



Las familias y la comunidad en su conjunto son los protagonistas del Sistema Nacional de Salud

Martínez Riera JR

Presidente Asociación de Enfermería Comunitaria

¿Hoy el paciente debe seguir siendo lo primero en el SNS?, ¿qué papel debe jugar la equidad?, ¿cuáles son las claves y qué medidas deberían instrumentarse?, ¿cómo afectará al modelo sanitario?

En primer lugar, desde la Asociación de Enfermería Comunitaria consideramos que son las personas, las familias y la comunidad en su conjunto las que verdaderamente deben ser percibidos como los verdaderos protagonistas y centro de las acciones que se planifiquen y desarrollen en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y no tan solo los pacientes. Es importante destacar que el principal objetivo del SNS debería ser, y en él están muy implicadas las enfermeras comunitarias, mantener sanos a los sanos.

Pero además entendemos que debe darse una atención en la que no jueguen un papel de meros espectadores y receptores pasivos sino como los actores principales que sean activos, autónomos, reflexivos, cooperativos y responsables de sus propias decisiones.

Las claves pasan por un cambio radical del modelo biomédico, hospital-

centrista y paternalista del SNS en una sociedad que evoluciona a gran velocidad y tiene entre sus valores predominantes a la tecnología que focaliza, desde la perspectiva del modelo biológico, la "reparación tecnológica" como sustituto del cambio social. Este aspecto es fundamental en la incidencia de problemas de salud, derivados de los niveles de alta exigencia y competitividad para los ciudadanos y también aislamiento y soledad por la crisis de los valores éticos, los cuales son frecuentemente cuestionados pero sin presentarse alternativas de conducta que los sustituyan adecuadamente.

Todo ello ha llevado a que nos encontremos con una sociedad profundamente medicalizada en la que no solo aumenta incesantemente el número de enfermedades que se conocen sino que se han convertido en tales, muchas cosas que antes no lo eran. Nos referimos a las disminuciones psíquicas, la menopausia, la puericultura, etc. Igualmente, surge y se consolida la idea del "mal latente", el concepto de que todos podemos estar enfermos aunque nos creamos en buena salud. Ya no es suficiente sentirse sano para estarlo, la certificación de la sa-

lud debe venir desde fuera, desde lo objetivo, desde lo científico, desde la "expertez" o, lo que es casi lo mismo, desde la tecnología. Se ha establecido una creencia en la omnipresencia de desórdenes médicos que se refuerza en cualquier medio de comunicación y que puede llevar a pensar que finalmente "vivir es perjudicial para la salud", dado que todos los aspectos de nuestra vida diaria conllevan elementos de riesgo para la salud.

Nos centramos exclusivamente en las personas que acuden a los centros sanitarios demandando atención y que representan un porcentaje no mayor del 20% de la población, lo que no significa, en ningún caso, que el 80% restante no tenga necesidades que sin embargo no son atendidas ni por tanto cubiertas.

Para invertir esta tendencia se precisa de un cambio radical tanto en la organización del SNS como el de la atención que prestan los profesionales. Situar a las personas en el centro del SNS supone escucharlas, incorporarlas en el proceso de toma de decisiones y trasladarles los conocimientos que les permitan ser responsables de las mismas. Identificando agentes de salud que actúen como promotores en la comunidad. Favoreciendo la visibilización, vertebración y protagonismo de las redes sociales y de los recursos comunitarios mediante una adecuada coordinación que contribuya a la eficiencia de la atención.

Por su parte, el concepto de equidad se corresponde con el principio de justicia (J. Rawls). En consecuencia, la igualdad, tanto en su dimensión formal como material, impone tratar de forma igual a los iguales y de forma desigual a los desiguales, lo que en economía se llama equidad horizontal y vertical, evitando las diferencias en materia de salud que son innecesarias,

evitables e injustas. Para ello será necesario medir en cada momento la magnitud del problema a atender, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

La forma en que afecten al modelo sanitario lo será en tanto en cuanto las organizaciones se constituyan como empresas excelentes, basadas en la gestión del conocimiento. Que sean capaces de alinear visiones e intereses entre estas y sus agentes, articulando modelos muy descentralizados donde sean compatibles una gran autonomía de funcionamiento y una retroalimentación constante de la información generada que logren un aumento de la eficiencia productiva derivada de la potenciación y puesta en valor del trabajo en equipo y colaborativo. La cohesión de los diferentes agentes de salud (profesionales y no profesionales) que promuevan el liderazgo y el compromiso con los objetivos comunes planteados.

¿Cuáles son los problemas que tiene el "gobierno" del SNS y cómo deberían solucionarse?

Aunque sería largo y prolijo detenerse en los múltiples problemas de "gobierno" del SNS, trataremos de resumirlos en los que a nuestro entender son algunos de los más importantes y que en su exposición puede derivarse el cómo poder solucionarlos.

- Lo primero que hay que destacar el gasto sanitario en España, según la OMS (World Health Statistics, 2011), es de los más bajos de la Unión Europea (UE) de los 15 y está por debajo de los países con altos ingresos y de los de la UE 27 (solo es superior en el promedio por la inclusión de Rumanía, Bulgaria y los tres países Bálticos). Por tanto el gasto sanitario no tan solo

no es alto sino que es notoriamente bajo, y su crecimiento, al contrario de lo que se alude por parte de los alarmistas, está muy por debajo (1,4% de promedio) del conjunto de países de la OCDE, siendo tan solo el crecimiento del gasto sanitario privado con relación al público el que ha sido mayor que la de los otros países (OECD Health data 2010). Además nuestra recaudación fiscal (con la que se sostiene el SNS) está casi 10 puntos por debajo de los países de la UE y a casi 7 de promedio de los de la OCDE. Y a pesar de todo ello la esperanza de vida al nacer en España es 3 años superior de lo esperado para el gasto sanitario realizado por nuestro país, de lo que puede deducirse que dicho gasto sanitario es más eficiente que el del resto de los países de la OCDE. Aunque la aportación de los servicios sanitarios a la mejora de la salud no debe asumirse con carácter general sino estudiarse para cada caso concreto.

- El gasto farmacéutico en nuestro país es muy elevado tanto en el gasto por habitante como en el tanto por ciento sobre el gasto sanitario total (promedio del 20,4% sobre el 17,2% de la OCDE). En dicho gasto influyen entre otros: la estructura de costes de la industria farmacéutica; baja utilización de medicamentos genéricos, inadecuado perfil de prescripción; insuficiente información/formación independiente de la industria; sistema de pago a las oficinas de farmacia que incentiva la prescripción y dispensación de los medicamentos con mayor precio.

A todo lo expuesto hay que añadir como efecto colateral un elevadísimo incumplimiento terapéutico (alrededor del 40%) porcentaje que aumenta en

relación con la edad de la población que se estudie. Dicha cifra es todavía mayor si el plan terapéutico incluye modificaciones en los hábitos de vida de los pacientes (hasta el 75%). Se han realizado numerosos estudios sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y su relación con la satisfacción del paciente, así como también con la organización y calidad de los servicios de salud.

- Sobreutilización tecnológica derivada de la fascinación tecnológica y ligada a la variabilidad de la práctica médica que nos sitúa ante un SNS carente de orientación –política, gestora y clínica– hacia los pacientes, en el que el Benchmarking (comparación de prácticas con otras experiencias nacionales o internacionales) resulta no solo deseable sino necesario.
- Gestión politizada. La no profesionalización de los cargos directivos sanitarios conlleva problemas en las gestiones que desarrollan. Se trata de puestos de libre designación política, ya sean gerentes, directores médicos, de enfermería o administrativos., logrados en base a la “meritocracia” obtenida por la afinidad del color político dominante o en el poder. En vez de directivos responsables se ha buscado mandos fieles a la autoridad; nadie asume iniciativa; y ante jefes volubles cuya opinión depende de decisiones caprichosas de “más arriba”, nadie se atreve a asumir ningún riesgo, todo se pregunta, y siempre se está a la espera. El resultado es la parálisis y la destrucción de la legitimidad y la funcionalidad de los directivos de centros y servicios sanitarios públicos. El paciente ha dejado de ser el centro del sistema para concentrarse en torno al político. El resultado se concreta en una gran des-

confianza de los profesionales hacia los gestores y los responsables de las administraciones sanitarias, la desmotivación y la falta de implicación, que es esencial para el buen funcionamiento del SNS.

- Escasa atención a la cronicidad/dependencia y deficiente atención sociosanitaria. Actualmente en España más de la mitad de las estancias hospitalarias son de personas con más de 65 años, siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios y con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto, lo que supone que el 70% del gasto sanitario esté asociado a patologías crónicas y que más del 20% de enfermos crónicos hospitalizados en hospitales de agudos, podrían ser atendidos en hospitales de media-larga estancia o centros socio-sanitarios centros de día, hospitalización a domicilio...). Para hacer frente a este entramado, disponemos de unos servicios de salud pensados para atender a procesos agudos y únicos (una cama hospitalaria de agudos tiene un coste hasta 6 veces superior al de una cama de crónicos). Cuando se cronicifican y multiplican en la misma persona, la atención sanitaria se vuelve torpe, dispersa, discontinua, variable y fragmentaria. Las transiciones entre niveles de atención de los pacientes crónicos no están planificadas en su mayoría, pese a su vulnerabilidad aumentada (funcionalidad, dolor, ansiedad, confusión).
- Deterioro de la Atención Primaria de Salud (APS). En España, se sigue perpetuando financiera y organizativamente un modelo de salud hospitalocéntrico (Eurostat Health statistics. Key data on health 2002) en el que se reduce "sis-

tema sanitario igual a sistema médico" con un automatismo que roza el sofisma. Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hace tiempo que han quedado relegadas (presupuesto en torno al 2% del gasto sanitario) al ser desplazadas por actividades asistencialistas (respuesta a la gran demanda y asunción de actividades técnicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médico especializado –sintrón, doppler, retinografías...–). El presupuesto destinado a la APS es muy desigual con respecto al del nivel hospitalario (menos del 14% sobre el total). Una ratio de enfermera comunitaria un 43% inferior a la media europea, con una infrautilización evidente de sus competencias.

- Escaso desarrollo reglamentario de la Ley General de Sanidad. No se ha logrado la cohesión y coordinación deseables entre comunidades autónomas (CCAA) pese a la aprobación de la Ley de Cohesión Sanitaria. El Consejo Interterritorial no ha logrado la coordinación de políticas y estrategias de los servicios de salud autonómicos, convirtiéndose en un foro de enfrentamiento político permanente que ha conducido a la irracionalidad y los despropósitos como la existencia de múltiples calendarios vacunales, tarjetas electrónicas sanitarias incompatibles, modelos de historias diferentes que impiden o limitan la movilidad y la atención sanitaria... Además no se ha conseguido la descentralización (salvo entre Estado y CCAA), quedando las áreas sanitarias relegadas a meras demarcaciones geográficas sin órganos para la planificación de los recursos en base a las características y necesidades locales, la coordinación de los diferentes re-

cursos comunitarios (Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública, Administraciones Locales...), lo que ha limitado o impedido el desarrollo de una auténtica promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención integral, integrada e integradora.

¿Cómo garantizar la solvencia del SNS y desarrollar el compromiso con la eficiencia, la productividad y la calidad?, ¿cuáles son las claves y qué medidas deberían instrumentarse?

Si la respuesta a esta pregunta tuviese éxito sería tanto como haber encontrado la piedra filosofal o el bálsamo de fierabrás que diera solución a todos los males.

Sin querer ni pretender alcanzar este éxito sería poco ético, por nuestra parte, querer esquivar la respuesta argumentando su complejidad.

Lo primero que creemos que se debería hacer es realizar un debate sereno sobre el SNS con la participación de todos los agentes implicados en el que se puedan identificar los errores cometidos. Pero también para poder identificar las cosas que se han hecho bien.

Sabemos que el motor más dinámico del gasto en sanidad es el que se denomina "prestación real media", que aumenta como consecuencia de una utilización cada vez más intensiva de los servicios sanitarios, a los que se asocia una creciente intensidad tecnológica y un mayor esfuerzo terapéutico. Esta evidencia nos proporciona pistas sobre cómo actuar y que de alguna manera ya han quedado explicitados en las anteriores respuestas.

Nosotros entendemos que se requiere, como ya hemos apuntado, una reorganización de los servicios tanto hospitalarios como sociosanitarios en la que, entre otras identificamos las siguientes claves:

- Definir objetivos sanitarios a nivel de área de salud, centro y equipo.
- Definir modelos de gestión que otorguen mayor autonomía a los profesionales, fomentando la corresponsabilización sobre los resultados.
- Plantear un componente de retribución variable en función de los resultados obtenidos.
- Introducir mecanismos de competencia entre centros de salud del mismo nivel asistencial, así como de cooperación entre los distintos niveles.
- Proporcionar información al paciente sobre el desempeño de los centros proveedores de servicios sanitarios (hospitales, centros de atención primaria, etc.) y de sus profesionales con objeto de facilitar su elección.
- Incorporar de manera efectiva a los ciudadanos en la toma de decisiones.
- Generar medidas de humanización de los servicios (en especial hospitalarios) que les resten su actual régimen castrense que, por otra parte, adolece de pruebas que sustenten su permanencia.
- Profesionalización de la gestión.
- Flexibilización de los mecanismos de contratación y cese del personal sanitario.

- Introducción de remuneración variable, en función del cumplimiento de objetivos y de mecanismos que permitan combatir el absentismo laboral.
- Refuerzo de los planes de formación para lograr una mayor flexibilidad del puesto de trabajo.
- Tender a una organización más centrada en la complejidad de los cuidados que en la fragmentación por órganos, aparatos y sistemas.
- Llevar a cabo una adecuada gestión de la demanda centrada fundamentalmente en la educación para la salud de la población.
- Integración de cuidados de salud y traslado de demanda/recursos a atención primaria, sociosanitaria y domiciliaria.
- Traslado de recursos de hospitales de agudos a unidades de proximidad de alta resolución y a unidades de media y larga estancia.
- Optimización de la calidad y eficiencia de cada nivel asistencial. Utilización de la tecnología como habilitadora del proceso de transformación.
- Buscar fórmulas de financiación adicional: de la priorización de la sanidad frente a otras partidas presupuestarias al incremento de la recaudación.
- Priorizar la sanidad frente al resto de partidas, reasignando presupuesto tanto en el ámbito estatal como el autonómico.
- Establecer los mecanismos para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes.

¿Qué papel deben asumir los profesionales de la salud?

Los profesionales de la salud son el principal activo del SNS. Pero no son los únicos y exclusivos valedores en la toma de decisiones y, por tanto, no pueden ni deben ser principio y fin del mismo.

Como Sociedad Científica de Enfermería Comunitaria, sin embargo, queremos hacer una valoración centrada en el que, a nuestro entender, es el papel que las enfermeras deben asumir en la sostenibilidad del SNS o cómo su no valoración como profesionales puede influir en la actual crisis del mismo.

Independientemente (que no indiferentemente) de algunos de los principales problemas de ineficiencia de los sistemas sanitarios, a continuación trataremos de identificar en qué medida pueden intervenir las enfermeras para revertir la situación de crisis y contribuir a generar un nuevo paradigma de los sistemas sanitarios. Teniendo en cuenta que las acciones en que las enfermeras pueden tener influencia no dependen, en muchas ocasiones de su decisión exclusiva al estar sujetas a órganos o cargos de responsabilidad en los que no están o no les dejan tener representación ni capacidad en la toma de decisiones.

Por otra parte, hay que destacar que muchas de las acciones o actuaciones que las enfermeras pueden desarrollar están interrelacionadas entre sí, lo que dificulta su individualización. Se trata por tanto de un análisis integral de las intervenciones posibles de las enfermeras tendentes a mejorar el actual estado de salud del SNS.

En primer lugar cabe destacar que el actual modelo del SNS, con graves desequilibrios en la dotación de en-

fermeras, hace añicos los presupuestos y esclaviza a los decisores de la mesogestión en eternas contraprestaciones a grupos corporativos que someten a presiones insostenibles a todo un sistema (sin entrar en la aberrante injerencia continua de proveedores entre sistema público y privado, aceptada colectivamente con incomprensible resignación y legitimada con argumentos impensables en cualquier otro entorno de servicios).

La eficiencia está comprometida continuamente, pese a que desde iniciativas como la gestión clínica, se intenta equilibrar esta difícil relación entre decisores de primera línea y gestores. Con la consolidación del Sistema Sanitario Público, se han ido corrigiendo muchas políticas erráticas en la asignación de inputs, pero, los recursos humanos terminan siendo víctimas de estos enfoques, porque constituyen una moneda de cambio que modula (al alza o a la baja) los distintos intereses y presiones de los protagonistas.

Pero el problema, con serlo, no es solamente el de la evidente e incomprensible escasez de enfermeras, en contraposición con el del alto porcentaje de médicos, tal como apuntan organismos tan poco sospechosos como la OCDE, sino el que se mantengan más allá de lo razonable determinados modelos de práctica profesional y culturas organizacionales en las que la enfermera es considerada bajo el prisma del siglo XX (que aún perdura en muchos gestores y profesionales). En la medida en que las organizaciones de nuestro SNS se planteen cuáles pueden ser las competencias a desarrollar por las enfermeras y en qué medida pueden desarrollarlas, así planificará servicios en los que puedan asumir una capacidad de resolución adecuada. En este sentido cabe destacar que las evidencias

obtenidas de diferentes trabajos de investigación demuestran la efectividad y eficiencia de las enfermeras cuando prestan atención a determinadas poblaciones o problemas y racionalizando la demanda.

En cuanto al papel de las enfermeras en la contención y racionalización del gasto farmacéutico parece razonable pensar que su intervención en estrategias de seguimiento y cumplimiento terapéutico (en el que entrarían tanto el control farmacológico como el de hábitos y conductas de vida saludable a los que van ligados) y la puesta en marcha de la prescripción enfermera (hay que tener en cuenta que actualmente se lleva a cabo de manera alega mediante la prescripción encubierta o por demanda de las propias enfermeras a los médicos sobre determinados productos que manejan en exclusiva) podrían resolver una parte importante del problema y mejorar ostensiblemente la salud y calidad de vida de los pacientes e imputar de manera real el gasto generado por cada prescriptor. Ya son muchos los estudios que vienen a justificar la prescripción enfermera. El problema viene determinado por la resistencia de determinados colectivos a la asunción de dichas competencias por parte de las enfermeras sin que den, por su parte, soluciones al gran gasto farmacéutico generado por ellos. Por otra parte el incumplimiento terapéutico (no tan solo farmacológico) viene determinado porque el paciente no identifica como la mejor respuesta a su demanda la prescripción o recomendación terapéutica (en muchas ocasiones farmacológica pero no siempre) que el profesional (mayoritariamente el médico, pero no siempre) le proporciona u "ordena" (orden médica), con el agravante de que además, si no cumple lo ordenado, tiene el riesgo de ser "reñido" por su desobediencia.

Los servicios de salud no tienen que realizar grandes despliegues de carácter revolucionario. La verdadera innovación reside en que sean capaces de incorporar muchas de las experiencias internacionales que ya existen y que adecuadamente coordinadas, proporcionan suficientes elementos para hacer frente a este enorme problema. Se trata de reenfocar la utilización de los recursos existentes y ubicarlo todo en un modelo global que dé sentido y guíe el despliegue de medidas para los profesionales, para la ciudadanía y para los desarrolladores de políticas de salud.

La fascinación tecnológica de la que se hablaba anteriormente no puede ni debe desplazar los cuidados enfermeros, como bienes intrínsecos de las enfermeras, que deben ser prestados a la población. Las enfermeras comunitarias, en particular, están siendo utilizadas para realizar determinadas técnicas (doppler, retinografías...) en detrimento de las acciones de promoción y prevención con el consiguiente coste de futuro (en pérdida potencial de salud) para la población. El acercamiento de determinadas tecnologías (que primero se deben demostrar eficaces y eficientes) a atención primaria pueden resultar adecuadas. Otra cosa es que las mismas las deban realizar las enfermeras comunitarias o deban ser otros profesionales quienes las realicen. Entendida dicha decisión como un acto de racionalización y no de racionamiento de recursos.

Las enfermeras ya han tenido oportunidad de demostrar su capacidad gestora en los servicios de salud. Sin embargo la politización, a la que no escapan, con la consiguiente potenciación del gerencialismo y la falta de participación profesional, unida a razones de equilibrio de poder, han impedido, en muchas ocasiones, evaluar su verdadera capacidad y aportación. A pesar de

ello son muchas las experiencias que permiten identificar la eficiente racionalización de recursos, la eficaz planificación de cuidados... que les sitúan como profesionales con gran capacidad de gestión según diferentes estudios de evaluación. Y esto es identificado por algunos como una amenaza, por lo que se llegan a establecer cruzadas judiciales encaminadas a deslegitimar lo alcanzado por méritos propios en detrimento de la eficacia y eficiencia de los servicios y en beneficio de planteamientos corporativistas que generan confrontación interprofesional*.

La cronicidad se está convirtiendo en el clásico tema del que todo el mundo ya ha oído cientos de argumentos, provocando una "naturalización" del problema que acaba desensibilizando a políticos, gestores, proveedores, medios y colectivos ciudadanos. Pero la realidad obliga a prestar especial atención e identificar modelos que den respuesta eficaz y eficiente a tan grave problema sociosanitario. Así cabe destacar el Chronic Care Model (CCM) de Wagner el Modelo de la Pirámide de Riesgo, procedente de la Organización Kaiser Permanente (KP) de EE. UU., el Strength Model en Salud Mental, el modelo PACE para ancianos frágiles, el Modelo Guided Care de Boulton y cols. A lo largo de estos modelos y de las distintas experiencias publicadas en la literatura se han identificado múltiples intervenciones desarrolladas en su mayoría por enfermeras que han demostrado su eficacia y eficiencia.

Parece claro que la garantía del éxito en la reorientación de los Servicios de Salud hacia la atención a crónicos pasa por actuar en varios frentes a la vez, con especial énfasis en el desarrollo de programas de autocuidado, la potenciación de la gestión de casos y el fortalecimiento de la Atención Prima-

ria, junto con la armonización de políticas y estrategias en las que la enfermera parte de un enfoque conceptual –orientado ya desde su formación universitaria– hacia la atención integral y la visión holística de la persona. Además, su juicio clínico y planificación están encaminados hacia el autocuidado y el fortalecimiento de capacidades de la persona, mediante la promoción y la educación, además de ejercer como agente clave en los procesos de continuidad asistencial, seguimiento domiciliario y de promoción de salud. La acción de enfermeras de práctica avanzada como proveedores principales (*nurse practitioners*, gestoras de casos, centros ambulatorios guiados por enfermeras, etc.), han logrado demostrar la gran calidad y eficiencia de su actuación, siendo el profesional más influyente en el autocuidado, apoyo a las decisiones y rediseño del sistema de provisión.

La enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria (actualmente en formación las primeras especialistas) es quien mejor podrá liderar la atención a los crónicos y la discapacidad ya que reunirá muchas de los requisitos necesarios para asumir una cartera de pacientes de estas características, sin detrimento del importante papel que juegan y seguirán jugando las enfermeras comunitarias de Atención Primaria y con la perspectiva de futuro de una posible integración de enfermeras de práctica avanzada que tan buenos resultados están logrando en otros países y que en algunos aspectos ya han sido incorporados en España con resultados óptimos.

La importancia de las enfermeras en la implantación, desarrollo y consolidación de la Atención Primaria de Salud ha quedado demostrada en múltiples estudios y experiencias, sin embargo su aportación ha ido perdiendo visibi-

lidad e importancia a medida que se iban diluyendo los principios básicos de la Atención Primaria y con ellos las acciones fundamentales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por otra parte la organización de los centros de salud ha ido modificándose, por una parte, a la demanda asistencialista y medicalizada con claro perjuicio para las actividades programadas de las enfermeras con especial incidencia en la atención domiciliaria y la intervención comunitaria y por otra a la actividad del colectivo médico a la que se han tenido que adaptar, fundamentalmente las enfermeras, con asignación a diferentes cupos médicos o, lo que es peor, a una asignación de proporciones, tan irracional como injustificable (una enfermera por cada dos o tres médicos), en lugar de asignación poblacional concreta (que permitía la enfermera de referencia poblacional mediante la organización de sectores) y la pérdida de la atención integral e integradora al separar la atención enfermera en adultos y pediatría siguiendo el modelo médico/pediatra. La consulta de Enfermería, recurso polémico en sus inicios pero con gran implantación y aceptación posterior, se ha ido degradando constituyendo el nicho ecológico de la actividad enfermera y resultando un recurso, por lo general, ineficaz e ineficiente sobre el que no se ha intervenido y que ha ido en detrimento de la intervención comunitaria y la atención domiciliaria programada.

Las masivas, desproporcionadas e incoherentes OPEs llevadas a cabo en los últimos años han contribuido a un claro deterioro de los equipos de Atención Primaria, en general, y del trabajo enfermero, en particular. Fundamentalmente, al producirse cambios masivos de los profesionales de Atención Primaria, que llevaban años trabajando en los equipos, por enfermeras de Atención Especializada que,

en su mayoría, solicitaron el traslado a Atención Primaria por cuestiones alejadas de cualquier motivación profesional y guiadas por un desconocimiento mayúsculo del trabajo desarrollado en Atención Primaria. Todo lo cual ha provocado actitudes de frustración y desmotivación tanto por parte de las enfermeras que se trasladaron, al no ver cumplidas sus expectativas, como por parte de las que se quedaron en los Centros de Salud, al ver truncada la dinámica de trabajo de años de evolución. En cualquier caso el deterioro, tanto del trabajo de los equipos, como de la atención enfermera, que se hayan podido producir, de ninguna manera, es imputable a las enfermeras como algunos denuncian. Si no a quienes con tan poco juicio y planificación permitieron que tales efectos se produjeran, al no establecer criterios que regulasen los traslados, más allá de los de antigüedad, que impidieran tan nefastas consecuencias para todas las partes. Hay que destacar, por último, que dichos procesos, de momento, no han sido investigados para obtener evidencias de los efectos que han generado en el trabajo de los equipos y en la atención a la comunidad.

Desde esta perspectiva la enfermera en Atención Primaria pasa por ser un profesional que está dando respuestas a necesidades de otros colectivos con lo que se acaba por realizar una suboptimización del producto final. Teniendo en cuenta, por otra parte, que en poco más de un año acabarán su formación las primeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria, aún no existe planificación alguna que permita identificar de qué manera se integrarán en Atención Primaria y cómo se vertebrará su actividad especializada con la de las enfermeras comunitarias generalistas que actualmente trabajan en los Centros de Salud. Todo ello se traduce en un espec-

taclar derroche de recursos en momentos de crisis que, como ya se ha demostrado en otros países, las enfermeras pueden paliar con una actividad acorde a sus competencias y a las necesidades y demandas reales de la Comunidad y no a la de otros intereses organizacionales y/o corporativos que se han demostrado claramente ineficientes, desmotivadores para los profesionales e insatisfactorios para la población.

En este análisis hay que destacar, por último, la falta de coordinación que ha existido y sigue existiendo entre los diferentes niveles de atención y que es una de las razones de la ineficiencia del sistema sanitario por cuanto de repeticiones, solapamientos y sobrecostos genera en la atención sociosanitaria. Y de ineficacia por la insatisfacción que provoca tanto de las enfermeras de los diferentes niveles como de los ciudadanos que reciben atención en cualquiera de ellos. Sin embargo, en este sentido, las enfermeras han desarrollado diferentes instrumentos que han favorecido la continuidad de los cuidados que aunque no hayan logrado la aludida coordinación por tratarse de un tema que trasciende la actividad enfermera, al menos han permitido demostrar los beneficios tanto de racionalización de recursos como de satisfacción (en profesionales y usuarios) generados con los mismos en la continuidad de los cuidados.

Otra cuestión es la coordinación con Salud Pública que aunque, en principio, pueda parecer que existe esta es totalmente ficticia, al actuar como estructura independiente del resto de recursos sociosanitarios, a no ser por las conexiones establecidas por los indicadores de ciertas actividades (vacunaciones, morbi-mortalidad...) o por el desarrollo de programas, por lo general horizontales y con muy poca comunicación.