

El papel de la Enfermería en las enfermedades crónicas



M.^a Jesús Ruiz de Ocenda, Pilar Arroyo, Rebeca Sanz, Clara M.^a Esteban, Margarita Camps, Diego Falcón, Carmen Amado, Susana Fernández y Naiara Artaza.

Participantes:

Margarita Camps Morata. Adjunta Enfermera de Proyectos. GESMA.

Susana Fernández Crespo. GAP Talavera de la Reina. SESCOAM.

Rebeca Sanz Paredes. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

M.^a Jesús Ruiz de Ocenda García. Asesora de Enfermería. Osakidetza (Servicio Vasco de Salud).

Bienvenida Gala Fernández. Asesora Técnica. Dirección de Estrategia de Cuidados. Consejería de Salud de Andalucía.

Pilar Arroyo Gordo. Directora Escuela de Enfermería Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid.

Carmen Amado Aller. Directora de Enfermería. Complejo Hospitalario y Universitario de A Coruña.

Clara M.^a Esteban Escobar. Health Dialog España.

Moderadora: Naiara Artaza Aristondo. O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

Organizan: Javier Barreiro, Cristina Leube.

Secretaría: Patricia Valls.

Transcripción: Noelia Padrazo.

Cuestiones tratadas

1. El actual modelo de Enfermería: ¿da una respuesta adecuada al reto de la cronicidad?
2. Bolonia: ¿Los requisitos de grado y especialidad han tenido en cuenta las nuevas competencias necesarias para afrontar este reto?
3. ¿Qué encaje tiene la implementación de nuevas figuras de Enfermería respecto a la actual estructura y modelos de gestión de los sistemas sanitarios?
4. ¿Qué impacto se espera que tengan estas nuevas figuras? ¿Son efectivas? ¿Son sostenibles?

N. Artaza: Soy responsable de Prospectiva del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, llevo ocho años en este puesto. El Instituto Vasco se enmarca dentro de una fundación que nace con la vocación de ser plataforma de innovación del sistema sanitario vasco. Nosotros dependemos funcionalmente del Departamento de Sanidad y



Naiara Artaza Aristondo.

Consumo, son nuestros benefactores, aunque también intentamos buscar financiación por otros medios. Básicamente, nuestra labor está enfocada a proyectos de cambio a medio o largo plazo.

S. Fernández: Soy enfermera. Llevo trabajando en esta profesión desde 1994, por lo que mi trayectoria no es muy larga. Fundamentalmente, he trabajado en el ámbito de Atención Primaria y, desde 2007, trabajo en el ámbito de la gestión como directora de Enfermería en la Gerencia de Atención Primaria del área sanitaria de Talavera de la Reina, que pertenece al Servicio de Salud de Castilla La Mancha. En principio, mi labor está dedicada a la gestión de los recursos relacionados con el ámbito de la Enfermería de Atención Primaria, ya familiar y comunitaria, y otros profesionales que dependen de la Dirección de Enfermería. Como algo significativo, por centrar mi labor, diré que mi objetivo fundamental es potenciar, promocionar y apoyar el trabajo de la Enfermería familiar y comunitaria en los centros de Atención Primaria para procurar los mejores cuidados a la población.

C. Amado: También soy enfermera. Llevo 31 años ejerciendo de enfermera, de los cuales, llevo unos 16 ligada a la gestión. He sido subdirectora de Enfermería, supervisora de Área del Bloque Quirúrgico y supervisora de Comunidad. Actualmente llevo un año y medio como directora de Enfermería del Complejo Hospitalario de A Coruña. Estamos con un decreto publicado de integración de área única, que va a ser el área más grande de toda Galicia. Mis objetivos son muy claros: quiero proporcionarle a los ciudadanos los mejores cuidados que podamos proporcionarles.

R. Sanz: Soy enfermera. Desde hace cinco años trabajo en la Unidad a Do-

micilio de Valladolid. Lo único que se pretende es proporcionar otra alternativa a todo tipo de pacientes y, en especial, a los pacientes crónicos; queremos mostrarles que hay otro tipo de modelo y que a lo mejor se puede llevar la continuidad del rango hospitalario en el domicilio, prestando vigilancia y cuidados específicos cuando están estables y alternando con Atención Primaria o con otros sistemas.

Queremos mostrar a los pacientes que hay otro tipo de modelo y que a lo mejor se puede llevar la continuidad del rango hospitalario en el domicilio, prestando vigilancia y cuidados específicos cuando están estables y alternando con Atención Primaria o con otros sistemas

Rebeca Sanz Paredes

C. Esteban: Soy médico. He trabajado durante ocho años en la comunidad de Madrid, en lo que fue el antiguo Instituto de Salud Pública, en el Servicio de Introducción de la Salud; allí trabajé con planes y programas de salud. Desde hace dos años estoy trabajando en la empresa Health Dialog España, que se dedica a la gestión de enfermos crónicos. Una de las partes que trabajamos es la asistencia telefónica a través de personal de Enfermería, con un *call center*.

P. Arroyo: Soy enfermera y directora de la Escuela de Enfermería Puerta de Hierro de la Universidad Autónoma de Madrid. El proceso que obligó a replantearse los planes de estudios de Enfermería hace unos años, con la entrada del Espacio Europeo de Educación Superior, nos llevó a todos los que teníamos participación en el diseño de los nuevos estudios a plantearnos y buscar referentes que pudieran orientarnos en la elaboración de estos planes. Entre ellos, tuvimos que buscar indicadores de salud que nos dijeran

de alguna manera cuál era la realidad del momento sanitario en el que estábamos, para poder formular competencias que dieran respuestas a esa demanda. Ahí hemos trabajado mucho y me siento contenta de cómo han quedado, en líneas generales, los planes de estudios de Enfermería.

B. Gala: Soy enfermera también. Actualmente estoy trabajando en la Consejería de Salud, en la Estrategia de Cuidados de Andalucía. Llevo en el ámbito de la gestión unos seis años, primero en el Servicio Andaluz de Salud, donde estuve de asesora técnica y también de coordinadora de cuidados, y ahora en la Consejería de Salud, a la que me incorporé en julio para llevar proyectos relacionados directamente con la Enfermería, con la gestión de casos, con cuidados, con enfermos crónicos, etc.

M.J. Ruiz de Ocenda: Soy enfermera y asesora de Enfermería en Osakidetza, el Servicio Vasco de Salud. Mi trayectoria profesional es muy extensa. En gestión llevo desde 1987, aproximadamente. En este último periodo y en el marco de la asesoría de Enfermería tengo la responsabilidad, con la colaboración del Instituto O+Berri, de un proyecto muy interesante, que es el desarrollo de nuevas competencias en el personal De Enfermería, para afrontar el reto del enfermo crónico.

M. Camps: Soy enfermera. La mayor parte de mi trayectoria profesional se ha desarrollado desde las funciones asistenciales. Empecé en la gestión en el año 2002, como coordinadora de cuidados, justo cuando empezamos en nuestra organización, Gestión Sanitaria de Mallorca, la reconversión de hospitales de agudos a centros de atención sociosanitaria. Luego he tenido una pausa y he estado trabajando cinco años en la Unidad de Gestión del Conocimiento. Desde principios de año,

vuelvo a estar en la Dirección de Enfermería, como adjunta de proyectos de la directora Isabel Román. Soy enfermera de cuidados y mis funciones, básicamente, son hacer de puente entre la Dirección y el profesional que trabaja a pie de cama, para que los proyectos que se pretende desarrollar puedan entenderse, concretarse y llevarse a la práctica. A veces, lo que nos pasa es que diseñamos y planificamos bien, pero nos falla ese traslado a la práctica diaria.

N. Artaza: En relación al actual modelo de Enfermería, ¿está dando o no respuesta al reto de la cronicidad? También tenemos que plantearnos el tema de Bolonia: los requisitos de grado y especialidad, ¿han tenido en cuenta las nuevas competencias necesarias para afrontar este reto?

M. Camps: Creo que, a pesar de que el producto que ofrecemos las enfermeras es el cuidado de la persona en todas las etapas y situaciones de la vida, al formar parte de un sistema que en las últimas décadas se ha centrado en la curación de patologías agudas, ayudado por los grandes avances tecnológicos, ciertamente no damos respuesta al reto de la cronicidad, aunque considero que nuestro perfil profesional puede asumir con garantías este reto.

En cuanto al tema de Bolonia, creo que este proceso se veía venir desde el punto de vista de la convergencia europea, pero tenía que converger también la cuestión del conocimiento. Un día u otro tenía que llegar; ha llegado y creo que los profesionales, en general, se alegran mucho. Se crean dudas y a veces imprecisiones, porque el profesional de a pie no entiende bien si va a haber conflicto entre el grado y la especialidad, por ejemplo, o si una cosa va a ser complementaria, va a ayudar o va a interferir en la otra. Sin



Margarita Camps Morata.

embargo, en general, creo que tanto la adaptación de los planes de estudio a Bolonia, como el tema de las especialidades, son oportunidades de mejora para todos los profesionales, porque mejora nuestro nivel académico, puesto que podremos acceder al doctorado desde nuestro propio cuerpo de conocimiento, sin tener que pasar por otra disciplina; mejora la estructura universitaria, mejora nuestro currículo, mejoran las técnicas educativas, mejoran las oportunidades laborales que tendremos una vez que el proceso esté desarrollado, gracias también a la internacionalización.

La adaptación de los planes de estudio a Bolonia, como las especialidades, son oportunidades de mejora para todos los profesionales, porque mejora nuestro nivel académico, mejora la estructura universitaria, mejora nuestro currículo, mejoran las técnicas educativas, mejoran las oportunidades laborales que tendremos una vez que esto esté en marcha

Margarita Camps

M.J. Ruiz de Ocenda: Creo que es un error hablar de modelo de Enfermería. Tenemos que hablar de modelo asistencial, porque entiendo que cualquier modelo de cuidados se adapta a las necesidades del paciente crónico. Por tanto, creo que el debate está en el del modelo asistencial, en el que las enfermeras formamos una parte importante de la atención que el sistema da a la cronicidad. Dicho esto, creo que este modelo asistencial da una respuesta muy parcial. Tenemos el modelo organizado para la demanda, es decir que nos viene el paciente cuando está o se siente enfermo, no lo buscamos o, al menos, todos los profesionales no tenemos todavía interiorizado que tenemos que ir haciendo actividades de promoción y prevención y de rescatar al ciudadano antes de que se ponga enfermo. Creo que respondemos puntualmente a esa demanda de una manera bastante adecuada, pero con muchos cortes, mucha discontinuidad y sin enfoque en el paciente crónico, aunque se están dando pasos importantes. Estamos viviendo de lo que hace tiempo se planificó, aunque hay mucha inquietud por cambiar. En concreto, respondemos de una forma parcialmente adecuada, pero tenemos que enfocarlo mucho más al paciente crónico.

Tenemos el modelo organizado para la demanda, es decir, que nos viene el paciente cuando está o se siente enfermo, no lo buscamos o, al menos, todos los profesionales no tenemos todavía interiorizado que tenemos que ir haciendo actividades de promoción y prevención y de rescatar al ciudadano antes de que se ponga enfermo

M.^a Jesús Ruiz de Ocenda

B. Gala: Realmente, no podemos hablar de si las enfermeras damos una respuesta adecuada, si no de si el sis-

tema da una respuesta adecuada a las enfermedades crónicas. Damos muy buena respuesta a los problemas agudos; creo que tenemos un sistema sanitario, en general en todo el estado, que da una respuesta estupenda. Si a uno le da un infarto, tiene muchas posibilidades de salir bien, pero después, ¿qué pasaría con él? Podría convertirse en un enfermo crónico y ahí ya empezarían las carencias. En nuestra comunidad ya tenemos ejemplos de nuevos modelos que hacen una búsqueda proactiva de pacientes crónicos. Con respecto a Bolonia, no podemos decir otra cosa que más conocimiento significará en un futuro una mejor oferta en cuidados a la ciudadanía. En teoría, todo el tema de las especialidades y el grado podría dar una buena respuesta al paciente crónico; no obstante, el desarrollo de nuevos modelos de prácticas avanzadas en Enfermería determinadas por necesidades concretas en la población, sin duda pueden mejorar la respuesta de los sistemas de salud ante los problemas que presentan estos tipos de pacientes. A corto plazo vamos a tener enfermeras mejor formadas, con un año más de formación general y con posibilidad de ampliar su formación con una especialidad. Ahora mismo, en ciertos ámbitos, las competencias que tenemos son limitadas, por lo que hay que apostar por una ampliación de competencias que facilite el desarrollo de nuevos modelos organizativos centrados en las demandas de salud de los ciudadanos. Sin duda, el sistema sanitario debe evolucionar para ganar eficiencia ante los nuevos retos de salud que requieren el envejecimiento y la calidad de vida cada vez mayor de la población.

P. Arroyo: En principio, habría que decir que no, porque es el propio sistema sanitario, en el que están las enfermeras, el que no da las respuestas adecuadas de cuidados a los pa-

cientes crónicos. Por ello, las enfermeras desarrollan sus competencias en función de las demandas del propio sistema y no en función de las demandas de los enfermos, es decir, las enfermeras regimos nuestras intervenciones profesionales en función del modelo asistencial del sistema sanitario. Si el sistema no está preparado para dar respuestas eficaces al fenómeno de la cronicidad, las enfermeras, en consecuencia, tampoco. Esto es algo que resulta muy patente y, de hecho, el Consejo Internacional de Enfermeras escogió como lema del Día Internacional de la Enfermera el de "Las enfermeras en la vanguardia de los cuidados de las enfermedades crónicas". Además, tiene un buen informe que habla de cómo, en primer lugar, hay que concienciarse, desde el punto de vista de la aportación que como gestoras sanitarias tenemos que hacer al cambio del modelo asistencial, y, por otro lado, habla de la necesidad de la concienciación de las enfermeras en el diseño de las competencias básicas y del resto de figuras que intervienen. Todo esto para facilitar tanto el cambio del sistema como el de nuestra propia progresión de seguimiento y control de cuidados de los pacientes crónicos.

C. Esteban: El modelo asistencial que tenemos es un modelo para agudos, y se nos viene encima la avalancha de crónicos que ya está aquí, y tenemos que reaccionar. Desde el punto en el que me encuentro, por mi trabajo, veo que hay muchos actores en el modelo asistencial, pero quien más se está amoldando y quien es más flexible con respecto a lo que está ocurriendo es el personal de Enfermería, que es quien se está formando y está reaccionando de manera rápida en la medida de lo que puede. Es el colectivo que se está preparando y que está dando respuestas. En el futuro, cuando los gestores se den cuenta del problema, es la Enfermería quien va a tener el papel

fundamental, no solamente a nivel de los crónicos, sino también en la continuidad asistencial. No sé si Bolonia está dando la formación adecuada para este tema, pero sí sé que estar en un contacto más directo con los pacientes, tener más bagaje medicinal, en medicina o asistencia comunitaria, estar en contacto con la promoción y prevención de la salud, está dando a la Enfermería una visión más global que les hace actuar más rápido y mejor.

Desde el punto en el que me encuentro, por mi trabajo, veo que hay muchos actores en el modelo asistencial, pero quien más se está amoldando y quien es más flexible con respecto a lo que está ocurriendo es el personal de Enfermería, que es quien se está formando y está reaccionando de manera rápida en la medida de lo que puede

Clara Esteban

R. Sanz: En cuanto al actual modelo de Enfermería, no da respuesta a los pacientes crónicos, sino simplemente a los pacientes agudos. Esto hay que mejorarlo. En nuestra unidad, la mayor parte de los pacientes son crónicos, en torno al 80%. Las que verdaderamente nos dedicamos a esos pacientes, a parte del médico, somos las enfermeras. No veo muy clara la formación de nuevas especialidades en nuestro caso. Sí es importante tener un mayor conocimiento, mayor formación, mayor especialidad, pero, en nuestro caso, tenemos que saber siempre un poco de todo para poder dar asistencia o cuidados al paciente. A nivel del paciente crónico, hay que mejorar y desarrollar un modelo en el que se potencien unidades que favorezcan el desarrollo de este tipo de paciente. En cuanto a los requisitos de grado o especialidad, siempre está bien formarse y tener mayor conocimiento para dar a cada caso mayor continuidad asistencial.

C. Amado: Estoy de acuerdo con todas vosotras. En cuanto al modelo, da igual, porque nuestro trabajo es la asistencia. Las enfermeras tenemos que cambiar nuestro rol. El futuro de la Enfermería, igual que el futuro de nuestros pacientes, que es la cronicidad, es ser protagonista de esto. Trabajo en un hospital de agudos, los hospitales están dimensionados para atender patologías sumamente complicadas y graves y el perfil de enfermera que se requiere para ese asunto es otro. Soy de formación ATS y la cruda realidad que tenemos en los hospitales es que peleamos por una enfermera de cuidados integrales a un paciente. La realidad del día a día es que el mercado nos demanda en los hospitales ATS, por muy duro que parezca, porque son hospitales de agudos. Valoras a una enfermera con mucha preparación tecnológica, porque te da respuesta a una tecnología que está cambiando continuamente. En cuanto a Bolonia, me parece fantástico. Creo que las enfermeras hemos peleado durante muchos años por hacernos un espacio y por demostrar que tenemos un cuerpo de conocimientos; lo hemos demostrado y esto nos ha dado la razón con el paso del tiempo. Las especialidades son una necesidad indiscutible ahora mismo. Una enfermera tiene que formarse en Pediatría, al igual que se tiene que formar en Comunitaria o en Patología Urgente. Creo que es indiscutible que no valemos para todo, aunque tengamos conocimientos de todo.

S. Fernández: Me uno a vuestra posición: no hay modelo de Enfermería, modelos de cuidados de Enfermería hay varios, pero si hablamos de modelo asistencial. Desde el ámbito de la enfermera en Atención Primaria, se ofrecen servicios a los pacientes crónicos, aunque no están dando respuesta a la demanda actual, probablemente porque no se está cuidando al paciente



Susana Fernández Crespo.

con visión integral y se dan atenciones concretas: programa paciente hipertenso, programa paciente diabético, programa paciente inmovilizado, pero nos falta "unir" todos en uno, pues el paciente es el mismo, pero con diferentes problemas, y necesita respuesta. Creo que muchas herramientas ya existen, pero lo que hace falta es que quien las usa lo haga con una visión integral y continuada del paciente, en este caso la enfermera de referencia. Tristemente, creo que las enfermeras no hemos dado valor a esa visión integral del paciente que marca nuestra profesión. Todavía no hemos tenido la oportunidad, o no nos hemos hecho valer lo suficiente, porque somos las que realmente estamos más cerca del paciente, y las líderes de esta oferta de cuidados continuados a lo largo de la vida de los pacientes. Hoy por hoy, no lideramos realmente los procesos de cuidados a nivel de macrogestión. Cuando tengamos una formación especializada consolidada en cada una de las facetas de la profesión enfermera, y una mayor conciencia de liderazgo, a lo mejor, llegaremos proporcionar esa respuesta que esperan los pacientes con patolo-

gía crónica y a liderar el cambio en los cuidados que precisan estos pacientes.

En la actualidad, con la formación enfermera de grado y el reconocimiento de diferentes especialidades será más factible garantizar la formación específica de enfermeras. La repercusión de esta formación en la calidad asistencial será más palpable cuando se puedan exigir, para el desempeño de la actividad profesional, perfiles de práctica avanzada. Yo considero que las especialidades se han creado dando respuesta a necesidades de cuidados ya existentes. Concretamente, las especialidades de Enfermería geriátrica, de familiar y comunitaria y de Pediatría son un reconocimiento formal a una prestación de cuidados que ya se estaba haciendo.

La enfermera familiar y comunitaria tiene esa visión integradora, ese seguimiento y continuidad asistencial que el paciente crónico necesita. La visión ya está, pero hace falta que las enfermeras, en el ámbito que sea, estemos bien formadas. Hasta hoy ha habido muchos traslados de profesionales enfermeras de ámbitos diferentes considerando que todas las enfermeras valemos para todo, cosa que no debería ser así. En Castilla-La Mancha se han producido grandes cambios de profesionales del ámbito de la especializada al ámbito de Atención Primaria y viceversa y eso ha supuesto tiempos de pausa hasta la nueva formación específica de estos profesionales, en el nuevo ámbito. Esto repercute, evidentemente, en la atención a los pacientes.

Estar más formadas no lleva implícito el cambio en la visión integral del paciente, ni a parcializar el cuidado del mismo, al contrario, garantiza el mejor cuidado enfermero desde el ámbito en el que se presta.

N. Artaza: Recupero la última idea de que Bolonia está bien, porque todo lo que sea más conocimiento supone mejoras. No sé si no nos hemos hecho valer o qué ha pasado, pero a pesar de que nosotras tenemos el concepto muy claro, el tema de la continuidad no está funcionando y no es una realidad, aunque en vuestra realidad, a un nivel más "micro", la intentéis llevar a cabo. ¿Cuáles son las barreras reales? ¿Por qué no os hacéis valer: porque no os reconocen o porque no habéis sido capaces de decir hasta dónde llega vuestra función? ¿Qué es lo que ha pasado?

M. Camps: Creo que podríamos profundizar en algunas de las intervenciones anteriores. Alguien decía que las enfermeras se están moviendo y ahora decimos que no nos hacemos valer; estos son mensajes contradictorios. Creo que la enfermera, por su propio perfil, está preparada para afrontar ciertos retos. Nuestra mirada sobre el paciente es única y pocos profesionales tienen esa visión integral del mismo; es decir, que eso lo tenemos pero, ¿por qué eso no repercute o no es visible? Aquí sí tenemos que hablar de sistema y de modelo. Creo que nos ponemos a trabajar y nos acomodamos en el microámbito en el que nos situamos, e intentamos responder a lo que se espera de nosotras en un nivel muy próximo. Las enfermeras se preocupan de cuidar bien a sus pacientes, de hacer un informe de continuidad de cuidados que llegue a Atención Primaria, pero surgen barreras que deben eliminarse utilizando herramientas gestoras y trabajando desde la interdisciplinariedad. Creo que se trata de aprovechar nuestro bagaje y utilizar el cambio en el perfil del usuario, llamémoslo envejecimiento o cronicidad, como una oportunidad para realmente hacer lo que tenemos que hacer y para lo que estamos preparadas. Seguramente hay que incidir en esas figuras nuevas, co-

mo son la enfermera gestora de casos o la enfermera de enlace, y aprovechar otros elementos emergentes, como son las nuevas tecnologías aplicadas a nuestro ámbito, para ser visibles y que eso se traduzca en una mejor atención al paciente y su familia. Creo que sí tenemos un bagaje y una base consistente, mejorada gracias a los nuevos planes de estudios y que podemos ser mejores.

M.J. Ruiz de Ocenda: Creo que es un error hablar de que el actor principal es la enfermera, eso no es cierto, o no debe ser cierto. El actor principal es el paciente y el foco lo tenemos que poner en él. Creo que hemos llegado a esta situación por muchos motivos. Primero porque las enfermeras hemos pasado de ATS a diplomadas, y ahora estamos hacia el grado. Con quien teníamos que haber trabajado mano a mano, que son con nuestros compañeros los médicos y los asistentes sociales, no lo hemos hecho, porque cada uno tenía su prioridad y unos intereses muy concretos, en muchas situaciones nos olvidábamos del paciente. Si to-



M.ª Jesús Ruiz de Ocenda García.

dos los colectivos que trabajamos en el sistema conseguimos enfocarnos al paciente, seremos capaces de ir más de la mano. Nosotras, por ejemplo, nos hemos preocupado más por cómo nos comunicábamos con la enfermera de Atención Primaria que de cómo nos comunicábamos con el médico que estaba tratando al enfermo, y eso da lugar a fragmentaciones. Ahora tenemos que aprovechar la oportunidad, porque viene un tren cargado de regalos y esto sucede pocas veces. Creo que no se trata de que nos hagamos visibles, porque ya lo somos; si no lo fuéramos, no estaríamos haciendo este tipo de debates y esto es un primer paso. Por ejemplo, en la Consejería de Andalucía existe una dirección de cuidados y eso es estar anunciando que las enfermeras tenemos mucho que decir en este modelo que necesita cambiar. A mí, el que se me dé la oportunidad de ser la líder en el proyecto de las competencias, que forma parte de uno de los proyectos de cambio en la sanidad vasca, me parece otra oportunidad; son regalos, pero bien merecidos. Con respecto a las especialidades, tengo miedo a la atomización. Ojala seamos capaces de no reproducir los mismos errores que, por inexperiencia u otras razones, han cometido nuestros compañeros los médicos. Tenemos que estar alertas. Creo que tenemos mucha visión de cómo han ocurrido las cosas en otro tiempo y que tenemos que ser capaces de movernos todos por el paciente.

P. Arroyo: Se ha comentado que podía haber una contradicción entre que las enfermeras somos las que mejor nos adaptamos y entre que a mayor formación, mayor calidad. Yo no creo que sea contradictorio que las enfermeras nos adaptemos y que nos formemos mejor para dar mayor calidad. Creo que es importante que las enfermeras nos adaptemos a los cambios, porque es algo histórico, es una

de nuestras competencias. Nuestro propio devenir nos ha obligado a irnos adaptando, porque provenimos de una actividad con una naturaleza especial: los cuidados. Tenemos una actitud cuidadora. Por otro lado, es verdad que, a pesar de la mayor formación, no se nos ha visto lo suficiente, pero esto no es incompatible con que tengamos mayor capacidad de adaptación. Hay un estudio, que hizo la Fundación Sanofi-Aventis en 2005, que se llamaba "Reinventar los Hospitales". Hicieron

El Grado y las especialidades son muy importantes pero, como no seamos capaces de encontrar y diseñar una nueva ubicación dentro del sistema asistencial, con mucho más protagonismo y también con más exigencias en el contexto profesional, puede volver a pasarnos lo mismo: volveremos a no trascender con la magnitud que se merece por derecho propio la profesión enfermera

Pilar Arroyo

en él un análisis que me llamó la atención y quiero recuperar. Decía que, si bien la profesión enfermera había dado un paso importante en su momento (en el año 1977, cuando se implantan los estudios de Enfermería en la universidad), no habíamos sabido aprovechar la oportunidad de trascender más dentro del sistema sanitario y no se había logrado provocar ese cambio esencial en los profesionales, porque no habíamos llegado a pasar al estatus del "cognitariado", es decir, de aquellos que elaboran, crean y producen. Decían que no habíamos sido capaces de trascender y nos habíamos quedado en una mentalidad proletaria, en el sentido de que solamente producimos, no creamos. Por esto, no se nos reconocía el gran salto que habíamos dado. Creo que, por estas cosas, el futuro de la profesión enfermera depende, en cierto grado, de la formación académica. El Grado y las

especialidades son muy importantes pero, como no seamos capaces de encontrar y diseñar una nueva ubicación dentro del sistema asistencial, con mucho más protagonismo y también con más exigencias en el contexto profesional, puede volver a pasarnos lo mismo: volveremos a no trascender con la magnitud que se merece por derecho propio la profesión enfermera.

Los pacientes crónicos que están siendo atendidos por personal de Enfermería, que ya es una realidad, se sienten respaldados por alguien preparado y más cercano para ellos que el médico

Carmen Amado

C. Amado: Es verdad que nosotras nos hemos hecho invisibles para el paciente. En Atención Primaria, el paciente solo ve la necesidad de la enfermera cuando tiene un problema de salud. En mi experiencia, en la comunidad de Galicia, llevamos trabajando con el informe de la continuidad de cuidados mucho tiempo y la realidad es que nuestro informe no llega a nuestras compañeras de Atención Primaria, porque el paciente no lo cree necesario: llevan el informe del médico, pero el de la enfermera no. La verdad es que no nos hemos hecho valer ante el paciente, que es al que nosotros tenemos que venderle nuestro producto. Ahora, lo que ocurre es que con el tema de los enfermos crónicos todo el mundo se acuerda de que las enfermeras tenemos un papel fundamental, tanto en el sistema como con la atención del paciente. Los pacientes crónicos que están siendo atendidos por personal de Enfermería, que ya es una realidad, se sienten respaldados por alguien preparado y más cercano para ellos que el médico, pero hasta ahora esto no pasaba. Nos encontramos en esta situación por el aumento

de pacientes crónicos y porque estos consumen muchos recursos, en una etapa de crisis económica; en este sentido, las enfermeras gestionamos muy bien los recursos económicos.

N. Artaza: Vamos a pasar a la siguiente pregunta, que encaja con lo que estábamos diciendo. Hablemos de la implementación de estas figuras de Enfermería con respecto a la actual estructura y modelos de gestión. Creo que han salido temas importantes ya, como el grado o las especializaciones, que están bien, pero aquí, o nosotras establecemos nuestra actuación, nos hacemos valer y recuperamos ese estatus cognitivo que no se nos ha reconocido, o no hay manera. Desde un punto de vista más práctico, ¿cómo se tiene que hacer ese encaje?, ¿cuál es vuestra postura con respecto a este tema?

S. Fernández: Creo que está claro que, encajar, ya encajan estas figuras nuevas, porque son un reconocimiento académico de una actividad que se venía realizando desde hace mucho tiempo. Cuando hablamos de las nuevas figuras, estaría bien matizar a qué nos referimos. Por mi parte, entiendo que hablamos de las nuevas figuras creadas académicamente, es decir, las enfermeras de grado y las enfermeras especialistas. Si nos centramos en esto, vemos que ya encajan.

Si por otras nuevas figuras entendemos perfiles de enfermera de enlace, enfermera de gestión de casos, etc., ya existen en algunos servicios de salud, y se van creando en otros.

Me gustaría decir que, antes de hablar de nuevas figuras, deberíamos hablar de que realmente las plantillas enfermeras no están dimensionadas para responder adecuadamente a la necesidad de cuidado de las poblaciones que atendemos. Antes de im-

plementar nuevas figuras, creo que habría que reconocer que estamos en una ratio enfermera/paciente baja para garantizar un cuidado de calidad y seguro. Esta es una cuestión fundamental. Está claro que estas figuras “nuevas” no pueden entrar en competencia o rivalidad, y tampoco deben cuidar al paciente por parcelas estanco de cuidados, pues iríamos en contra de la filosofía fundamental del cuidado enfermero.

Además, para garantizar la continuidad de cuidados que necesita el paciente con patología crónica, también hay que apostar por usar las nuevas tecnologías, como son la historia clínica electrónica común o el uso de otro tipo de comunicaciones on line, que facilitarían en gran medida esta visión longitudinal del paciente, así como la comunicación y coordinación entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales.

B. Gala: Respecto a las especialidades, no debe perderse de vista que la homogeneización de nuevo, esta vez en forma de especialidades, puede



Bienvenida Gala Fernández.

hacer que estas pierdan valor. Tengo en mente cómo podría ser ese nuevo sistema del que hemos estado hablando y no veo a todas las enfermeras como especialistas, porque al final acabaríamos en el mismo saco; es decir, cuando todo el mundo es igual, nos quedamos como estamos. En nuestra comunidad, vemos que ya están encajando. Tenemos enfermeras especialistas, enfermeras generalistas sin especialidad pero con una exquisita formación continuada y tenemos enfermeras de prácticas avanzadas, como la enfermera gestora de casos o las de paliativos; además, se está trabajando en la implementación de otras nuevas prácticas avanzadas, especialmente en el ámbito de las urgencias y en el escenario del mayor institucionalizado. Por tanto, optar por modelos interdisciplinarios con equipos organizados en relación a la cobertura de objetivos de salud para los pacientes o distintos grupos poblacionales, es acertado según la bibliografía disponible. Realmente, lo que se necesita para dar una respuesta adecuada al paciente, objetivo prioritario de cualquier sistema sanitario público, es un modelo en el que sean capaz de convivir todas las figuras necesarias: no van a ser todas enfermeras generalistas ni especialistas, sino que tienen que convivir diferentes profesionales de cuidados conformando un equipo de Enfermería sólido. Así lo han hecho países referentes en el campo de los cuidados, como Canadá, Reino Unido, Australia...

Realmente, lo que se necesita para dar una respuesta adecuada al paciente, que tiene que ser lo primero, es un modelo en el que sean capaz de convivir todas las figuras que sean necesarias tienen que convivir diferentes modelos de organización del trabajo en Enfermería

Bienvenida Gala

M.J. Ruiz de Ocenda: Tampoco veo el mapa asistencial lleno de especialistas porque, por ejemplo, yo no creo que todos los puestos de Atención Primaria tengan que estar cubiertos por una enfermera especialista. Para mí, sí encaja, pero hay que hacer encaje de bolillos, basándonos en la atención que tenemos que dar. Hablando de estos nuevos perfiles que han ido creciendo en Cataluña, en Andalucía, etc., nosotros estamos tratando de saber cuáles son las figuras más adecuadas para nuestro sistema en particular, porque, aunque tiene mucho en común con los vuestros, tiene sus especificidades. Encajar, claro que tiene que encajar, pero seguramente tendremos que hacer delimitación de competencias, viendo hasta dónde llega cada una. Es verdad que las enfermeras somos versátiles, pero quizás por eso estamos desdibujadas. Creo que ahí tenemos que poner el esfuerzo de ver qué perfiles son los que tenemos que desarrollar y dónde. Puesto que estamos hablando del paciente crónico, creo que uno de los problemas es ese gran vacío que tenemos en el sistema, que es la coordinación. Además de tener un papel asistencial, la enfermera va a tener que coordinar recursos, coordinarse con el hospital, con el espacio social, coordinarse para que tenga el recurso físico en el domicilio, coordinar una atención al cuidador, etc. Encajan, pero tenemos que cambiar nuestras estructuras, porque hay que probar esos perfiles y saberlos encajar con lo que hay que hacer. Para esto tenemos que hacer la reflexión de qué es lo que necesita el ciudadano. Además, tenemos muchos profesionales de ciencias de la salud a quienes, con todo esto del protagonismo de la enfermera, podríamos dejar de lado, y también sería un error.

M. Camps: Para hablar de cosas concretas, os puedo ofrecer nuestra pequeña experiencia. Ya os he explicado

que vengo del mundo sociosanitario y que hemos pasado una reconversión en el año 2002 que conllevó un reto para nuestras enfermeras, porque nuestros centros eran tradicionalmente de atención aguda, sobre todo de donde yo procedo, que era un hospital básicamente quirúrgico. Ahora llevamos unos años con el nuevo perfil y, a nivel de adaptación del cambio, se nota el paso del tiempo y el profesional se encuentra situado en la nueva realidad y trabaja desde los valores contemplados en nuestro plan estratégico, Ben Atès: el trabajo en equipo, la comunicación, la profesionalidad y la orientación al cliente. En el año 2008, nuestra Comisión de Cuidados Autonómica puso en marcha un proyecto: se creó un grupo de trabajo de enfermeras entre Atención Primaria y Atención Especializada; así se ha creado la figura de la enfermera de enlace hospitalaria, que en otras comunidades ya estaba desarrollada (nos hemos basado bastante en el modelo andaluz). El objetivo fundamental de esta figura es facilitar la continuidad de cuidados, situando a paciente y familia en el centro del sistema y favoreciendo la transición al domicilio u a otro recurso mediante la coordinación de los diferentes niveles asistenciales. Creo que esta es la base de la eficiencia: tener muy claras estas estructuras es la base para que el sistema sea eficiente. Nosotros ahora mismo estamos pilotando esta figura en colaboración con dos centros de salud y en uno de nuestros programas, el de atención a pacientes pluripatológicos. Es algo muy reciente y todavía no os puedo ofrecer resultados. Atención Primaria desea objetivar el impacto de su enfermera gestora de casos, por ejemplo, en reducción de ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias. Nosotros estamos convencidos de que nuestras estancias medias van a ser más cortas y de que los resultados de salud del paciente y la calidad asistencial mejorarán. Con respecto a

las nuevas tecnologías, estamos inmersos en un proyecto de historia clínica electrónica paralelo al de la historia de salud de nuestra comunidad. Se está creando un instrumento a la medida de nuestras necesidades, que ayuda y refuerza nuestro pilar, que es la interdisciplinariedad. Somos un equipo de trabajo luchando por una meta común: mejorar la situación de salud del paciente y la familia, y eso se consigue utilizando como herramienta de comunicación las reuniones interdisciplinarias. Pensamos, por lo tanto, que las nuevas figuras que se están creando encajan en la nueva realidad asistencial y tienen mucho que aportar.

B. Gala: En Andalucía implantamos la enfermera gestora de casos o la enfermera de enlace en el año 2002. Es cierto que ahora se está haciendo una redefinición del modelo con una orientación muy clara a los pacientes crónicos complejos, porque es cierto que cuando se desarrolla un proyecto nuevo, en el proceso de mejora continua, es necesario evaluar para redefinir y mejorar. Con esta redefinición se ha visto dónde se obtienen los mejores resultados y es cierto que esa coordinación y esa mejor respuesta se dan sobre todo en pacientes crónicos. Por eso se intenta que ese nuevo modelo se centre más en el paciente crónico complejo, sabiendo que es la mejor forma de obtener resultados. Un modelo de gestión de práctica avanzada se tiene que adaptar al entorno en el que está y, por tanto, que funcione en Andalucía no quiere decir que funcione igual en otras comunidades.

M.J. Ruiz de Ocenda: Creo que los que vamos un poco más tarde tenemos la ventaja de ver la evolución que se ha hecho en otras comunidades y el giro que están dando. Hemos visto que hay que implantar la figura de la gestora de enlace y la gestora de continuidad, en Atención Primaria y en el

hospital, pero también es necesaria la figura de la enfermera que asiste a ese paciente crónico muy complejo, con el objetivo de intentar mantenerlo en el domicilio cuanto más tiempo mejor, no solo por el coste, sino porque para el paciente el hospital es un medio agresivo.

C. Amado: Creo que siempre tenemos que colocar al paciente en el centro de nuestro sistema, porque muchas veces nos olvidamos de qué es lo mejor para él. Nosotros vamos a trabajar en la enfermera gestora de casos desde los servicios centrales del Servicio Gallego de Salud y hemos hecho un pilotaje con un tipo de paciente que prevalece en los centros de agudos, que es el paciente con insuficiencia cardiaca: es un paciente crónico que tiene muchos ingresos hospitalarios por su descompensación. Hemos puesto una enfermera que hace de enlace y de gestora, como una mezcla de ambas; es la experta a la que las enfermeras de gestión primaria consultan cuando tienen un problema y ella intenta solucionar el problema sin que llegue el paciente al hospital. Físicamente, esta enfermera está en el hospital, porque, aunque tenemos el decreto, no estamos actuando como un área integrada. Me duele mucho decir que la idea partió de los servicios médicos de Cardiología, cuando tendría que haber partido de los servicios de Enfermería. Hemos conseguido nuestro objetivo, que es que el paciente esté atendido en su domicilio y, como mucho, en un centro de Atención Primaria. Además, la enfermera protagonista sigue siendo la enfermera de Primaria, como no podía ser de otra manera. Procuramos que el paciente no tenga que pasar por urgencias, porque supondría un ingreso seguro por todas las patologías que tienen este tipo de enfermos.

B. Gala: Tenemos que ir hacia un modelo que integre al paciente y no a la

patología, por lo que no debemos caer en reproducir especialidades médicas en el ámbito de la Enfermería. Este es un elemento fantástico, pero debe servir más de consultora para el profesional que de experta en cada cosa para el paciente. No tenemos que poner al paciente una enfermera experta en cada patología que tenga para no volver a fragmentarle.

C. Amado: Este es uno de los miedos que yo tengo. Al paciente lo tratan dos enfermeras indistintamente, por problemas organizativos, para cuando falte una, pero hago hincapié en que hay que poner objetivos claros en el tratamiento de estos pacientes. En los hospitales también tendemos a secuestrar pacientes. Las consultas de Enfermería de los hospitales están repitiendo el modelo médico, citando periódicamente a los enfermos, y eso no puede ser, porque el hospital no es el mejor sitio para el paciente.

C. Esteban: Nosotros, para crear nuestro modelo, nos estamos fijando en lo que están haciendo fuera de España. Lo que está surgiendo ahora



Clara M.ª Esteban Escobar.

son las vías clínicas, que suponen crear un entorno compuesto por todo el sistema, en el que el protagonista sea el paciente. Están los equipos médicos, de Enfermería, los asistentes sociales, etc. Para que todo esto funcione, se necesita información común, coordinación y tener en cuenta que el paciente es el protagonista y cambia constantemente. Si el sistema está bien hecho, bien coordinado y con buena información, te tienes que ir adaptando. Hay que destacar el papel de los trabajadores sociales, porque realmente no solo es patología lo que tiene el paciente.

S. Fernández: Desde mi punto de vista, muchas veces la cronicidad surge porque ha habido un fracaso de las actividades de promoción y prevención, que deberían haberse realizado, en muchas ocasiones, por enfermeras. Los profesionales de la salud no tenemos un papel proactivo en la promoción de la salud y evitación así de la enfermedad crónica.

Con una formación más específica de las enfermeras y una clara identificación de competencias y servicios que debe ofrecer la enfermera, así como una dimensión de plantilla según necesidades de cuidado de la población a atender, posibilitaremos el mejor cuidado integral y continuado a los pacientes. Desde el nivel de Atención Primaria, tenemos la suerte de cuidar al individuo desde que nace hasta que se muere, en los distintos lugares donde vive se educa o trabaja.

La falta de visión integral y de trabajo en equipo nos hace tener déficit en áreas de cuidados de los pacientes con pluripatología. Debemos dedicar mucho esfuerzo y tiempo a prevenir la cronicidad de las enfermedades, desarrollando estrategias de educación para la salud y fomentar el autocuidado y buscando la corresponsabilidad

del paciente en su proceso de salud-enfermedad. La apuesta por las actividades de promoción debe ser clara y reconocer que estas estrategias no dan resultados a corto plazo.

Desde luego, cuando tenemos que abordar el cuidado del paciente con patología crónica o cualquier otro problema de salud, tendremos que buscar la mejor coordinación de los recursos existentes para proporcionar la asistencia de más calidad y de mayor seguridad.

P. Arroyo: En relación a este fenómeno de la cronicidad, se hacen necesarias las nuevas figuras de las que hablábamos para conseguir el éxito, siempre que se den dos premisas. La primera es que se revisen realmente las carteras de servicios y los modelos organizativos capaces de dar esas prestaciones; la segunda, que se planifiquen las competencias concretas de esas nuevas figuras. Tampoco creo que haya una contradicción entre una visión integral de la enfermera generalista de Atención Primaria y la enfermera especialista, gestora de casos o de enlace. Pien-



Pilar Arroyo Gordo.

so que no hay una contradicción entre la visión integral y estas figuras específicas. El CIE también tiene marcos orientadores de conceptualización de todas estas figuras y es una de las instituciones que más defienden la formación y el desarrollo de la enfermera generalista, pero no puede volver la cara a fenómenos que están sucediendo en el ámbito de la salud y define a las enfermeras de prácticas avanzadas y las diferencia bien de las enfermeras generalistas. El CIE habla de estas nuevas figuras, destacando su capacidad de diagnóstico y prescripción y de seguimiento y control de pacientes. Por eso creo que estas figuras encajan dentro del sistema y pueden contribuir en gran medida a la sostenibilidad.

N. Artaza: Aprovechando que sacas el tema de la sostenibilidad, nos faltaría hablar sobre qué impacto creéis que van a tener estas nuevas figuras con respecto a la eficacia y sostenibilidad del sistema.

C. Amado: Lo que está claro es que la sostenibilidad del sistema es difícil en nuestro país, puesto que los recursos



Carmen Amado Aller.

sanitarios se llevan gran parte de nuestros presupuestos. Ahora mismo, se ha puesto encima de la mesa este problema por la crisis económica. Los gestores estamos viendo las grandes dificultades económicas que estamos teniendo para poder mantener nuestras plantillas y poder seguir dando unos mínimos de calidad en atención al ciudadano, y más con lo que se nos viene encima, como los pacientes patológicos, con mucha demanda de cuidados y mucha demanda de atención. También estamos viendo que el hospital es el peor sitio en el que puede estar el paciente, tanto por él como por los recursos económicos. Por tanto, creo que esta es la mejor solución, independientemente de la solución asistencial, que también lo es.

P. Arroyo: Es muy importante, de cara a la sostenibilidad, el hecho en sí de la prevención. Tecnológicamente estamos muy avanzados para dar unos cuidados de la mejor calidad y competentes en resultados, pero la sostenibilidad no pasa por inversión en tecnología; y menos con este fenómeno de la cronicidad. Para esto es muy importante la prevención de la cronicidad con el cambio de hábitos de vida y el conjunto de medidas que evitarían la aparición de enfermedades crónicas. También es fundamental la prevención de las complicaciones y discapacidades que pueden producir las enfermedades crónicas. De cara a la sostenibilidad, la prevención es fundamental, y de cara a la cronicidad, la prevención de las complicaciones y discapacidades que pueden producir las enfermedades crónicas mucho más.

M.J. Ruiz de Ocenda: Creo que, dentro de la sostenibilidad, el gran impacto sería este: la prevención y el retraso de estas discapacidades. Cuando hablo de sostenibilidad, hay una cosa que me preocupa mucho a medio-lar-

go plazo, y es que la edad media de las enfermeras está en torno a los 48 años. Hay que conjugar el crecimiento de nuevas figuras con el mantenimiento de las existentes. Me preocupa mucho el que no vamos a dar abasto por número de personas, de enfermeras.

M. Camps: Quería hablar de la relación entre sostenibilidad y nuevas generaciones de enfermeras. A veces pienso que a causa de la transición de diplomatura a grado, no ingresan enfermeras en las universidades y, por tanto, tengo la sensación de que tendremos menos enfermeras durante algunos años. Me pregunto si realmente hasta que salgan las enfermeras graduadas tendremos problemas en este sentido. Con respecto al tema de la prevención, para mí y desde el ámbito en el que trabajo, considero que es fundamental. Creo que el papel de la enfermera en la detección del riesgo, en su monitorización y en la educación al cuidador, que es una figura fundamental, es muy importante. Si conseguimos unir a esto un aumento del protagonismo del paciente en el proceso de cuidados, conseguiremos la sostenibilidad deseada.

S. Fernández: Potenciar estrategias de promoción y de educación para la salud, que tienen la suficiente evidencia científica y garantía de eficacia y eficiencia, creo que implica un gran impacto en la salud de la población y bajo coste (hablando de inversiones en tecnología) y serían buenas oportunidades para lograr mayor sostenibilidad del sistema. Hay que reconocer al paciente como el propio gestor de su enfermedad y darle herramientas para que así llegue a sentirlo. Las nuevas figuras de enfermeras de práctica avanzada están destinadas a llevar a cabo estrategias de este tipo, pero hace falta una apuesta importante por parte de las administraciones, se puedan desarrollar realmente.

Potenciar estrategias de promoción y educación para la salud, que tienen la suficiente evidencia científica y garantía de eficacia y eficiencia, creo que implica un gran impacto en la salud de la población y bajo coste (hablando de inversiones en tecnología) y serían buenas oportunidades para lograr una mayor sostenibilidad del sistema. Hay que reconocer al paciente como el propio gestor de su enfermedad y darle herramientas para que así llegue a sentirlo

Susana Fernández

P. Arroyo: La sostenibilidad no es equivalente a economía o "baratura". No solamente hay que buscar el abaratamiento, sino también la eficiencia.

B. Gala: Con el tema de la gestión de casos, hay un estudio que han hecho compañeros en Andalucía sobre la efectividad del modelo. Estas enfermeras tienen una capacidad importante para detectar poblaciones vulnerables y sacarlas a la luz, con lo que eso reduce finalmente el coste, puesto que empiezas a trabajar antes. También son capaces de hacer que muchos más profesionales intervengan sobre ese paciente, es decir, evitando la fragmentación, la duplicidad de consultas y esto disminuye los costes. Además destaca la racionalización de los recursos y cómo disminuye la frecuentación al centro de salud, tanto del paciente como del cuidador. Apuesto por un modelo de coste-efectividad como este, con la enfermera como referente.

C. Amado: Se ha puesto en marcha la Escuela de Ciudadanos, enfocada a que ciudadanos con patologías crónicas formen a otros pacientes con el mismo problema, por lo que lo ven mucho más cercano. Se han hecho tres o cuatro ediciones de algunas patologías.



Rebeca Sanz Paredes.

N. Artaza: Vamos a hacer una breve conclusión del debate. En relación a la primera pregunta, destacaría que no tenemos que hablar de modelo de Enfermería, sino de modelo asistencial, y que tenemos un modelo reactivo, no proactivo, donde el paciente tiene una relación episódica con el sistema. Tenemos buena respuesta, pero hacia agudos, no enfocada al paciente crónico, al que perdemos de vista. Me gustaría destacar el valor de la adaptación, la flexibilidad y la capacidad intrínseca a la propia profesión. En cuanto a Bolonia, me gustaría decir que con el grado y la especialidad se ha hecho un avance, pero que lo realmente importante es generar ese espacio competencial y hacer una buena definición de modelo para que pueda defenderse, de acuerdo a unos protocolos, la nueva práctica diferenciada de la que se viene haciendo. Me parece muy importante el tema de la atomización y que no hay que perder el norte con microespecialización o microenfermería porque, si no, se va a perder el objetivo de estas nuevas definiciones, que es conseguir esa transversalidad y trazabili-

dad del paciente, que tiene que ser el foco. La única manera de conseguir sistemas integrados es que no hablemos de "mi ámbito competencial", sino del modelo enfocado a que el paciente y sus cuidadores reciban una atención integrada. Tenemos que empezar a hablar de un modelo que integra al paciente y no a las diferentes profesiones. Me gustaría destacar la idea de que los otros profesionales reconozcan nuestro estatus cognitivo, y dejemos de ser productoras para convertirnos en creadoras de conocimiento.

Me parece muy importante el tema de la atomización y que no hay que perder el norte con microespecialización o microenfermería porque, si no, se va a perder el objetivo de estas nuevas definiciones, que es conseguir esa transversalidad y trazabilidad del paciente, que tiene que ser el foco

Naiara Artaza

En relación a la segunda pregunta, creo que lo importante es dimensionar: tener esa ratio de la plantilla para dar una respuesta a las necesidades que existen actualmente y, sobre esa base, hacer una buena definición de perfiles necesarios que puedan dar respuesta a esas necesidades. Hay también que especificar muy bien un marco competencial y un área de actuación. Creo que la formación continuada tendría un papel fundamental aquí. Tiene que haber encaje y hay que hacerse un hueco. Otra idea importante es que la necesidad de un nuevo modelo asistencial no es un tema solo de Enfermería, sino de muchos otros profesionales. En la medida en que pensemos que el negocio no es la profesión, sino atender al paciente de una forma integral, dejaremos de mirarnos a nosotros mismos y nos centraremos en lo realmente

importante, que es el proceso. Las vías clínicas son una buena definición para ayudarnos a entender qué tenemos que hacer y cómo, cómo relacionarnos o coordinarnos con otros profesionales sanitarios y cómo gestionar recursos y desarrollar esas capacidades.

En cuanto a la eficiencia y la sostenibilidad, al final se trata de sentido común. En la medida en la que nosotros gestionemos mejor los recursos, nos coordinemos mejor y tengamos una vía de cuidados bien reconocida, nos vamos a ahorrar dinero. No solo tendremos

resultados económico-organizativos, sino que también vamos a tener mayor satisfacción los profesionales y el paciente. La prevención va a ser lo que más impacte en el sistema y educar al paciente y al educador también. Con la alianza de la prevención-promoción y una buena ecuación-responsabilización del paciente, que no es muy caro, se puede conseguir un impacto tremendo. Los estudios de coste-efectividad hay que hacerlos. Pongo sobre la mesa la necesidad de la que siempre hablamos, pero las cosas hay que probarlas.