

10. L'ampliació i la millora dels sistemes d'informació clínics i sanitaris enfront de l'absència d'un sistema social i sanitari integral capaç de conèixer el conjunt biopsicosocial de la salut. No hi ha dubte que els sistemes d'informació clínica i sanitaris han millorat notablement en els darrers anys amb la seva reorganització i digitalització. No obstant això, actualment no existeix un sistema d'informació de salut pública sociosanitari integral i de qualitat que permeti analitzar i valorar tot l'iceberg biopsicosocial de la salut i les desigualtats.

11. El creixement notable d'inversions i activitats de recerca biomèdica enfront de l'absència de suficients recursos per a la investigació dels determinants socials i l'avaluació de polítiques sociosanitàries. La recerca en salut és un dels aspectes que el PSCat s'ha proposat potenciar. Així, s'esmenta que la participació de professionals i usuaris/àries és fonamental per "assegurar un sistema que, des de la recerca i la innovació en processos i serveis, s'orienti a proporcionar als ciutadans serveis d'excel·lència que en cobreixin les necessitats en salut". La major part dels recursos esmerçats en recerca s'adrecen avui dia al sector biomèdic, empresarial i tecnològic més que no pas a una recerca de salut pública que posi l'accent en els factors polítics, socials, conductuals i biològics de forma integral, incloent-hi l'avaluació de les intervencions.

12. La sovintejada menció de la necessitat de crear una sanitat transparent i democràtica enfront l'opacitat, el classisme i la poca participació popular. Avui, la participació ciutadana en l'àmbit de l'equitat en salut és a les beceroles, i caldrà desenvolupar una democràcia realment participativa en què la recerca, la planificació i l'avaluació basada en la comunitat i la generació de pressupostos participatius ocupin una posició prioritària. Un exemple destacable és el recent Pla de salut mental de Barcelona.

121

Canvi d'època i de polítiques públiques a Catalunya

3. DOTZE REPTES. Quina salut pública comuna necessitem per al 2020?

Per fer front als reptes de la salut pública comuna dels propers anys cal partir de tres premisses: la salut i la malaltia són fenòmens biopsicosocials. En la seva generació i desigualtat hi tenen un paper essencial els factors socials i polítics; la intervenció sociosanitària ha de ser efectiva, mesurada i de qualitat, tècnicament i humana; i la sanitat i la salut pública han de ser béns comuns i no mercaderies a l'abast dels qui la puguin comprar. Per evitar que la sanitat sigui un negoci i fer que la salut sigui un dret i un bé comú real per a tota la col·lectivitat s'ha de reformular el model actual de salut, generant una sanitat pública (en la propietat, la provisió, la gestió i l'avaluació de serveis) que ofereixi un servei universal i equitatiu, gratuït (pagat amb impostos i sense "repagaments"), humà, de qualitat i centrat en l'atenció primària, els determinants socials de la salut i la salut pública. Un sistema sanitari controlat des de l'interès comú, sense espai per a l'ànim de lucre i en el qual ningú faci negoci amb la nostra salut. Un sistema on totes les/els professionals (mèdics, d'infermeria, auxiliars d'infermeria, tècnics, serveis de neteja) tinguin bones condicions laborals, veritablement controlat i gestionat de manera pública i democràtica, i amb la participació comunitària directa d'una població apoderada que ha d'assolir el màxim nivell possible de coneixement sanitari, cultura de salut pública i participació social. Des d'una visió crítica de la salut pública enunciem en forma de dodecàleg ("Els 12 cal") els principals reptes per al 2020.

- 1** Cal **augmentar la despesa** en el sistema de salut públic, eliminant el subfinançament crònic.
- 2** Cal **desprivatitzar i desmercantilitzar** la sanitat, creant un sistema integralment públic, comú i de qualitat.
- 3** Cal donar la màxima **prioritat** a les atencions **primària, comunitària i sociosanitària**.
- 4** Cal **desprecaritzar** les condicions d'**ocupació i treball** de totes les/els professionals.
- 5** Cal oferir als i a les professionals una **educació i formació** sanitària continuada més integral i humanística, més enllà del model biomèdic hegemònic i dels interessos de la indústria farmacèutica.
- 6** Cal **desmedicalitzar** molts processos sanitaris danyosos (iatrogènia), no suficientment avaluats de forma independent, i aplicar les intervencions i la tecnologia de forma mesurada.
- 7** Cal més i millor inversió en **salut pública** (laboral, ambiental, mental), amb més prevenció de la malaltia i promoció de la salut des dels **determinants socials de la salut**.
- 8** Cal un enfoc de la **salut a totes les polítiques** i **avaluar integralment** les polítiques de salut.
- 9** Cal portar a terme i avaluar polítiques i intervencions que redueixin les **desigualtats en salut**.
- 10** Cal analitzar i actuar enfront de les **necessitats sociosanitàries** de salut pública de forma integral (biopsicosocial).
- 11** Cal invertir **més en recerca social i comunitària** de la salut pública amb la participació d'una població apoderada.
- 12** Cal desenvolupar una sanitat amb **més democràcia, transparència i participació popular**.

9.2 Comunicación en congreso derivada de la tesis

Olivé Ferrer, M. C., Martínez Rodríguez, A., & Santos Ruiz, S. (2018). La expresión de los saberes enfermeros en el atentado de Barcelona. *Poder e influencia de las enfermeras en la Historia: XVI Congreso Nacional y XI Internacional de Historia de la Enfermería, Palma de Mallorca 29- 31 de octubre de 2018, 2018, ISBN 978-84-09-05741-2, págs. 279-294.*

Poder e influencia de las enfermeras en la Historia

Coordinadores:

Antonio Claret García Martínez
Manuel Jesús García Martínez
Gloria Gallego Caminero
Rosa María Hernández Serra



*La expresión de los saberes enfermeros
en el atentado de Barcelona*

M^a Carmen Olivé-Ferrer
Ana Martínez-Rodríguez
Susana Santos-Ruiz

La expresión de los saberes enfermeros en el atentado de Barcelona The expression of nursing knowledge in the attack in Barcelona

M^o. Carmen Olivé-Ferrer
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

Ana Martínez-Rodríguez
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Hospital Clínic de Barcelona.

Susana Santos-Ruiz.
Escuela de Enfermería del Mar.
Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

PALABRAS CLAVE: Atentado terrorista, Saberes enfermeros, Investigación cualitativa.

KEYWORDS: Terrorist attack, Nursing knowledge, Qualitative research.

RESUMEN

Introducción. El atentado de La Rambla representa una puesta en escena de los saberes profesionales. La asociación Febe planteamos una investigación que visibilizase la aportación enfermera.

Objetivo. Explorar la experiencia vivida por profesionales de enfermería en la atención a las personas heridas el 17A, en relación a los saberes enfermeros.

Metodología. investigación cualitativa de corte fenomenológico. Entrevista y Grupo de discusión, relato y documentación, con las técnicas de recogida de datos. El análisis es emergente.

Resultados y análisis. Las profesionales muestran sus saberes para ofrecer una atención adecuada.

Conclusiones. Vivencia dura y satisfacción profesional por el trabajo bien hecho.

ABSTRACT

Introduction. The attack on La Rambla was a place where professional nurses' knowledge was applied. The Febe association proposes to a research that makes visible the nursing contribution.

Aim. To explore the experience lived by nurses in caring for wounded persons in the 17A, in relation to own nursing knowledge.

Methods. Phenomenological qualitative research design. Interview, discussion group, personal story and documentation were the techniques of data collection. Emerging data analysis was done.

Results and discussion. The nurses develop they knowledge to guarantee an adequate competence attendance.

Conclusions. Feelings of living a hard experience and professional satisfaction for work well done.

Introducción

El 17A (atentado del 17 de Agosto de 2017) impactó a la ciudad de Barcelona, y por extensión, Cataluña, España y Europa. Se interrumpieron cafés y siestas, las noticias se transmitieron rápido por las redes, tanto si estabas próximo a los hechos como a más de 1000 Km de distancia. Sus consecuencias más trágicas fueron la muerte de 15 personas del total de 131 víctimas en la Rambla. También la conmoción general de toda la población que se vio afectada por el suceso. Las que firmamos este texto vivimos experiencias diferenciadas. Ana, enfermera en día libre, pudo acercarse al Hospital Clinic, poner sus manos y su saber a disposición de lo que se necesitara y sentir que había hecho lo que se esperaba de ella. Carmina y Susana, de vacaciones, vivimos con sentimiento de orfandad estar lejos, hicimos el duelo, recuperamos los espacios, ir a las Ramblas con recogimiento y con objetos a modo de ofrenda, no cualquiera, representativas de lo que más nos une al sentir de las víctimas. Escribiendo este texto al año de este suceso nos preparamos para homenajear a las víctimas y contribuir a nuestro propio duelo compartido.

Sabemos que se repiten los atentados, día sí, día también, pero parece que nos impacta menos cuando se dan en tierras lejanas. Cuando la herida es en los lugares comunes de paseo cotidiano la imaginación, el dolor y la solidaridad se hace más intensa, nos pesa ser conscientes de esta sinrazón, por lo que desde este espacio nos solidarizamos con todas las víctimas de las injusticias, también de quién lo hizo y de sus familias.

Como estudiosas que pertenecemos a la asociación Febe tuvimos la necesidad de visibilizar la contribución de las enfermeras en situaciones especiales. Quisimos poner de manifiesto su acción y su compromiso a través de sus propias experiencias. Pensamos también que ofrecerles la oportunidad de contarlo les liberaba, en parte, de su dolor, y este compartir, generaba a la vez conocimiento científico.

Propusimos una investigación cualitativa de corte fenomenológico(1), buscando la comprensión del significado de la experiencia vivida por los profesionales de enfermería que atendieron a las víctimas del atentado. Por lo que los participantes son enfermeras del SEM, bomberos y centros de salud. La reclutación tuvo su dificultad por diferentes motivos. En un primer momento los servicios de comunicación de los centros asistenciales se responsabilizaron de la información con el exterior y se hacía difícil acceder a los posibles comunicantes. El periodo vacacional, y a veces el dolor, pospuso el encuentro. Los contactos personales permitieron gestionar, en parte, el acceso directo a los informantes.

Para la generación de información se han hecho entrevistas en profundidad (EP) y grupos de discusión (GD); también hemos recopilado relatos escritos y estudiado documentación. El análisis es simultáneo e interpretativo.

Este texto recoge una parte de un estudio más amplio realizado por un equipo de investigadoras de la asociación Febe y que se ha concretado en la publicación en catalán del libro: *Les infermeres en l'atemptat del 17A, històries de solidaritat i professionalitat (Las enfermeras en el atentado del 17A, historias de solidaridad y profesionalidad)*. Para este escrito se parte de los saberes-enfermeros como marco teórico y como categorías de análisis. Este punto de partida

nos permite hacer un análisis atendiendo a los saberes disciplinares y poner de manifiesto estos saberes en los actos profesionales.

Marco teórico

No es sólo un incidente de múltiples víctimas

El 17A representa un Incidente de múltiples víctimas (IMV) provocado, no es un accidente fortuito. En este escrito queremos hacer patente esta vivencia añadida, este cuestionamiento constante de las profesionales. Siguen con su trabajo y profesionalidad, pero un sinfín de cuestiones inundan su mente mientras atienden y persisten después, debido también a lo mediático del suceso. ¿Qué motivos puede llevar a unos jóvenes aparentemente adaptados a generar tanto dolor?

A los testimonios les cuesta pensar que tanto dolor pueda ser generado de forma directa hacia personas inocentes. No obstante, y aún sabiendo el origen, en todo momento muestran la profesionalidad que se les espera y que es la misma que han mostrado siempre las enfermeras en escenarios de guerra o conflictos bélicos⁽²⁻³⁾.

Camino hacia los saberes

Asumimos que Enfermería es una disciplina profesional en constante evolución y crecimiento. Disciplina por la especificidad en cuanto a su área de conocimiento que guarda relación con su espacio competencial. Profesión por su ámbito de la práctica, la habilidad de conjugar el conocimiento disciplinar para dar respuesta a los requerimientos de salud de la ciudadanía, en una perspectiva amplia, en constante evolución por la capacidad que tenemos de actualizar saberes y generar cambios. En este sentido, es esencial profundizar en las teorías enfermeras para contribuir al saber disciplinar propio, a la vez que se parte de la práctica reflexionada para adquirir y consolidar los saberes específicos. La práctica profesional imbrica todos los saberes y a la vez representa el saber en la acción⁽⁴⁾.

El proceso evolutivo hacia la disciplina enfermera es reciente, tanto si tomamos una mirada en los países desarrollados en general, como si nos situamos específicamente en España. Si se asocia la profesionalización con Nightingale (1820-1910), nos ubicamos en el siglo XIX; una vez más, los médicos nos llevan la delantera con Hipócrates (460-370 a. C.). Si nos situamos en España, cierto es que en 1915 se publica la real orden de habilitación y se crea el título de enfermera; no obstante, circunstancias alejadas de la profesión nos conducirán al ATS en 1953. Posteriormente, y gracias a las movilizaciones, la Diplomatura en 1977⁽⁵⁾, el Máster oficial en 2006, el doctorado en 2007 y el Grado en 2009⁽⁶⁾.

Este camino hacia el doctorado en enfermería ha estado plagado de dificultades, algunas posiblemente que se generan por la idiosincrasia del colectivo: trayectoria histórica ligada a la sumisión y la obediencia, mayoritariamente mujeres que trasladan el cuidado doméstico al profesional y no consideran esencial avanzar y seguir estudiando o estilos de docencia arraigados a esta tradición⁽⁷⁾. Otras dificultades ligadas tanto al conocimiento como tal, a menudo se da más valor a las teorías generadas por otras disciplinas que a las propias; también en la forma en que

se transmitieron los contenidos cuando los estudios pasaron a la universidad, el uso de terminología alejada de la práctica dificultó un entendimiento y consumó el divorcio teoría/ práctica o mejor dicho el divorcio práctica/ investigación/ teoría⁽⁸⁾. En la actualidad todavía se cuestiona, desde dentro de nuestro colectivo, si es necesario o no el doctorado para las enfermeras, añadir que para que se pueda conseguir una igualdad con el resto de disciplinas y que se perciban los cambios es necesario un tiempo de desarrollo disciplinar.

Problemas o barreras que no están resueltas, posiblemente se ha dedicado demasiados esfuerzos en definir y diferenciar los conceptos asociados a la teoría o modelos, también los ligados a la investigación, como si el objetivo fuera la teoría en sí y no lo que nos puede aportar para la práctica; parecía que era más importante el qué y el cómo y menos la finalidad y el avance disciplinar y profesional. También el dilema o debate del uso de teorías propias o prestadas de otras disciplinas⁽⁹⁾, a menudo con menoscabo de las propias. Asumiendo que es importante la transdisciplinariedad⁽⁹⁻¹⁰⁾, en este trabajo en equipo, es obvio que como enfermeras debemos aportar nuestro saber disciplinar, por lo que debemos asegurar el desarrollo de teorías enfermeras para la práctica, con la finalidad de asegurar el avance científico enfermero.

Siguiendo con este hilo conductor hablaremos de paradigma, es decir, la identificación de conceptos y fenómenos ligados a la disciplina, atendiendo al momento histórico y social. Hay un acuerdo en que los conceptos paradigmáticos son el ser humano, el entorno, la salud y los cuidados enfermeros⁽⁸⁾. No obstante, en la actualidad, estudiando teorías y modelos enfermeros nos damos cuenta que es preciso avanzar y proponer otros conceptos que son más acordes con el momento actual, la cultura y el contexto histórico. Posiblemente no debe ser una ruptura, pero sí incorporar y relacionar, a los ya descritos, otros, como: la incertidumbre, las transiciones, la diversidad o el autocuidado, entre otros. Huir del planteamiento hegemónico y proponer un avance científico acorde con el contexto.

Los Saberes enfermeros

Conocer es un proceso que significa captar la realidad y entenderla, no obstante es en la práctica donde este conocimiento se puede y debe mostrar. También es en la práctica donde se adquieren y consolidan los saberes⁽⁸⁾. Es por lo que para hablar, describir, analizar y dar valor al trabajo realizado por las enfermeras el 17A tomamos como categorías de análisis los saberes descritos por Carper y ampliados primero por White y posteriormente por Chinn y Kramer^(4,11). Estas ampliaciones nos muestran, así mismo, el avance disciplinar y la adaptación a los contextos sociales y políticos.

Llegadas hasta aquí, podemos profundizar en las características de los saberes enfermeros o patrones de conocimiento en Enfermería. Bárbara Carper en 1978 propuso cuatro formas propias de Enfermería para conocer los fenómenos: a) la ciencia o el saber **empírico**, incluye la perspectiva cualitativa y cuantitativa. En la práctica se muestra mediante la habilidad de cuestionar, de manera crítica, sus intervenciones e integrar en las intervenciones los saberes que se desprenden de la investigación; b) el modo **ético** o el saber ligado a la moral, se refiere a los procesos de toma de decisiones, en relación a lo que es justo, adecuado, deseable y que es

acorde con los principios éticos. Para diferenciar la ética de la moral decir que la ética guarda relación con la epistemología, disciplina que trata sobre lo correcto o incorrecto, el bien y el mal, por lo que se pueden definir códigos y leyes de obligado cumplimiento. La moral se refiere a lo ontológico, es decir, a los valores propios. Si la ética representa un saber explícito y cerebral, la moral refleja la vida de cada uno y está enraizada a la cultura y su significado. En la práctica se observa en las decisiones éticas a los dilemas planteados. La toma de decisiones éticas acordes a los valores propios evita el malestar o dolor moral; c) el conocimiento **personal** se sustenta en el conocimiento propio y ser en consecuencia. Carper considera que el cuidado conlleva interacción con la persona cuidada, por lo que la enfermera, responsable de dicha relación, debe ser agente terapéutico y sólo lo puede ser en la medida en que se conoce a sí misma. La calidad de las relaciones interpersonales influye directamente con la percepción de bienestar y salud, por lo que la enfermera debe conocerse y conocer a quien atiende, desarrollando una experiencia de cuidado único y trascendente. Es válido como el empírico, aunque no se adquiere mediante el estudio teórico sino mediante una experiencia reflexionada. En la práctica se observan las diferencias personales y se acepta como esencia del propio saber; d) el saber **estético**, ligado al arte de la Enfermería, representa hacer aquello que se debe hacer, en el momento adecuado y que tanto la persona que recibe el cuidado como la propia enfermera lo reconocen. Este reconocimiento viene por la experiencia estética, no formal y que involucra la percepción de experiencia única con significado simbólico. Se puede observar en la práctica en los escritos que generan las enfermeras, en las notas, interacciones que reflejan los cuidados. La búsqueda de la interacción terapéutica que supone un cambio de comportamiento en las personas cuidadas y en las propias enfermeras. En todas las experiencias de cuidados se incorpora la ciencia, la ética, el conocimiento personal y la estética⁽¹²⁾.

White hizo la crítica a Carper e incorporó el patrón **sociopolítico**, considera que la relación de cuidados se da en un contexto determinado, que atañe a la enfermera y personas cuidadas, como individuos y entes sociales y políticos. Es preciso conocer los contextos, así como el significado o sentido del mismo, lo que lleva a la necesidad de un compromiso explícito, profesional y social que invita a la participación pública⁽¹³⁾ Por su parte, Chinn y Kramer incluyen el patrón **emancipatorio**, sería una ampliación del sociopolítico que incorpora la mirada de la salud para todos, por lo que es preciso estudiar, de forma crítica, el contexto social, cultural y político para evitar o erradicar las desigualdades, sean sociales, de género, de creencias o culturales o étnicas. Se debe expresar mediante análisis críticos y planes de acción que comporten cambios que promuevan la justicia social, que a su vez representa la esencia de la práctica enfermera⁽¹⁴⁾.

Aunque estos saberes se diferencian y se explican para su comprensión, todos los autores los interpretan como intrincados, es decir, una relación intrínseca que hace que se generen los unos con los otros, están íntimamente ligados e interconectados, por lo que una vez más decir que, lo importante es definirlos para evidenciarlos, pero no para hacer un ejercicio de diferenciación explícita.

Objetivos

Objetivo general: Explorar los significados de la experiencia vivida por profesionales de enfermería en la atención a las personas afectadas el 17A, en relación a los saberes enfermeros.

Metodología

La metodología es cualitativa de corte fenomenológico. El muestreo ha sido razonado e intencionado. Los y las participantes son testimonios clave de profesionales de enfermería de diferentes contextos de atención sanitaria: a pié de calle o centros asistenciales; de diferentes roles: atención directa o gestión, y que participaron de forma activa en el cuidado de los heridos el 17A.

Para la generación de la información se han realizado entrevistas en profundidad (EP) y grupos de discusión (GD); también se han recogido relatos escritos y estudiado documentación. El análisis es emergente e interpretativo⁽¹³⁾.

Se plantean los resultados y el análisis de forma conjunta organizada según los saberes enfermeros recogidos en el marco teórico y que se interpretan como categorías de análisis.

Resultados y análisis

El total de informantes en el estudio amplio han sido de 28. EP 16: 5 enfermeras del SEM, 5 de bomberos, 2 de CUAP, 1 voluntario, 2 de hospital y 1 administrativa. Dos GD a enfermeras de hospital, de 4 profesionales cada uno. Se han recogido 4 relatos escritos de enfermeras de hospital. Para ampliar el perfil decir que del total de informantes 14 son mujeres y 3 del ámbito de la gestión.

Para este escrito se han analizado cinco EP realizadas a enfermeras que actuaron directamente en las Ramblas, una de un Cuap y un GD. Del total de nueve testimonios, corresponden a 6 mujeres y una gestora (Tabla 1).

Nombre identificativo	Recogida de datos	Puesto de trabajo	Contexto
Íngrid	EP	Enfermera SEM	Atención directa Ramblas
Xavi	EP	Enfermero SEM	Atención directa Ramblas
Pep	EP	Enfermero bomberos	Atención directa Ramblas
Patri	EP	Enfermera bomberos	Atención directa Ramblas
Esperanza	EP	Enfermera Gestora	Cuap urgencias
4 relatos anónimos	Relatos escritos	Enfermeras hospital	Hospital, Urgencias
4 enfermeras	GD	Enfermeras hospital	Hospital Urgencias

Tabla 1. Perfil informantes.

El saber empírico.

La observación y la explicación de los fenómenos son necesarias para el avance disciplinar. Las estructuras conceptuales paradigmáticas y modelos teóricos cobran relevancia en las situaciones de emergencia y en especial en los procedimientos de atención a múltiples víctimas, como fue el 17A. En este caso se considera ilícito penal y son los cuerpos policiales quienes coordinan las acciones y no los bomberos(15). Los protocolos orientan, pero son los saberes que disponen las enfermeras, los que ponen el conocimiento en acción y se perciben en la práctica real.

Conocimiento del contexto y adecuación de las actividades de cuidado a los heridos en la situación específica. A medida que los informantes llegan a La Rambla toman consciencia del contexto y nos expresan su sentir:

"Habitualmente trabajamos en zona segura y aquel día no, configuré un plan B para esconderme, quería estar ahí y atender, pero también quería estar en mi casa con los míos" (Ingrid).

"Cuando llegué a la Rambla apareció desesperado el jefe territorial del SEM y nos dijo que no atendiéramos a los heridos, que los lleváramos al Puesto Médico Avanzado (PMA). Pusimos una férula al herido y lo trasladamos. (...) Después un policía vino a buscarnos porque había heridos, pero como se decía que había un terrorista, me encerraron en un hotel y allí atendí a los heridos mientras veía las noticias en directo, a la víctima le pude hacer todo porque estábamos encerrados" (Pep).

"Cuando llegué ya vi el PMA y los enfermeros del SEM arriba de la Rambla y seguimos hacia abajo hasta encontrarnos a un médico del SEM y trabajamos juntos, haciendo triaje, atendiendo a los heridos y evacuándolos (...) conocemos los protocolos y los adaptamos" (Patri).

"Bajamos con la ambulancia las Ramblas, eran las 17 más o menos, la Rambla... una calle alegre y llena de gente... ahora me queda la imagen de la gente al suelo, gritando, todo revuelto... es una imagen muy triste" (Xavi).

"Hicieron una jaula de seguridad y no me llegaba el material necesario, pero nosotros estábamos allí atendiendo, poniendo vías, estabilizando, poniendo analgesia" (Patri).

El hospital es un contexto conocido por las profesionales en el que pueden desarrollar todo el saber empírico, aunque en pocos momentos, y conocida ya la magnitud del suceso, se convierte en un espacio difícil de gestionar y trabajar. Acuden profesionales para ayudar y lo que se precisa es organización:

"Acudieron muchos profesionales para ayudar... sobretodo médicos, parecía un hormiguero en un espacio tan reducido. La jefa de la UCI quirúrgica dijo -grupos de dos enfermeras, trauma y anestesiista...- lideró el caos, agradeció la solidaridad e invitó a los profesionales que no formaban equipo a marchar. A partir de este momento funcionó muy bien (GD)."

"Se vaciaron boxes forzando altas o trasladando enfermos a semi críticos y se ubicaron en la UCI a los enfermos más graves. En cada box había 2, 3 o 4 enfermeras expertas. A las enfermeras noveles les asignaron los enfermos habituales. Yo estuve colaborando en 2 boxes y reponiendo y retirando material, medicación... logística. Trabajamos con "xibbarri" pero me

queda el recuerdo que lo hicimos con eficiencia, dada la situación (...) Vinieron mayor número de camilleros, administrativos, médicos vestidos de calle, enfermeros y auxiliares...
(Relato escrito 2)

El saber ético

La ética y la moral son esenciales en un contexto de atención a víctimas de un atentado, cobra sentido tanto la pregunta epistemológica de cómo conocer lo conocido como la otológica de cómo encontrar el sentido de lo que se conoce. Este cuestionamiento se muestra en la conducta de los profesionales, una conducta que deriva directamente de su saber, que va más allá del conocimiento de un protocolo y que emana también de los valores y del saber personal y lo muestran en una práctica profesional reflexionada. La toma de decisiones proviene de todos los saberes y de la ética y la moral:

"Atendimos a la víctima más grave, me temblaban las piernas, la médico de la ambulancia me dijo -estemos tranquilos y hagamos nuestro trabajo- cogí aire y como si fuera otro servicio (...) después nos separamos la médico y yo en dos ambulancias, fue una buena decisión, porque dimos oportunidad de atender a más personas" (Xavi).

El recuerdo hace pensar a Ingrid que hizo lo que pudo ante tanto pánico y dolor que percibe en el Cuap cuando va a atender a un niño de tres años:

"Hice lo que pude y me queda el pesar de que dejé de hacer cosas, es inevitable, no puedes atender a todos a la vez, había mucha gente que te necesitaba y tienes limitaciones, pero las suples, un abrazo es capaz de sacar una sonrisa, aún en momentos tan duros" (Ingrid).

El saber personal

Muestra el significado de la relación interpersonal y toma al profesional como agente terapéutico en sí mismo. Es en la práctica donde se muestra la especificidad de éste saber. Quizás se puede iniciar este apartado hablando del conocimiento de una misma, la vivencia de vulnerabilidad, la humanidad que se percibe en situaciones extremas y el trabajo en equipo:

"cuando llegué al Cuap de Peracamps para atender al niño grave de tres años me encontré con un entorno lleno de gente, heridos y familiares, cuando lo pienso me vuelve la sensación de situación muy bestia, de pánico, desesperación y rabia, todavía ahora, que falta poco para hacer el mes del atentado, lo siento así. (...) di una buena respuesta (...) me queda el dolor, el mío y el de la gente que perdieron seres queridos, el día que no lo sienta, cambiaré de trabajo (...) también se que aporté apoyo a los profesionales del ambulatorio, no están acostumbrados a atender situaciones tan graves y yo me sentí también reconfortada porque ellos conocían el contexto y disponían de material suficiente, mostramos nuestra humanidad y trabajamos en equipo" (Ingrid).

"Hicimos lo que pudimos en una situación muy complicada. Te desbordas, pero cuando reflexionas y miras desde fuera piensas que fue muy bien, se hizo la jaula de seguridad y el triaje, se evacuó la zona en 90 minutos, se hicieron dos PMAs y después se subió a zona más segura; se preparó todo por si había un segundo ataque. Se montó una UCI, no se necesitó, pero se hizo muy bien" (Patri).

Se evita el sufrimiento añadido y se identifica a las víctimas:

"No ahorro analgesia. Hago un pantallazo del monitor con las constantes para filiar a quien atiendo, busco en sus pertenencias algún carnet para identificarlo" (Xavi).

El saber estético

Cada acto de cuidado que muestra lo que se debe hacer en cada momento y se hace con profesionalidad y humanidad, representa un acto artístico. Muchos actos de cuidados se podrían considerar comunes, pero los interpretamos como aquel saber estético que supera lo formal y se acerca a la realidad única, a la expresión también personal de la interacción que se contextualiza en el momento adecuado de cuidado y atención a las víctimas:

"...el socorrer, el ayudar, el sentirte verdaderamente útil y el ver que es una situación grave, urgente, rápida, y bueno, eso, el aliviar a la gente, aliviarle el dolor, el curar, bueno, el hecho del curar físico y el curar psíquico en ese momento. A pesar del poco diálogo, pero es que no hacía falta, había una comprensión, unas miradas, una profundidad, lágrimas incluso, yo lloré con una señora, nos mirábamos y te entraba una complicidad" (Esperanza).

"Estuve confinada en una farmacia con una chica que tenía varias fracturas y estaba chocada y otra con traumatismo craneoencefálico y que preguntaba por su hijo y no se dejaba atender. Fueron 10-15 minutos eternos" (Patri).

"No soy capaz de calcular exactamente el tiempo inicial de incertidumbre y estrés, se me hizo eterno. Poco a poco, empecé a ver caras amigas: Personal del turno de mañana, de noche e incluso los que estaban de vacaciones o tenían fiesta. Todos se dieron prisa en ir al hospital en cuanto se enteraron de la noticia. La UCI se volvió azul pijama. Me puse a llorar" (Relato escrito 1).

Xavi incorpora a su equipo un estudiante de técnico de emergencias que estaba por la zona:

"Considero que son dos manos más y además indirectamente es una forma de evacuar un civil, después le digo -ya puedes aprobar el curso, pocos han vivido una situación así-. Al final piensas que aunque es una situación difícil, también hay aspectos positivos. Como profesional lo recordaré siempre con aspectos negativos, pero también positivos, además después piensas que no vale la pena discutir por tonterías, puede ser que te pase una cosa inesperada, hay que hablar las cosas y arreglarlas, ser felices" (Xavi).

El saber sociopolítico

En esta situación cobra importancia este saber por el hecho que incorpora cuestiones epistemológicas ligadas al contexto de cuidado y ontológicas del ser. El contexto inicial, La Rambla de Barcelona, con las dificultades de atención propias de la situación y el contexto institucional, en los diferentes centros de urgencia. Los diferentes agentes de cuidado y protección así como los heridos y sus diferentes nacionalidades, contribuían a la complejidad del momento. También añadía complejidad e incompreensión el hecho que no era un accidente sino un acto terrorista provocado:

"Siempre guardaré en mi retina el momento en que sonó el teléfono sobre las 17:05h. (...) escuché que algo no iba bien al otro lado del teléfono, no era una llamada corriente. La enfermera se quedó congelada y se giró hacia donde estábamos el resto del equipo. Yo la miré fijamente y ella me ladeó la cabeza con los ojos muy abiertos simbolizándome que algo no iba bien. Colgó el teléfono y tuvo que decir 2 o 3 veces que había habido un atentado terrorista en Las Ramblas y que eso suponía que nos preparáramos rápido para estar listos para cuando comenzaran a llegar los pacientes (GD).

"Un decir ¿Qué es esto? ¡Dios mío! ¿Para qué sirve esto? ¿Para qué? ¿Por qué? ¿No? Esta señora era francesa, yo hablo algo de francés, no estaba grave y hablamos del tema... estaba de vacaciones en Barcelona, una ciudad muy bonita y qué ¡barbaridad! (Esperanza)" "No es miedo, pero estaba preocupado, no era un servicio como los otros que trabajas mucho pero estas tranquilo, allá no, la cabeza trabaja muy rápido" (Pep).

"Yo no me di cuenta, pero estaba lleno de policías con metralletas, y mi compañero me dijo -vigila, un ojo delante y el otro detrás- para mí era un atropello y visión túnel" (Patri).

"Como reflexión posterior me quedo con dos puntos: la importancia de la organización y coordinación (de los enfermos, del personal, del espacio, del material, de los residuos...) y la generosidad y la buena predisposición de todo el mundo, desde las señoras de la limpieza ¡vitales! A los residentes que hacían de administrativos, todos los que estaban fuera de su horario..." (Relato 2).

El saber emancipatorio

Busca favorecer a la persona cuidada en su propio cuidado y en la exploración de la justicia y la equidad, en este estudio lo podríamos asociar a la solidaridad percibida y mostrada por la ciudadanía, también por el reconocimiento institucional e internacional. Los taxistas acercaron a víctimas a los hospitales sin cobrarles la carrera. Comerciantes y hoteleros de los alrededores de las Ramblas acogieron y ayudaron a las víctimas. A los hospitales se acercaron personas conocedoras de idiomas, profesionales fuera de servicio, donantes de sangre. Algunas víctimas se acercaron directamente al Cuap o a establecimientos cercanos:

"Hubo víctimas que se acercaron a los centros de urgencias cercanos, otros se resguardaron en tiendas, farmacias, restaurantes u hoteles de la zona" (Xavi). "Fue bonita la respuesta de todos, casi fue bello trabajar aquel día, porque todos daban fôdo. En el Hospital del Mar la mujer de la limpieza con la camilla, rápido para hacer la transferencia de los heridos. En el

hotel que estuve confinado un poco más y me hacen un masaje, hasta la policía nos ayudó. La gente, en un momento así tiene una respuesta muy positiva” (Pep).

“No es una experiencia positiva, yo llevo muchos años de profesión y estoy llena de compasión, y la violencia, matarnos unos a otros ¿dónde hemos llegado? Si miramos a la profesión, entonces si podemos hablar de experiencia positiva, ayudar, sentirte útil, curar... percibir el agradecimiento: los cónsules de Israel, Francia y Alemania. El ayuntamiento y su alcaldesa Ada Colau, la generalidad, todo el mundo, cartas y mensajes de agradecimiento. La medalla de oro y diferentes actos... para mí quizás demasiado, pero está muy bien reconocer el trabajo hecho. Para mí lo más gratificante fue hablar con la alcaldesa en el salón del Consejo de Ciento, una media hora, a nivel personal, lo más gratificante” (Esperanza).

Conclusiones

Reflexionar sobre cómo se actuó el 17A permite explorar la vivencia de los profesionales, evidenciar sus saberes profesionales en una práctica compleja, a la vez que se genera nuevo conocimiento científico. Todos los saberes están intrincados entre sí, se relacionan los unos con los otros y generar unos conlleva el primer paso para el desarrollo de los otros, por lo que para las conclusiones no se diferencian: Son profesionales en su mayoría expertos, conocen el contexto de trabajo, se organizan y priorizan sus actuaciones atendiendo a los saberes profesionales, lo que les hace pensar que hicieron un buen trabajo.

El hecho que fuera ilícito penal y algunos profesionales les confinaron, por un tiempo en algún establecimiento, les hizo sentir que no pudieron hacer lo suficiente.

Son capaces de organizarse y asignar las tareas según los diferentes niveles de competencia y desarrollo de saberes.

Trabajan en equipo, tanto con otros profesionales de la salud como con los cuerpos de seguridad, mostrando un desarrollo de sus saberes.

Gestionan sus miedos y su rabia, encuentran elementos para sentirse seguros y atender a las víctimas con profesionalidad indiscutible, aunque piensen que dejaron de hacer cosas importantes.

Toman decisiones razonadas, siguen los protocolos y los adaptan atendiendo al contexto global de la situación y a sus saberes profesionales.

Son capaces de empatizar, de ponerse del lado de las víctimas y dar respuestas profesionales de alto nivel, mostrando un fuerte desarrollo de todos los saberes.

La comunicación verbal en diferentes idiomas o la no verbal como una sonrisa o un abrazo, muestran los saberes más allá de las actividades de cuidado convencionales.

Generan muchas preguntas sin respuesta por el hecho que sea un IMV provocado, pero nada les paraliza, desarrollan su trabajo mostrando sus saberes.

Reconocen los agradecimientos, quizás piensan que son demasiados o que no están acostumbradas a recibirlos.

Los hallazgos coinciden en parte con resultados manifestados por algunas publicaciones sobre

otros estudios del mismo tema⁽¹⁶⁾. El manejo de la situación traumática por personal experto y el grado de apoyo social percibido quizás minimizaron las consecuencias sobre los profesionales y podrían haber actuado como factores protectores. No obstante, el presente trabajo analiza la expresión de los saberes enfermeros, tal y como se plantea en el objetivo, y no las posibles consecuencias psicopatológicas en los profesionales implicados, temática que dejamos abierta para otros estudios.

Bibliografía

1. Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Sarura, S. *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut universitari d'investigació en atenció primària Jordi Gol. 2014.
2. Ramió, A.; Torres, C. (coordinadoras). *Enfermeras de guerra*. San Juan de Dios-Campus Docent. 2015.
3. Siles, J. *Historia de la Enfermería*. Difusión Avances de Enfermería (Grupo Paradigma) 2011.
4. Pepin, J., K rouac, S., & Ducharme, F. *La Pens e infirmi re*. Montréal: Cheneli re  ducation. 2011.
5. Germán, C. *La revolución de las batas blancas. la Enfermería española de 1976 a 1978*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. 2013.
6. Domínguez-Alcón, C. *Evolución del cuidado y profesión enfermera*. Esplugues de Llobregat: San Juan de Dios. 2016.
7. Medina, J. L. *Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Universitat de Barcelona. 2005.
8. Durán de Villalobos, M. M. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Unibiblos. 2001.
9. Vilar, S. *La Nueva racionalidad: comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios*. Barcelona: Kairós. 1997.
10. Morin, E. *La mente bien ordenada*. Barcelona: Seix Barral. 2002.
11. Chinn, P. L., & Kramer, M. K. *Knowledge Development in Nursing*. St. Louis: Elsevier. 2011.
12. Carper, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing science*, 13-24. 1978.
13. White, J. Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 73-86. 1995.
14. Flick, U. *El diseño de Investigación cualitativa*. Madrid: Morata. 2015.
15. Protocol d'actuació per emergències de múltiples víctimes <https://www.yumpu.com/es/document/view/13467784/protocol-dactuacio-per-emergencies-amb-multiples-victimes>
16. González Ordi, H, et al. Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatol gicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés* 2004; 10(2-3): 207-217.

9.3 Póster en congreso derivado de la tesis

Martínez Rodríguez, A., Martínez Faneca, L., & Olivé Ferrer, M. C. (2018). El emerger del saber enfermero en la atención a las víctimas del atentado de Barcelona. *XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados*, 2018, ISBN 978-84-09-07462-4, pág. 437, 437.



EL EMERGER DEL SABER ENFERMERO EN LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL ATENTADO DE BARCELONA

Autorías: Martínez-Rodríguez, Ana; Martínez-Faneca, Laura; Olivé-Ferrer, M Carmen; Asociación FEBE

OBJETIVO

Explorar la vivencia de los profesionales de enfermería en la atención a las víctimas del atentado de agosto de 2017 (17A) en Barcelona, atendiendo al emerger de los saberes enfermeros.

MÉTODOS

Estudio cualitativo fenomenológico amplio. Participantes: profesionales de enfermería de diferentes contextos de atención del 17A. Muestreo razonado e intencionado. La información se genera a partir de entrevistas en profundidad (EP), grupos de discusión (GD), testimonios escritos y estudio de documentación.

En este póster se presentan los resultados de un GD constituido por profesionales de enfermería de las urgencias de un hospital de tercer nivel al que acudieron una veintena de heridos. El análisis es simultáneo e interpretativo, en relación al emerger experiencial, tomando los saberes enfermeros^{1,2} como categorías de estudio.

RESULTADOS



DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

La experiencia narrada por parte de los profesionales del estudio muestra la generación de todos los patrones de conocimiento. Esta reflexión compartida los hace explícitos para ellas mismas y para la comunidad científica.

De esta vivencia cotidiana y excepcional a la vez, emergen de manera destacada el patrón estético -como saber enfermero que expresa el arte de cuidar desde una perspectiva creativa, innovadora y crítica- y el patrón personal -que representa el auto-conocimiento y la confianza en uno mismo-.

El desarrollo de estos dos saberes, en intrincación con el resto, permite a los profesionales expertos organizar el caos, estructurar equipos de trabajo y adecuar los procedimientos y protocolos³ a la situación de IMV; ofreciendo así cuidados complejos, profesionales, científicos y contextualizados⁴.

Bibliografía

1. Cooper BA. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science* [Internet]. 1978;1(1). Disponible en: https://journals.lww.com/advancesinursingscience/Fulltext/1978/1000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing4.aspx
2. White J. Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science* [Internet]. 1995;17(4). Disponible en: https://journals.lww.com/advancesinursingscience/Fulltext/1995/04050/Patterns_of_knowing__Review__critique__and__update7.aspx
3. Benner P. From Novice To Expert. *AJN The American Journal of Nursing* [Internet]. 1982;82(5). Disponible en: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/1982/02030/From_Novice_To_Expert4.aspx
4. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aguichán*. 2005;5:86-95.

Contacto: a.martinez.rodriguez@ub.edu

XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados
22nd International Nursing Research Conference

Certificado de presentación póster
Certificate of poster presentation

otorgado a
this is to certify that

Martínez Rodríguez A, Martínez Faneca L, Olivé Ferrer MC,
Febe A,

por el póster
presented the poster

El emerger del saber enfermero en la atención a las víctimas del atentado
de Barcelona

Córdoba, 14-16 de noviembre de 2018

Teresa Moreno Casbas
Comité Organizador
Organising Committee



investén
isciii

