



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

LA APORTACIÓN ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE LOS CUIDADOS

Jornadas Nacionales
Enfermería 



ANDE Asociación Nacional
de Directivos de Enfermería


CECOVA
Colegio de Enfermería de Alicante

GNEATUPP


ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

LA APORTACIÓN ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

ISBN:



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

LA APORTACIÓN ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE LOS CUIDADOS

ANDE Asociación Nacional
de Directivos de Enfermería


CECOVA
Colegio de Enfermería de Alicante

GNEATUPP
Asociación Nacional de Enfermería de Urgencias y Traumatología


Asociación de
Enfermería Catalana

Con la colaboración especial de:



ribera salud grupo

CONTENIDO

AUTORÍA.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
VISIÓN DE LAS ORGANIZACIONES.....	12
PRESIDENTE ANDE.....	12
PRESIDENTE CECOVA.....	14
PRESIDENTE ASOCIACIÓN ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC).....	16
COMITE DIRECTOR GNEAUPP.....	18
ÁREA 1: Modelos actuales en cuidados. Su contribución a la eficiencia y a la sostenibilidad.	21
ÁREA 2: Análisis de los nuevos modelos. Su impacto en la gestión y en los presupuestos.	47
ÁREA 3: La gestión del cambio. Herramientas y liderazgo. Oportunidades y amenazas.	75
ÁREA 4: La implicación de los profesionales en la salud. Innovación, eficiencia y sostenibilidad ...	105
CONCLUSIONES GENERALES.....	141
RELACIÓN DE COLABORADORES POR ÁREAS.....	147
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.....	150
La bibliografía se podrá encontrar en la página web www.jnealicante.com	
COMUNICACIONES Y PREMIOS.....	151

AUTORIA

AUTORÍA INTRODUCCIÓN

D. Alberto Giménez Artes

Presidente de la Fundación Economía y Salud

Presidente del Grupo Casaverde

COORDINADORA GENERAL DE LA OBRA, MODERADORA Y COORDINADORA DEL ÁREA 1

Dña. Blanca Fernández-Lasquetty Blanc. Enfermera.

Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real

Vocal de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)

MODERADOR Y COORDINADOR DEL ÁREA 2

D. Carlos Peña Laguna. Enfermero.

Director de Enfermería del Área de Salud IX del Servicio Murciano de Salud

Vocal comité científico FEyS

MODERADORA Y COORDINADORA DEL ÁREA 3

Dña. Mercedes Ferro Montiu. Enfermera y Licenciada en Antropología.

Jefa de Sección de Atención SocioSanitaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Vicepresidenta de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)

MODERADOR Y COORDINADOR DEL ÁREA 4

D. Alberto González García. Enfermero.

Unidad de Neumología Caule-Leon

Blogger Gestion de Enfermeria

INTRODUCCIÓN

FUNDACIÓN ECONOMÍA Y SALUD

La Fundación Economía y Salud tiene como principal misión fomentar estudios y debates que contribuyan a la mejora del sector salud en España tratando de ponerlo en valor como uno de los motores económicos del país y uno de los principales pilares sobre los que se apoya una sociedad más segura, justa, productiva y feliz.

Con esta misión se realizaron las I Jornadas Nacionales de Enfermería bajo el título “La aportación enfermera a la sostenibilidad del sistema sanitario, repercusión económica de los cuidados”.

Fue fácil ponerse de acuerdo con Jesús Sanz (presidente de ANDE), José Antonio Ávila (presidente de CECOVA) y Belén Paya, (Presidenta del Colegio de Enfermeras de Alicante) cuándo con ocasión del XIX Congreso de Hospitales decidimos llevar a cabo estas jornadas. Iniciativa a la que se sumó posteriormente Pablo Lopez (GNEAUP) y José Ramón Martínez (Asociación de enfermería comunitaria).

Para ellos era una oportunidad: poner en valor la profesión de enfermera, no sólo desde su lado clínico si no desde su capacidad de gestión. Para nosotros, se trata de cumplir con nuestra misión desde una primera intuición, hoy plenamente confirmada después de meses de trabajo, que nos decía que la enfermera no solo es el prototipo de profesional más cerca de los cuidados sino que esa manera de acercarse al paciente, esa mayor visión global de sus circunstancias sanitarias y sociales le coloca en una de las mejores posiciones para comprender y llevar a cabo el cambio de modelo al que debe orientarse nuestro sistema de salud.

Sabemos bien que la Sanidad Española es una de las mejores del mundo. Sin embargo, vivimos momentos complicados en los que se ven amenazados los logros conseguidos al ponerse en cuestión su sostenibilidad. No es algo exclusivo de España sucede en muchas partes del mundo. Lo más común por fácil es acudir al recorte de servicios. Lo difícil, pero es lo que hay que hacer, es buscar la eficiencia en los procesos, en la gestión, en los recursos. Hacer lo mismo con menos gasto.

Nos encontramos ante un modelo extremadamente directivo y piramidal, mirándose demasiado hacia sí mismo, lleno de rigideces que impiden que afloren propuestas. Necesitamos organizaciones centradas en las verdaderas necesidades de las personas, pensando en ellas más que en sus propias estructuras. Es necesario ofrecer una atención integral a la persona para adaptar los recursos a sus necesidades, huyendo del hospitalocentrismo y fomentando la atención a domicilio, recursos alternativos a los hospitales de agudos, asistir al crónico en su cronicidad, evitar la reagudización de sus patologías, fomentar una mayor comunicación entre dos sectores que han vivido de espaldas, con recelos y desconfianzas: el sanitario y el social.

La figura del gestor de casos liderada por la enfermera aparece claramente como una figura necesaria en este nuevo modelo de atención integral y asignación de recursos.

Necesitamos políticas presupuestarias más activas en la prevención y promoción de la salud. España es el segundo país en esperanza de vida pero por debajo de la media de la OCDE en calidad de vida, es decir vivimos más años pero con peor salud. La

persona es la primera que debe responsabilizarse de su propia salud y debe hacerlo desde edades tempranas donde ya se vislumbra un papel importante de la enfermera en las escuelas y colegios.

Los profesionales, y hoy hablamos de las enfermeras pueden y deben tomar decisiones sobre la gestión clínica, sobre la gestión de recursos, sobre la prescripción y hacerlo flexibilizando las rigideces.

Cuando los gobiernos tomen decisiones sobre las políticas a seguir deben ser muy conscientes que nos encontramos ante un círculo virtuoso donde a más salud menos gasto y consecuentemente más presupuesto disponible para generar salud. Por eso este sector es tan estratégico.

Después de años de fuertes inversiones por parte del Estado central en Infraestructuras, le toca el turno a la Sanidad junto con la Educación. Ya hemos modernizado el país (es uno de los primeros en vías rápidas, en puertos y aeropuertos), hagámoslo ahora más sano, mejor formado.

Cuando hablamos de cambios en los modelos productivos, como consecuencia de la crisis sufrida, pensemos sin dudar que la sanidad puede y debe ser uno de ellos, para hacer crecer nuestra economía y empleo, para exportar conocimiento y salud.

Pero tenemos que hacernos creíbles. Tenemos que demostrar nuestra capacidad para ser eficientes, convencer a nuestras autoridades, sobre todo económicas que destinar inversiones en Salud es algo muy productivo, que sabemos gestionarlo y que devolveremos el esfuerzo en calidad de vida y en bienestar económico y social.

Hay mucho camino por recorrer. Y eso se hace andando.

Es necesario acertar en los diagnósticos pero no es suficiente. Sólo trabajando de forma continuada y sin pausa, poniendo en valor fórmulas concretas y medidas micro, venciendo resistencias podremos ir transformando la realidad.

Esto es lo que pretendemos buscar y encontrar respuestas, claras, concretas, y concisas, modelos de trabajo que permitan en el día a día consolidar y avanzar en la calidad y eficiencia de nuestro sistema de salud.

Para terminar, es necesario agradecer el trabajo de todas las personas que han participado en esta publicación y especialmente a Jesús Sanz, José Antonio Ávila, Belén Paya, Pablo Lopez y José Ramón Martínez por su trabajo y dedicación junto al comité científico y organizador de las Jornadas y al equipo de la Fundación Economía y Salud.

Alberto Giménez Artés

Presidente de la Fundación Economía y Salud



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

VISIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

ASOCIACIÓN NACIONAL DE DIRECTIVOS DE ENFERMERÍA

Hablar de la sostenibilidad del Sistema Sanitario es tan frecuente como obligatorio, no en vano el Sistema Sanitario es uno de los pilares del Estado del Bienestar y una de las principales preocupaciones de las personas.

Son muchos los enfoques desde los que se deben analizar los grandes retos a los que se enfrenta nuestro Sistema Sanitario, y, por lo tanto, innumerables las áreas de análisis y trabajo en las que deberíamos centrarnos para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Español. En estas Jornadas, los organizadores nos hemos centrado en uno de ellos. Nuestro objetivo fundamental ha consistido en centrarnos en el análisis de la aportación y participación de los profesionales, más concretamente de las enfermeras.

En el ámbito asistencial está demostrado que la participación y la transferencia de responsabilidad a los profesionales sanitarios mejora la eficiencia, en nuestro entorno podemos observar múltiples iniciativas que lo demuestran día a día, pero que sin embargo no terminan consolidándose como algo generalizado.

El trabajo de las enfermeras es determinante en la mejora de la salud y en el bienestar de los pacientes y sus familias. Desde su compromiso con el Sistema han demostrado ser un importantísimo motor de cambio en las organizaciones.

En estas jornadas, hemos comprobado cómo es posible generar liderazgos que permiten implementar las transformacio-

nes que las organizaciones y estructuras sanitarias y socio sanitarias precisan, que crean espacios de crecimiento y desarrollo profesional que facilitan un mayor protagonismo de las enfermeras en la toma de decisiones estratégicas.

También, se nos han aportado evidencias de que es posible una alianza entre las enfermeras y la sociedad, resaltando el valor estratégico de los cuidados para el sistema sanitario, así como el impacto del trabajo de las enfermeras en los resultados de salud. La alta cualificación de las enfermeras españolas permite abarcar ámbitos competenciales hasta ahora exclusivos del colectivo médico.

A pesar de ello, sigue siendo imprescindible progresar en la profesionalización de la gestión, e implantar en las organizaciones sanitarias una cultura evaluadora de: prestaciones, procesos y personas.

Cuantificar económicamente el coste por proceso y hacer análisis comparativos se ha convertido en una prioridad también para enfermeros y enfermeras de este país.

Para finalizar y en relación a los cuidados ofrecidos por las enfermeras: disponer de la mejor evidencia clínica y transferirla a la práctica disminuye costes de procesos; liderar la prevención y promoción de la salud, la gestión de patologías crónicas, la coordinación asistencial, para evitar estancias hospitalarias, aumentar la atención domiciliaria, ha resultado claramente eficiente frente a otras alternativas.

Numerosos estudios demuestran que en

este país el número de enfermeras es inferior al de países donde la salud es una prioridad. Al mismo tiempo, varias investigaciones han venido a demostrar que la infradotación de enfermeras aumenta el riesgo de mortalidad de los pacientes

Jesús Sanz Villorejo
Presidente de ANDE.



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

La coyuntura económica en nuestro país tiene un gran efecto en el modo de gestionar el sistema sanitario y su cartera de servicios. La eficiencia y la sostenibilidad son conceptos que cada vez cobran mayor actualidad, convirtiéndose en el reto más importante para gestores y responsables sanitarios. Las políticas de salud de la Administración deben ser un ejemplo a la hora de incorporar estas cuestiones económicas para su desarrollo óptimo. Unas políticas de salud influenciadas y condicionadas, no solo por el contexto socioeconómico y los patrones epidemiológicos, sino también por el creciente protagonismo y empoderamiento de los ciudadanos, unido a la necesidad y urgente reorientación de las potencialidades competenciales de los profesionales de la Salud.

En este sentido, desde la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana se valora muy positivamente la celebración de estas Jornadas Nacionales que han permitido abrir un nuevo escenario de exploración y debate en torno a la aportación del colectivo de enfermeras y enfermeros a la sostenibilidad del sistema sanitario. Las experiencias presentadas en estas Jornadas han permitido dar un mayor protagonismo y visibilidad al rol de la enfermería en el campo de salud, una cuestión de vital importancia para el desarrollo de la profesión enfermera. La capacidad que tiene la profesión de Enfermería para influir en el devenir del Sistema Nacional de Salud de nuestro país la convierte en un colectivo profesional que debe estar presente en las decisiones políticas que se toman en Sanidad. Ya no se puede planificar ni diseñar estrategias sanitarias sin contar con nuestros profesionales.

La necesidad de valorar la repercusión

económica de las actuaciones y gestión diaria de las enfermeras y enfermeros, junto a su capacidad para hacer frente a las demandas y necesidades de salud de la sociedad en general, son aspectos que han formado parte de las conclusiones de todos los ponentes y conferenciantes. Ha sido el hilo conductor de las intervenciones y del debate, permitiendo alcanzar el objetivo previsto para estas pioneras jornadas.

Todos los organizadores hemos coincidido en la necesidad de repetirlos de forma periódica, dando cabida a nuevos modelos para gestionar el Cuidado y diferentes modos de ejercer el rol de Enfermería. El paradigma del Cuidar ha desplazado al tradicional paradigma del Curar, y es, en este escenario, donde se coincide en la necesidad de promocionar y potenciar a los profesionales de Enfermería para configurar una sanidad sostenible, fortalecida, de calidad y con capacidad de respuesta frente a las nuevas y crecientes demandas. Las enfermeras son una fuerza para el cambio, siendo eficaces en cuidados y eficientes en costos, en consonancia con el lema establecido para 2015 por parte del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), pretendiendo dejar constancia de que nuestro colectivo es una fuerza de primer orden para el cambio y orientación del modelo asistencial en que estamos inmersos y que es el que predominará en el futuro, no en vano es la profesión más numerosa de la fuerza laboral sanitaria, por lo que está bien posicionada para participar de forma activa en el cambio que se demanda. Para ello, se tiene que tener más presencia en el ámbito económico de la salud, en las políticas económicas de Sanidad, tener voz en la gestión económica de la asistencia sanitaria para que otros no hablen por nosotros y, sobre todo, poniendo en valor económico lo que hacen las enfermeras y enfermeros. Las decisiones que cada enfermera toma

varias veces al día en su práctica cotidiana pueden marcar una diferencia vital en la eficiencia y la eficacia del sistema de salud.

Otra de las conclusiones que se pueden sacar después de dos días de reflexión y puesta en común es la poca valentía e implicación de los políticos para tomar decisiones que rompan con lo establecido y tradicional, a pesar de las muchas evidencias que respaldan el cambio.

José Antonio Ávila
Presidente CECOVA



CECOVA

Colegio de Enfermería de Alicante

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Cabe destacar que el actual modelo del SNS, con graves desequilibrios en la dotación de enfermeras, 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.

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, el afrontamiento de conflictos... que les sitúan como profesionales con gran capacidad de gestión según diferentes estudios de evaluación.

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. 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 Primaria, 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 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 a 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.

Aún se está a tiempo de poder corregir los desórdenes ocasionados. Las enfermeras tienen contrastada capacidad, voluntad y aptitudes para liderar muchas estrategias de cuidados y de gestión que permitan dar una respuesta eficaz y eficiente a las necesidades sentidas y requeridas por las personas, las familias y la comunidad. Para ello se requiere que tengan plena capacidad en la toma de decisiones a todos los niveles del Sistema Sanitario y no como hasta.

El modelo que la profesión enfermera desarrolla, de capacitación de la población para los autocuidados, de autoresponsabilidad,

de educación enfocada a la promoción de hábitos saludables... toma en estos momentos una especial relevancia para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios que debe ser valorado y puesto en valor en las políticas de salud y que seguro que se abordará en el transcurso de estas importantes y necesarias Jornadas que permitirán sacar relevantes conclusiones para el futuro inmediato.

José Ramón Martínez Riera
Presidente asociación Enfermería
Comunitaria (AEC)



GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

Las heridas crónicas complejas son un problema importante en el ámbito de la salud pública, como han podido calibrar por capítulos precedentes (y su incidencia irá en aumento debido principalmente al mayor envejecimiento de la población y a la exposición a riesgos conocidos que se relacionan con las lesiones crónicas) pero, hasta fechas recientes, ignorado, invisibilizado y subestimado, lo que ha frenado el progreso de su conocimiento, detección y detención.

Un problema de salud que trasciende al plano estrictamente sanitario, aumentando la morbimortalidad y calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, con repercusiones severas de índole económico, ético o legal. Las heridas crónicas complejas (úlceras por presión, pie diabético, úlceras arteriales, úlceras venosas, etc.) a menudo son concebidas como algo inherente a la edad, asociadas indefectiblemente a determinados procesos patológicos o ligadas a situaciones de terminalidad, otorgándoles un inmerecido credo de “procesos inevitables” o de “problemas menores y colaterales”, sentenciando a sus sufridores, a un ostracismo y generalizada falta de adecuada atención.

Esta consideración ha contagiado históricamente a la propia comunidad científica cuyo énfasis investigador en esta materia ha sido débil, la formación de los profesionales sanitarios muy deficiente y las propuestas de atención de los sistemas sanitarios, desenfocadas, inespecíficas, apenas existente.

El día a día de la atención de estas heridas de “difícil cicatrización” entendemos que requiere, por su trascendencia, de

nuevos modelos organizativos que integren y generen nuevos dispositivos asistenciales con espacios específicos, especializados, multidisciplinarios y eficientes (unidades-clínicas de heridas) incluyan mejoras en los servicios, nuevas tecnologías, garantizando un uso racional de las mismas, mejoren la organización clínica y la coordinación de los niveles asistenciales, con profesionales más eficientes y efectivos para garantizar una provisión continuada de los pacientes aquejados y el desarrollo de la figura de enfermera consultora en heridas.

En diferentes países de nuestro entorno se ha creado esa figura de enfermera consultora que ha demostrado su efectividad tanto a nivel clínico sobre pacientes con lesiones de pierna, úlceras por presión o recientemente en pie diabético, como sobre la satisfacción de los pacientes. Figura muy valorada en aquellos centros donde existen o entre los propios profesionales como líderes de opinión capaces de difundir información adecuada al resto de profesionales de la salud relacionados con la práctica clínica segura debe estar basada en la evidencia científica, siendo las autoridades sanitarias las responsables finales de garantizar la seguridad. Si bien este derecho a la seguridad es aplicable a cualquier parcela de la asistencia sanitaria, nos vamos a fijar en la atención a las heridas crónicas complejas. Para ello se proponen unos indicadores de seguridad básicos: uso de guías de práctica clínica, protocolos, y las unidades clínicas de Heridas, así como la enfermera consultora o referente.

Se pretende mejorar las prácticas seguras al paciente, familiares y cuidadores para mejorar resultados en salud, resaltando que: “Tenemos que dar un paso adelante ya de una vez, hay que huir de indicadores de actividad, pues esto está bien pero

lo único que dicen es lo que estamos haciendo, si estamos trabajando o no. Tenemos que aprender un poco de economía y aplicarla, porque al final no vamos a saber si gastamos menos apósitos porque compramos menos o porque lo hacemos mejor”

Hay que implantar la cultura de la seguridad a pesar de que encontraremos barreras importantes para trabajar en el diseño y puesta en práctica de estrategias dirigidas a mejorar la seguridad del paciente con heridas complejas. Estrategias basadas en las directrices de la OMS y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Principalmente el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020, en la que el GNEAUPP figura como sociedad científica participante.

Dr. Pablo López Casanova
Comité Director GNEAUPP



ÁREA 1: MODELOS ACTUALES EN CUIDADOS. SU CONTRIBUCIÓN A LA EFICIENCIA Y A LA SOSTENIBILIDAD

Coordinadora:

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

Expertos:

Maribel Esparza Bohorquez

Doris Grinspun

Sara Maroto Cueto

Pepa Soler Leyva

Juan Gallud Romero

Francisco P. García Fernández

Nieves Lafuente Robles

Maria Isabel Casado Mora

Susana Rodríguez Gómez



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha ocurrido una importante transformación de la sociedad a todos los niveles con una gran repercusión sobre la salud de la población y sobre el Sistema Sanitario.

Nos encontramos ante una población cada vez más envejecida, con una mayor esperanza de vida, con un aumento de las enfermedades crónicas, un aumento de la pluripatología y un aumento de las enfermedades ligadas a los estilos de vida, factores que han contribuido a que se dispare el gasto sanitario. Al mismo tiempo tenemos una sociedad cada vez más informada, un cambio en el rol de los cuidadores y una no aceptación de la muerte, que se asocian a un mayor consumo de recursos sanitarios. A todo esto hay que añadir organizaciones sanitarias centradas en resolver problemas de salud agudos, con una clara hegemonía de determinadas profesiones con dificultades para reconocer la capacitación de otros profesionales y trabajar en equipo, cada vez una mayor supra especialización que requiere mayor tecnología, una práctica asistencial de máximos y un afán por cubrir las expectativas de la población, que unido a todo lo anterior hace peligrar la sostenibilidad del Sistema Sanitario actual.

Y es que el sistema sanitario no ha sido capaz de ir transformándose para dar respuesta a los cambios de la sociedad.

Las cifras hablan por sí solas:

- Los mayores de 65 años ocupan el 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario. Se prevé que el año 2050 el 35% de la población española será mayor de 65 años (IV Symposium Internacional de Gestión

en Atención Primaria, 2015).

- El gasto sanitario medio correspondiente a la población mayor de 65 años puede llegar a duplicar o triplicar el gasto de una persona de edad media (Informe Cronos, 2014).
- El tratamiento de las enfermedades crónicas supone el 75% del gasto del Sistema Nacional de Salud y si no se modifica el modelo de gestión actual, los recursos necesarios aumentarán un 45% en el año 2020 (Informe Cronos, 2014).
- Un paciente pluripatológico con nueve o más enfermedades crónicas consume 47 veces más recursos que un paciente no crónico (Estrategia de la cronicidad de Euskadi, 2015).
- El coste medio de cada ingreso es de 5.000 € y se estima que el 27% de los ingresos hospitalarios son inapropiados (19 Congreso Nacional de Hospitales, 2015).
- Un tercio de las urgencias tiene su origen en el incumplimiento del tratamiento (Redacción Médica, 2015).
- La falta de adherencia al tratamiento supone un gasto de 11.250 millones de € (Gaceta Médica, 2014) y a día de hoy el 50% de las personas con enfermedades crónicas incumplen el tratamiento (Congreso SEMERGEN, 2015).

A la vista de estos datos tan alarmantes podemos decir que el Sistema Sanitario es sostenible SI TODOS lo hacemos sostenible:

- Si centramos la atención no sólo en los hospitales, sino que se atiende a cada ciudadano en aquel recurso que le resulte óp-

timo para su estado de salud y su situación general, que lo más normal es que sea en su domicilio.

- Si centramos el proceso de salud no solo en un profesional sino que cada uno aporta su competencia dentro de un equipo interdisciplinar, abierto y horizontal.
- Si se consumen los recursos necesarios según el estado de salud y la situación de cada persona, entendiéndola como un todo.
- Si realmente cambiamos del paradigma del curar al de cuidar y del de curar al de la promoción de la salud.
- Si abandonamos el modelo paternalista y traspasamos a cada persona la responsabilidad de su propia salud.
- Si pasamos de una atención reactiva a una atención proactiva.
- Si hacemos uso de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) a través de soluciones como la teleasistencia o los telecuidados y dispositivos móviles (mHealth) implementando un modelo asistencial centrado en la persona, en el cual se garantice la continuidad asistencial mediante la eliminación de barreras entre los diferentes niveles asistenciales y el control adecuado del paciente en cada momento, según sus necesidades.

Algunos avances hacia la adaptación a las nuevas demandas de la sociedad si se han llevado a cabo y prueba de ello son esos nuevos roles y esas nuevas formas de cuidados que ha asumido enfermería y que están demostrando su contribución a la Sostenibilidad del Sistema Sanitario, entre las que destacamos algunas experiencias.

La Enfermería Basada en la Evidencia permite gestionar la variabilidad en la práctica de

los cuidados, desechando intervenciones inútiles y por lo tanto ahorrando costes.

Se sabe, por ejemplo, que el 55% de los tratamientos recomendados no se basan en la evidencia.

El proyecto BPSO de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados ha demostrado una mejora de los resultados en salud de las personas, la satisfacción de pacientes y profesionales y una práctica eficiente, haciendo lo que hay que hacer.

Las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) son una pieza fundamental y complementaria a las enfermeras clínicas para hacer sostenible el Sistema Sanitario Público.

Como profesionales, las EPA surgen donde hay una demanda no cubierta por el sistema. Actúan como punta de lanza, tienen los conocimientos y habilidades para ejecutar intervenciones complejas, pero sobre todo la autonomía para hacerlo. Cuando consiguen consolidar su práctica, esta se extiende a todo el colectivo y por tanto tiene que reinventarse o desaparecer.

La Enfermera Coordinadora de Recursos Materiales es un agente facilitador de recursos adecuados para la aplicación de cuidados de calidad, siempre desde la viabilidad coste-efectivo.

La seguridad de pacientes y profesionales es uno de sus objetivos, así como la protección del medio ambiente.

Las enfermeras gestoras de casos y de enlace se enmarcan en un modelo de atención integrada de casos complejos, basado en el trabajo en equipo y que aprovecha las sinergias de los recursos sanitarios. Se trata de un modelo de atención proactiva, individualizada, intensiva y continua al paciente y la familia, haciendo un uso eficiente de los recursos.

GUIAS CLINICAS DE LA RNAO: LIDERAZGO INTERNACIONAL Y ÉXITO LOCAL: EXPERIENCIA DE FOSCAL.

ENFERMERIA: LIDERAZGO, INFLUENCIA & IMPACTO SOCIAL

1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Profesional de Enfermeras Registradas en Ontario, Canadá, (RNAO), a través de la producción de sus Guías de Buenas Prácticas (GBP), ha llevado a la profesión de enfermería a influir en la comunidad y en la práctica clínica con excelencia.

Las GBP son una herramienta que proporciona directrices y recomendaciones para ayudar a los profesionales, y también a los usuarios, a tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud basada en la evidencia, cumpliendo con su misión de “transformar a la enfermería a través del conocimiento a nivel local, nacional e internacional”. Así, países como Canadá, Australia, España, Colombia, Chile, Estados Unidos, con más de 300 instituciones de salud participan en el programa.

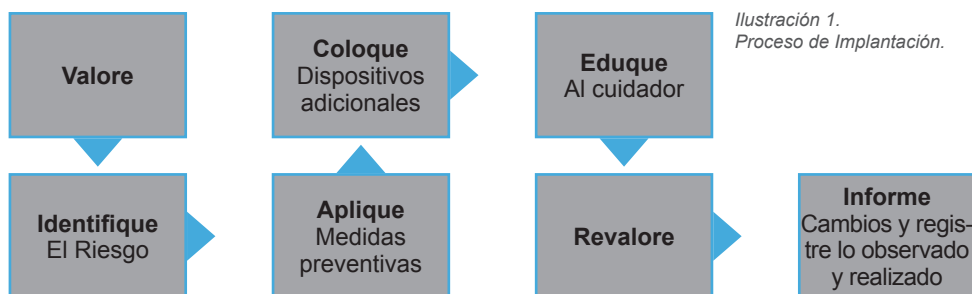
El objetivo de la RNAO con su Programa de Directrices sobre Mejores Prácticas (BPSO), es desarrollar, evaluar, difundir y apoyar la implementación de guías clínicas y de entorno laboral en las comunidades y organizaciones. Destaca la Dra. Doris Grinspun, “Lo que pretende la RNAO, y en Canadá ya lo ha conseguido, es transformar la cultura de enfermería y asegurarse de que su práctica clínica esté completamente basada

en la evidencia como eje fundamental para mejorar la atención de los pacientes y sus resultados de salud. Esto, en un largo plazo, llevará en sí a mejoras en los resultados organizacionales y de los sistemas de salud”.

Desde la División de Enfermería de la Clínica Carlos Ardila Lulle, Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL en Colombia) se implantó el programa BPSO con el fin de mejorar la calidad en el proceso de atención, satisfacer las necesidades de los usuarios y brindar cuidados de alta calidad con enfoque interdisciplinario que incluya la comunicación constante entre los profesionales, el usuario y los cuidadores.

Este programa se inició en la institución en julio del 2012, con la celebración de un acuerdo de colaboración con la RNAO por 3 años, período durante el cual la institución se comprometió a implementar tres guías de enfermería basadas en la evidencia seleccionadas de acuerdo a las necesidades prioritarias de los usuarios: Valoración del Riesgo y Prevención de Ulceras por Presión, Guía de Prevención de Caídas y Lesiones Derivadas de las Caídas, y Guía de Valoración y Manejo de Dolor.

Bajo la asesoría y supervisión de la RNAO, se realizó la implantación, mediante la for-



mación del personal y la adopción de las herramientas fundamentales, esta metodología desarrollada incluye la formación de líderes BPSO (Best Practice Spotlight Organization).

Los líderes FOSCAL han trabajado día a día en la aplicación de intervenciones y estrategias establecidas en las guías, lo cual ha permitido el logro del objetivo institucional de mejorar la calidad del cuidado, al disminuir los eventos adversos relacionados con estos problemas.

Un punto clave en la puesta en práctica del cambio dentro de la organización, ha sido plantear nuevas formas de trabajo, nuevas formas de estimular al personal de enfermería para motivar a continuar con el proceso y en corto plazo lograr mayor participación del personal. Uno de los estímulos efectuados ha sido el reconocimiento a 53 personas de la División de Enfermería por su entrega y apoyo a este programa, alcanzando 90 líderes activos del programa en toda la organización.

2. DESARROLLO DEL MODELO

Barreras

Las principales barreras para los procesos de implantación dentro de la organización fueron las siguientes:

- **Institucional:** la alta rotación del personal (en el último año un 40% del personal de enfermería), afecta a la implementación de procesos al no contar con el equipo de trabajo entrenado y con conocimiento, lo cual demora los resultados esperados.
- **Ambiente:** El tamaño de la organización, con una diversidad de servicios hace que la trasversalización de las guías sea un proceso lento y requiera del seguimiento a la adaptación de las mismas.

- **Técnicos:** Disponibilidad de insumos y elementos de trabajo, al realizar el diagnóstico de las necesidades, requerimientos, innovaciones necesario para la adaptación de las guías.

- **Paradigma:** El personal de enfermería considera que el cambio para la implantación de las GBP implica más carga de trabajo en la realización de sus actividades diarias al cambiar los turnos y organización del servicio.

Evaluación

A través de NQUIRE, la RNAO recopila, analiza e informa los datos sobre indicadores de calidad presentados por las organizaciones académicas y de servicios de atención sanitaria que participan en el programa. Con los resultados obtenidos para los enfermeros, los pacientes, las organizaciones y el sistema de salud, el programa BPSO evalúa el proceso de implantación en las organizaciones.

Resultados en la institución

- Un total de 13.433 usuarios hospitalizados, fue la población asistida con la Guía de Valoración del Riesgo y Prevención de Úlceras por Presión, 4.343 (32%) se clasificaron con riesgo de desarrollar Úlceras por Presión (UPP) al ingreso de la hospitalización; se les realizó intervención de superficies de apoyo a 3.287 (76%) y 221 (5%) desarrollaron una UPP en estadio II a IV.

La adherencia del personal al cumplimiento de las recomendaciones de la guía fue del 91%.

Se evidencia una cultura de prevención del evento al cumplir con las recomendaciones implantadas en favor de la calidad de atención del usuario.

- Para la Guía de Prevención de Caídas y Lesiones Derivadas de las Caídas la población identificada con riesgo al ingreso en los servicios seleccionados fue el 90.74% (3.264 pacientes) del total de ingresos (3.597 pacientes). De 2.741 pacientes identificados con riesgo alto de presentar una caída a 2.595 se le realizó un plan multifactorial para disminuir el riesgo, con un cumplimiento del 94.67%. La tasa de caídas en los servicios intervenidos del 2013 fue de 1,04 y en el 2014 la tasa disminuyó a 0,61. La adherencia del personal de los servicios al procedimiento fue del 92%.
- La implantación de Guía de Valoración y Manejo del Dolor ha permitido iniciar un proceso de cultura de valoración y manejo del dolor centrado en las necesidades del usuario por parte del personal de enfermería lo cual ha sido un proceso lento con mucha variabilidad, sin embargo hemos tenido resultados de satisfacción en valoración y manejo del dolor hasta en un 75% partiendo de un 0%.
- Se ha logrado una disminución en un 8% en el costo del proceso de atención por usuario que no sufre el evento adverso. Estos resultados obtenidos deben ser conocidos por los directivos de las organizaciones.

Resultados del proyecto

- La implementación de GBP genera efecto positivo en la calidad de los cuidados brindados logrando resultados que impactan en la salud y bienestar del usuario y mejoramiento continuo en el cuidado de enfermería.
- La práctica de una EBE, permite una mayor participación y compromiso del personal de enfermería involucrado en el proceso de cuidado.

- Al empoderar el personal de enfermería en el proceso de cuidado se logra el reconocimiento de la labor realizada por la institución, el usuario y familiar.
- Reconocer el trabajo y participación del personal en el proceso de implantación de GBP es una forma de motivar y comprometerlos para continuar trabajando por la excelencia en el cuidado.
- La participación del personal y el incremento de la satisfacción del usuario nos impulsan a continuar con este proyecto en la organización y a servir como agente de cambio en otras organizaciones.

El proyecto BPSO en España

En España, el proyecto BPSO de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC) llega gracias al acuerdo suscrito entre tres instituciones comprometidas con la Práctica Basada en la Evidencia (PBE): la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (INVESTEN-ISCIII), el Centro Colaborador Español de la Joanna Briggs Institute (JBI) para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) y tiene como objetivo fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento de las GBP de la RNAO en cualquier entorno de la práctica de enfermería (Ruzafa Martínez, y otros, 2011) (Abad-Corpa, Gonzalez-Maria, & Moreno-Casbas, 2014).



En 2012 se convoca en España por primera vez a las instituciones que estén interesadas en ser acreditadas como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados,

con el propósito de crear una Red Nacional de CCEC que fidelice la PBE.

Se consideran aptas para la candidatura de CCEC aquellas organizaciones que cumplen los siguientes criterios (Complejo Universitario Hospitalario de Albacete, N.d):

- Demostrar un compromiso con la implantación de las GBP en Enfermería de RNAO.
- Tener apoyo explícito de la Dirección para la implantación de las GBP de RNAO.
- Tener un responsable de Calidad, Investigación o Formación que supervise la administración de cuidados de enfermería y que se implique en el proyecto.

En esa primera cohorte se seleccionaron como Candidatos a CCEC ocho instituciones de las 44 candidaturas admitidas y en la segunda convocatoria de 2015, lo fueron diez nuevas organizaciones de entre 55 candidaturas.

Investén-isciii y CCEIJB se encargan de la formación inicial de los responsables del proyecto en cada institución, llevan a cabo un seguimiento muy estrecho, orientan y apoyan a los centros y monitorizan la evolución y los resultados obtenidos a lo largo de todo el proceso de implantación de las GBP seleccionadas (González-María, 2014).

La RNAO se encarga de la publicación de las GBP, pero para facilitar su lectura y uso a todas las enfermeras hispanoparlantes, el CCEIJB traduce estos documentos al español y los proporciona en acceso libre a través de su web (Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs, 2016). **Anexo 1.**

COORDINADORES DE ENFERMERÍA DE RRMM, FIGURA ESTRATÉGICA Y DE APOYO A LOS CUIDADOS, EN UN MARCO DE EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

1. INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario opera en un entorno de cambio y dificultad constantes. Los cambios demográficos, la cronicidad, etc., plantean nuevas exigencias que imponen presiones cada vez mayores para hacer más con menos. Además, estas presiones se ven agudizadas por el actual deterioro de la coyuntura económica y social.

La gestión de los recursos materiales con criterios de eficacia y eficiencia se convierte en un punto estratégico de cualquier organización sanitaria, sea pública o privada.

Teniendo en cuenta que el número de profesionales de enfermería que trabaja en los centros sanitarios es muy elevado, una buena gestión de los materiales sanitarios de uso enfermero puede contribuir a controlar el gasto de los suministros sanitarios.

2. DESARROLLO DEL MODELO

Definición del perfil

La Enfermera Coordinadora de Recursos Materiales (RRMM) es un profesional con experiencia clínica contrastada, que le avala como conocedor de los materiales, equipos y suministros del medio o lugar de trabajo.

¿Porqué una enfermera? Las enfermeras manejan más del 80% de los materiales sanitarios y además tienen los conocimientos y la formación necesaria. El enfermero es el profesional más familiarizado con todo tipo de productos sanitarios y ese conocimiento sólo se adquiere con la experiencia en el ejercicio profesional.

La Enfermera Coordinadora de RRMM, es una figura aún poco extendida dentro de las Organizaciones, aunque va en aumento. Hasta no hace mucho, solamente existía este profesional en los organigramas de los hospitales de la red pública, pero poco a poco se va consolidando, pues organizaciones de gestión privada van incorporando este perfil.

Precisamente la condición enfermera y el hecho de tener una experiencia previa en la prestación de cuidados, hace que se conozcan mejor las necesidades, pues su práctica está orientada hacia el paciente, pero también hacia los profesionales, certificando la idoneidad de los productos y garantizando la seguridad tanto de pacientes como de profesionales, lo que permite la introducción de mejoras en los recursos y en las condiciones de trabajo de los profesionales, orientadas a impulsar el desarrollo de prácticas clínicas seguras y de Calidad. En este sentido, parece que el perfil de la enfermera, por su formación, capacidades, habilidades y competencias es el adecuado, cuando hablamos de gestión de proximidad y de gestión clínica.

Así mismo, han de tener habilidades de comunicación y negociación, puesto que debe estar en permanente contacto con sus clientes internos, que son los propios enfermeros, con los que debe establecer canales de comunicación fluidos y abiertos para facilitar la participación, y con sus clientes externos, que son los proveedores. Igualmente con otros Servicios de apoyo (Medicina Preventiva o de Prevención de Riesgos Laborales), o las propias asociaciones de usuarios, haciendo partícipes a los propios pacientes, en la definición/valoración de determinados dispositivos

y por último, con los órganos de gestión del área y/o la parte económica del Servicio de Salud correspondiente.

Los coordinadores de RRMM tienen una visión estratégica de la organización, de sus recursos y de sus redes de coordinación.

Concluyendo, el perfil óptimo del responsable de RRMM sería: liderazgo, basado en el conocimiento técnico; habilidades personales y experiencia; gestor de recursos materiales y económicos, capaz de optimizar costes, con una gestión eficiente y de priorización de las necesidades ineludibles que aporten valor añadido, en un escenario de recursos limitados. Abierto a las innovaciones técnicas y de gestión, con un objetivo de mejora continua que contribuya a la excelencia de la organización sanitaria a la que pertenezca en tanto que mejora la calidad de las prestaciones, y por último, orientado al paciente como eje central de los servicios sanitarios, que es la razón de ser de las instituciones sanitarias y el objetivo para el que trabajamos todos los profesionales sanitarios.

Competencias y formación para el desempeño

Cuando hablamos de competencias, nos referimos a “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se plantean” (BOE, 2003).

- **A nivel de conocimientos:** Destacaría que tuviera experiencia asistencial, formación en metodología de investigación, formación en gestión de recursos materiales, conocimientos en calidad, seguridad y riesgos laborales, y con experiencia en el trabajo orientado a resultados. Así como conocimientos básicos en la legislación aplicable (contratación pública, producto sanitario...).

- **A nivel de las habilidades:** Debe tener capacidad de observación, de negociación, de buena adaptación al cambio, habilidad en la comunicación, capacidad organizativa y liderazgo y tener una visión global de los procesos de la organización. Ejerciendo también liderazgo, cuando participa en los grupos de elaboración de protocolos de uso, guías de práctica clínica, talleres para adiestramiento en el uso eficaz de productos etc., desde nuestra visión continuada e integral de los procesos.

- **A nivel de la actitud:** aprendizaje, compromiso, colaboración, flexibilidad, accesibilidad, responsabilidad, actitud positiva y crítica y ser dialogante y negociadora.

Responsabilidades y ámbitos de actuación

Uno de los objetivos más relevantes en nuestro trabajo diario, es el de asegurar el uso eficaz, eficiente y racional de los materiales utilizados por los profesionales, para la aplicación de unos cuidados de calidad.

- Análisis de consumos y control del gasto, de los diferentes centros de coste, a fin de detectar y corregir las posibles desviaciones.

- Elaboración de pactos de consumo y gestión de stock de los almacenes, bien a través de sistema de reposición continua de productos de uso habitual, (sistema de doble cajón), bien mediante solicitud telemática de los productos menos utilizados.

- Creación y ordenación de circuitos de solicitud de artículos nuevos y/o reposición de equipos.

- Gestión de incidencias de los productos/equipos en uso, bien sea por calidad deficiente, mal servicio, o por un desconocimiento o falta de entrenamiento en el uso adecuado del mismo.

- Protocolización de planes de contingencia.
- Gestión de Alertas Sanitarias.
- Protocolos de cierre/apertura de Centros/ Unidades.
- Planificación/seguimiento de nuevas acciones, obras...

Como enfermeras asesoran sobre los productos que utilizan los enfermeros en su trabajo, garantizando que éstos sean los más adecuados, de calidad y seguros tanto para pacientes como para profesionales, permitiendo la sostenibilidad del Sistema.

Participación activa en las comisiones técnicas creadas para la gestión de las compras de productos sanitarios, tanto del propio Área Sanitaria como de los Servicios Centrales (SSCC).

Las compras por centros asistenciales han generado una desigualdad de oferta económica por parte de los licitadores, que no siempre ha estado justificada por la economía de mercado. De manera que en ocasiones se producen adquisiciones de productos iguales con diferencias de precios que pueden variar hasta en un 150% en hospitales de similares características, lo que refuerza la necesidad de las compras centralizadas y centrales de compras.

Pero el primer paso para las centrales de compras o compras centralizadas es establecer el “idioma común”, es decir, consensuar la forma de establecer la demanda y eso se asienta en un sistema lógico y razonado de clasificación y descripción de todos los productos, y ahí estamos presentes las enfermeras de RRMM elaborando los catálogos corporativos.

Pero también es necesario poner un ojo crítico en esto:

- Quien y como se definen los criterios de calidad? Los criterios se definen con los atributos que se establecen en los pliegos técnicos, por ello cada vez es más necesaria la cualificación de las personas que los elaboran y para ello la enfermería está demostrando día a día su competencia.
- Nunca se debe pensar solo en el precio, ese es un error de los gestores que desconocen la repercusión de un inadecuado producto en la práctica clínica. Toda compra tiene que tener establecido unos estándares de calidad.

• ¿Quién y cómo se evalúa?

Últimamente, a causa del momento convulso que vivimos, el criterio precio tiene un papel estelar, en detrimento del de Calidad. En algún procedimiento, se ha llegado a tener una relación calidad precio de 20/80, 30/70, pero ¿nos paramos a pensar en los costes finales, cuando un producto no es el adecuado para la necesidad asistencial a la que va dirigido?

Las compras centralizadas por criterio precio presentan dos caras: suponen un ahorro inmediato en el precio unitario de los productos pero no garantizan la eficiencia a medio-largo plazo, pudiendo incurrir en un aumento del consumo o en una desviación del gasto hacia otros procedimientos o productos. De ahí la importancia de no adquirir lo más caro, ni lo más barato, pero sí lo adecuado. Por ello, ha de participar en la evaluación, un equipo técnico en el que estén representados todos los profesionales implicados en el uso/control de un equipo.

Ventajas de las compras Centralizadas:

- Permiten una mejora en la oportunidad de negociación en los precios de adquisición

y equipara los precios para todos los centros (economías de escala).

- La participación en los grupos técnicos de los profesionales sanitarios, que permite un mayor enriquecimiento a la hora de elaborar los pliegos de prescripciones técnicas porque aportan las distintas visiones, experiencia y conocimiento que se tienen desde los distintos centros sanitarios.
- Fomenta la participación del personal en comisiones técnicas, multidisciplinares, y mejora la visión global como organización de la que implica la gestión centralizada de compras y de las necesidades de los “otros”.
- Ayuda junto con la formación a disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Gestión más transversal, de manera que todos los centros disponen de la misma información.
- Las compras centralizadas se van imponiendo en el escenario actual para evitar la variabilidad de precios y de la práctica clínica, y obtener un importante ahorro en los costes y una igualdad en el acceso de profesionales y pacientes a una misma calidad.
- Debemos encontrar un punto de encuentro en el marco de las responsabilidades de los diferentes agentes que participan en la compra y en la toma de decisiones (Administración, Industria, Profesionales).

LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN HERIDAS CRÓNICAS COMPLEJAS

1. INTRODUCCIÓN

Las Heridas Crónicas Complejas (HCC), entre las que se incluyen úlceras por presión, úlceras arteriales, úlceras venosas o pie diabético, entre otras, son un problema de salud relevante, en muchas ocasiones invisible y desde luego subestimado.

Las HCC se caracterizan por la nula o escasa tendencia a la cicatrización mientras se mantiene la causa que la produzca.

A nivel individual afectan a la calidad de vida de la persona, disminuyen su autonomía y autoestima y aumentan el riesgo de infecciones y otras complicaciones.

El último estudio de prevalencia pone de manifiesto que entre 57.000 y 100.000 personas mayores de 14 años con UPP son atendidas diariamente en España y de ellos son mayores de 65 años el 85%, lo que supone el 5,2% del gasto sanitario total a nivel nacional (GNAUPP, 2012).

2. DESARROLLO DEL MODELO

Definición del perfil

Según el Consejo Internacional de Enfermería una enfermera de práctica avanzada (EPA) es: “una enfermera registrada que ha adquirido conocimiento experto, las habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para extender su práctica, cuyas características están determinadas por el contexto y/o país en el que está acreditada para ejercer. Se recomienda un nivel de Máster como requisito de entrada” (Internationa Council Nursing).

Por tanto el concepto de EPA va más allá del de una enfermera experta. Una enfermera experta utiliza su experiencia y su intuición para resolver problemas de salud, mientras que la EPA tiene la preparación para analizar situaciones complejas, utilizando los datos científicos y una práctica reflexiva para atender a un paciente.

Las enfermeras que se incorporan como enfermeras de práctica avanzada (EPA) en Heridas Crónicas Complejas deben ser profesionales con amplios conocimientos, habilidades y actitudes en la prevención y abordaje de personas con HCC, con capacidad para la toma de decisiones clínicas diagnósticas y/o terapéuticas, para realizar una correcta evaluación clínica, solicitar e interpretar las pruebas diagnósticas requeridas, teniendo en cuenta su situación de salud y su entorno de cuidados (Servicio Andaluz de Salud, 2015).

Son enfermeras capaces de prestar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia disponible, valorando la epidemiología clínica y los estándares de calidad internacionales de ésta práctica clínica, garantizando una utilización correcta de los recursos disponibles.

Deben destacar entre sus cualidades la capacidad de ejercer como consultor en HCC para profesionales, pacientes y/o familia, con una importante labor docente, realizando acciones formativas y participando en la mejora continua de su grupo profesional, pero sin olvidar la educación para la salud, el consejo sanitario y las medidas de prevención (García-Fernández, López-Casanova, Segovia-Gómez, Soldevilla-Ágreda, & Verdú Soriano, 2012).

A su vez tienen que hacer progresar el conocimiento, aplicación de técnicas de investigación, ejerciendo en definitiva un liderazgo

transformacional (Servicio Andaluz de Salud, 2015).

Competencias y formación para el desempeño

Aunque las competencias que tiene que asumir este profesional son muchas podríamos aglutinarlas en cuatro elementos:

- Líderes que garanticen: el derecho a una atención sanitaria con todos los recursos técnicos y humanos que necesite el paciente en función de las posibilidades del centro.
- Consultores que hagan eficiente la atención de las personas con HCC.
- Responsables optimizar los recursos.
- Aglutinadores de la actividad investigadora y docente en materia de HC.

Como todas las prácticas avanzadas, y dentro de lo que se está configurando esta figura dentro del SSPA, tiene que tener una doble formación. Básica en práctica avanzada, que está siendo reglada en este momento a nivel general de Andalucía y especializada en la línea de trabajo que aborde la EPA, en este caso en concreto todas las enfermeras seleccionadas como EPA son Expertas o Máster en Heridas Crónicas por alguna universidad.

Responsabilidades y ámbitos de actuación

Como EPA y siguiendo las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermería, tienen una elevada responsabilidad, han adquirido conocimiento experto, las habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para extender su práctica, cuyas características están determinadas por el contexto normativo de nuestro país.

Como refiere Ramírez García (Ramírez García, 2002) son enfermeras que se caracterizan, no por las tareas o técnicas realizadas, (independientemente de la complejidad de las mismas) sino por poseer el conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas, las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de los pacientes, tales como: utilización de sistemas de valoración avanzada, juicio diagnóstico, o prescripción de fármacos y las competencias en docencia, investigación y/o gestión de los cuidados.

En concreto y dentro del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) la EPA en HCC atiende como enfermera consultora a profesionales de los tres niveles de Salud (hospital, atención primaria y socio-sanitaria) que demanden asesoramiento sobre los cuidados de cualquier paciente con una herida crónica ante cualquiera de los siguientes supuestos:

- Evolución especialmente tórpida.
- Incapacidad para realizar el procedimiento de enfermería en su contexto asistencial.
- Dudas sobre el criterio o pauta a seguir.
- Cualquier otra situación que el profesional considere, pero que justifique, la consulta con la EPA en HC.

Se considera como heridas crónicas susceptibles de consulta a:

- Úlceras por presión.
- Úlceras venosas.
- Úlceras isquémicas.
- Úlceras neuropáticas (pié diabético).
- Heridas quirúrgicas abiertas en las que se precise un cierre por segunda intención.
- Otras úlceras crónicas de baja prevalencia (calcifilaxis, epidermiolisis bullosas, lesiones neoplásicas, etc.).

ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA ESTRATEGIA DE LA CRONICIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

1. INTRODUCCIÓN

La atención a las enfermedades crónicas supone uno de los grandes retos del siglo XXI en los países occidentales.

Los sistemas de salud actuales han de hacer frente a continuos cambios de una sociedad más envejecida, con un número cada vez mayor de personas que viven con una o múltiples enfermedades crónicas.

La cronicidad y, en especial, la pluripatología suponen con frecuencia altos niveles de dependencia. Muchos de estos pacientes presentan dificultades de desplazamiento al centro de atención y han de ser atendidos en sus propios domicilios. Sus cuidadores necesitan, a su vez, atención y apoyo. Además, a menudo se añaden problemas sociales y económicos que van a requerir intervenciones diferentes a las estrictamente clínicas. En paralelo, emerge también la necesidad de atención paliativa en las fases de final de vida.

Los pacientes crónicos de este colectivo presentan una gran fragilidad clínica y, por tanto, son los más vulnerables a la fragmentación y a la falta de coordinación de los servicios asistenciales.

Paradójicamente, su atención actual es episódica, fragmentada, con un seguimiento poco organizado y frecuentemente “navegan sin control” por el sistema sanitario con graves consecuencias tanto en la calidad de la atención recibida como para la sostenibilidad del sistema, ya que son grandes consumidores de recursos y en especial de los más costosos, los hospitalarios. En nuestro medio, muchos de

ellos están “ocultos”, es decir, son pacientes de alta complejidad cuya condición es desconocida por los Equipos de Atención Primaria (EAP) correspondientes que, por lo tanto, solo los atienden a demanda. Por otro lado, con frecuencia presentan problemas sociales asociados, que pueden requerir la intervención de los trabajadores sociales sanitarios y el acceso a recursos de los sectores social y comunitario.

Por lo tanto, nuestro sistema sanitario requiere una reorientación para adaptarse al nuevo reto de responder a las necesidades de los pacientes crónicos, y particularmente de aquellos más complejos -en su mayoría susceptibles de atención domiciliar- de una forma integral e integrada, asegurando la continuidad asistencial, priorizando las soluciones comunitarias sobre las hospitalarias o institucionales e incorporando el domicilio como ámbito central de la provisión de servicios.

En consecuencia ha sido necesario diseñar y poner en marcha un modelo específico de atención, que dé una respuesta integral a las necesidades biopsicosociales de estos pacientes y sus cuidadores.

El perfil tipo de los pacientes que requieren gestión de casos resulta de la combinación de los siguientes elementos:

- Edad, cualquiera pero generalmente ≥ 65 años (frecuentemente ≥ 75 años).
- Crónicos avanzados o Paliativos.
- Pluripatológicos.
- Polimedicados.

- Usuarios de tecnología para compensar funciones vitales.
- Requieren la administración de procedimientos complejos.
- Dependencia funcional, la mayoría domiciliarios.
- Con frecuencia necesitan ayudas técnicas.
- Deterioro cognitivo, demencia.
- Fragilidad en estructura de cuidadores.
- Problemas sociales añadidos.
- Frecuentes cambios de situación clínica y/o del entorno.
- Alto uso de urgencias.
- Múltiples ingresos hospitalarios.
- Seguimiento en consultas externas de varias especialidades.

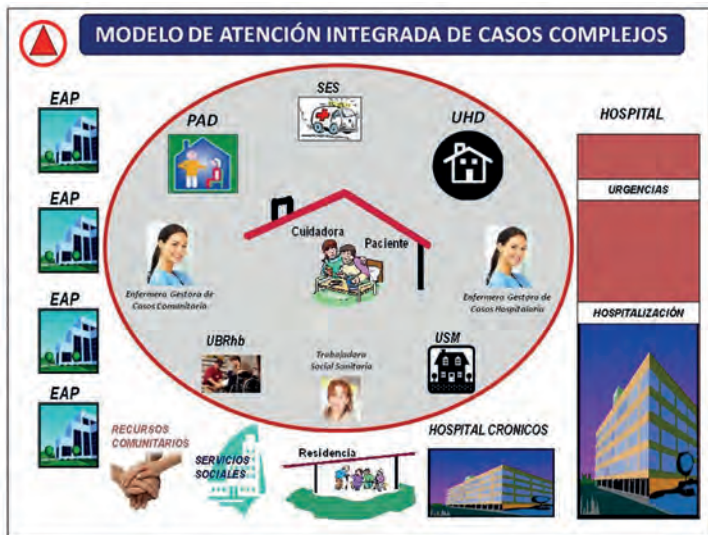
En la atención de estos pacientes participan recursos de los sectores sanitario, social y comunitario (cuidadores y otros allegados, asociaciones de enfermos, voluntariado, grupos de ayuda mutua...).

Dentro del sector sanitario, contribuyen tanto los recursos hospitalarios (de internamiento y ambulatorios) como los recursos ambulatorios (Equipos de Atención Primaria (EAP), Unidad de Salud Mental (USM), etc). Sin embargo, dada la condición mayoritariamente domiciliaria de estos pacientes, los agentes domiciliarios son los más directa y profundamente implicados.

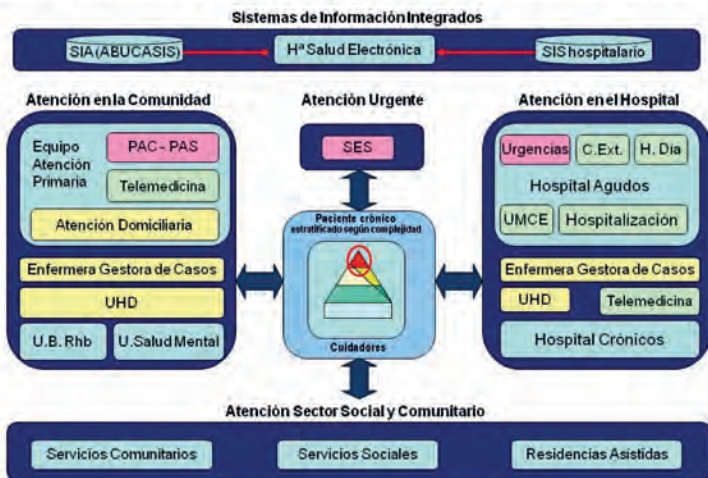
Por lo tanto, el énfasis se centra en la actuación integrada de los agentes do-

miliarios: EAP (médico, enfermera y trabajador social) a través del Programa de Atención Domiciliaria (PAD), Unidad de Hospital a Domicilio (UHD), Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC), Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH), Cuidadores, Servicio de Emergencias Sanitarias (SES), USM y Unidad Básica de Rehabilitación (UBRh), y en los flujos con el resto de recursos.

En la Comunidad Valenciana, entre 2007 y 2010 se pilotó un modelo que incorpora Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) en el marco de la Estrategia para la Atención a los Pacientes Crónicos adaptándose a la realidad del Sistema Valenciano de Salud (SVS). Los resultados, muy satisfactorios evidenciaron una importante reducción de las visitas a urgencias y de los ingresos hospitalarios en los pacientes puestos bajo control de las EGC, en relación a los 12 meses anteriores. Estos resultados pueden atribuirse a la atención específica, personalizada y próxima, organizada y controlada por las EGC y a la fuerte presencia de las UHD en el SVS (a diferencia de otros modelos) que maximizan la resolución de problemas en domicilio evitando la utilización de los hospitales.



VISIÓN ORGANIZATIVA DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CASOS COMPLEJOS



Visión organizativa de la Gestión de Casos en el marco de la atención integrada de pacientes de alta complejidad y paliativos

2. DESARROLLO DEL MODELO

Definición del perfil

A partir del análisis de modelos ya operativos tanto nacionales como internacionales y de la experiencia del pilotaje en nuestra Comunidad, se ha elaborado el perfil profesional de las EGC en el SVS y que presenta las siguientes características:

- Se reconoce a la enfermera como el perfil profesional más adecuado para ejercer como gestor de casos.
 - Se considera que el conjunto de funciones, actividades y tareas que configuran la gestión de casos tienen especificidad y volumen suficiente como para ser desarrolladas por enfermeras con una formación específica, que denominamos enfermeras gestoras de casos.
 - El perfil profesional es único, con funciones similares aunque adaptadas a cada contexto, pero según su ámbito de actuación cambia su denominación:
 - Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC), que desarrolla sus funciones en el ámbito comunitario.
 - Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH), que desarrolla sus funciones en el ámbito hospitalario (que en nuestro entorno incluye tanto el hospital convencional de agudos y de crónicos como el hospital a domicilio).
 - Las enfermeras gestoras son un elemento más en el modelo de atención integrada de pacientes crónicos de alta complejidad y paliativos. EGCC y EGCH no son figuras aisladas sino que, conceptual y operativamente, forman parte de un modelo integrado. Precisamente una de sus contribuciones esenciales es aglutinar, unificar la contribución de todos los agentes implicados garantizando una atención personalizada, integral, coordinada y permanente, agilizando las respuestas ante cambios de situación y organizando, en su caso, las transiciones de pacientes entre ubicaciones asistenciales.
- Participan en los correspondientes procesos asistenciales integrados (**Figura 2**).
- EGCC y EGCH funcionan como un equipo de soporte departamental para la gestión de casos de pacientes crónicos complejos y paliativos. Dependen de la dirección de enfermería del departamento.
 - Las EGCC tienen un ámbito de actuación de uno o varios EAP del departamento, en función del volumen de casos a atender y la dispersión geográfica. Igualmente un EAP puede requerir 2 EGCC.
 - La EGCC, según el Plan integral de cuidados paliativos de la CV, es la enfermera referente en cuidados paliativos en el EAP.
 - Por sus sinergias profesionales, las EGCH trabajan estrechamente asociadas a la UHD del departamento, lo que implica cercanía física y funcional.
 - En función de la disponibilidad de recursos humanos, enfermeras debidamente formadas podrán combinar funciones de atención directa y de gestión de casos.
- Las enfermeras gestoras de casos logran una alta captación de los pacientes de alta complejidad y paliativos, les realizan una valoración integral, movilizan, aglutinan y unifican la respuesta de los diferentes agentes implicados en la atención, garantizan el seguimiento, detectan cambios de situación, controlan los flujos entre niveles y se ocupan de los cuidadores.

Competencias y formación para el desempeño

Para desempeñar funciones de gestión de casos, las enfermeras requieren una formación específica, consistente en 100 horas teóricas y un mes de formación práctica.

La formación debe incluir actividades dirigidas a adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para la búsqueda activa (electrónica o manual), valoración de complejidad (índice de complejidad y NECPAL de cuidados paliativos, en validación), valoración multidimensional y Plan de Atención Individualizada, seguimiento telefónico, habilidades para la coordinación y el trabajo en equipo, revisión farmacológica de crónicos polimedicados (REFAR), cuidados de enfermería en complejidad clínica, cuidados paliativos, atención a cuidadores, valoración de sobrecarga y necesidades de salud e intervención individual y grupal.

Responsabilidades y ámbitos de actuación

Algunos de los principios en que se basa la Estrategia para la Atención a los Pacientes Crónicos en la CV tienen especial relevancia en la atención de los pacientes que requieren gestión de casos.

- La población a atender puede ser estratificada para establecer niveles de intervención en función del riesgo.

Una vez identificados los pacientes, con su nivel de complejidad o riesgo asignado y el conocimiento preciso de quiénes son sus profesionales referentes, se inician aquellas intervenciones específicas avaladas por la literatura científica con contenidos e intensidad adaptados a sus necesidades individuales y en especial, la atención personalizada de los pacientes que requieren gestión de casos.

- Paciente crónico de alta complejidad o paliativo y su cuidador como centro de la atención.

- Proactividad. Dado el actual funcionamiento reactivo del sistema, se necesita un cambio en la cultura asistencial poniendo el énfasis en una actitud proactiva mediante:

- La búsqueda activa de los pacientes que requieren gestión de casos, por medios electrónicos o manuales.
- La iniciativa de los profesionales en el proceso de atención, especialmente en la programación de contactos y actividades, y realización efectiva del seguimiento.
- La actitud preventiva, en el sentido de anticipar y resolver problemas antes de que se produzca una descompensación o empeoramiento de la salud o del bienestar.

- Atención integral e integrada:

- **Integral:** abordaje biopsicosocial.
- **Integrada:** actuación coordinada de los múltiples recursos sanitarios implicados y también de los sectores social y comunitario.

- Máxima resolución de problemas en el ámbito comunitario. Buena parte de los problemas de este colectivo pueden ser resueltos satisfactoriamente en el ámbito comunitario. Para ello es necesaria la contribución organizada de todos los agentes pero, en especial, es fundamental el aumento significativo de la atención domiciliaria a cargo de los EAP, el incremento de la función de soporte de las UHD y el desarrollo de la atención compartida entre EAP y HAD, estimulada y coordinada por las enfermeras gestoras de casos comunitarias y hospitalarias.

El modelo lleva consigo una clara reorientación de la práctica asistencial:

- Máxima personalización en la atención: valoración integral y plan de intervenciones individualizadas.

Dadas las necesidades biopsicosociales de difícil abordaje y cambiantes en el tiempo y la pluripatología que caracterizan a estos casos, las decisiones a adoptar y la atención requerida no se ajustan a los protocolos estándares de atención ni a los planes de cuidados para cada patología. Por lo tanto, será necesario individualizar al máximo la valoración integral y el plan de intervención para cada caso particular, ajustado a las preferencias del paciente y su familia.

- Seguimiento permanente y a largo plazo.

Los casos complejos requieren un contacto regular y a largo plazo con el sistema de salud que garantice una atención proactiva, programada, permanente y preventiva. Una vez identificados y bajo control ya no pueden salir del “radar” de vigilancia del sistema. Este seguimiento debe caracterizarse por la proximidad al paciente, es decir, por un conocimiento profundo y directo del caso por parte de los profesionales implicados.

El objetivo es lograr el mayor control de los pacientes en sus domicilios, que les permita periodos de estabilidad más largos, reducir las descompensaciones, mejorar el control sintomático y la calidad de vida y, como consecuencia, disminuir la utilización de recursos derivada de los periodos de empeoramiento.

- Respuesta rápida ante cambios de situación.

La condición y/o el entorno de estos pacientes sufre frecuentes cambios de estado por causas diversas: reagudizaciones o complicaciones de la patología crónica, cambios en el estado mental, aparición de nuevos síntomas de difícil control, deterioro funcio-

nal grave, caídas, hospitalizaciones, enfermedad del cuidador, muerte de cónyuge o pareja, claudicación familiar, cambios de domicilio... El modelo requiere sistemas de detección sensibles y respuestas rápidas y coordinadas ante cualquier cambio de situación.

- Continuidad informativa y asistencial en las transiciones entre ubicaciones asistenciales, es especialmente relevante para estos pacientes.
- Desarrollo de nuevas formas de atención con un uso eficiente de las TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación): atención a distancia: telefónica y telemática, atención grupal.

La utilización de las TIC es un elemento crítico para varias funcionalidades requeridas por la gestión de casos:

- Estratificación poblacional e identificación electrónica y nominal de pacientes.
- Historia clínica electrónica que incorpore marcas automáticas de paciente crónico, su complejidad y su riesgo social, sistemas de ayuda a las decisiones clínicas, gestión por programas, programación de actividades de seguimiento según protocolos...
- Continuidad informativa entre aplicaciones corporativas (SIA-ABUCASIS, ORION, HIS...) que permitan compartir la información entre profesionales sobre un mismo paciente.
- Seguimiento a distancia de pacientes.
- Sistema de indicadores de base poblacional (cupos, zona básica...) con retroalimentación periódica a los profesionales sobre el desempeño de su práctica clínica.

RESULTADOS ECONÓMICOS

GUIAS CLINICAS DE LA RNAO: LIDERAZGO INTERNACIONAL Y ÉXITO LOCAL: EXPERIENCIA DE FOSCAL. ENFERMERIA: LIDERAZGO, INFLUENCIA & IMPACTO SOCIAL

- La GBP de la RNAO de Cuidado y manejo de la ostomía recomienda:

Recomendaciones para la organización y directrices	
RECOMENDACIONES	
22	Las instituciones deben tener una enfermera estomaterapeuta con credenciales para el desarrollo de políticas y la gestión de programas.

El Estudio Coste Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía (Cancio Lopez, Coca, Fernandez de Larrinoa, Serrano Gomez, & Garcia Goñi, 2014) se llevó a cabo con el objetivo de responder a la pregunta: ¿Existen diferencias en la valoración coste-efectividad, en el tratamiento habitualmente recibido por los pacientes ostomizados, con atención especializada en ostomía y sin atención especializada en ostomía?. Entre sus resultados podemos destacar:

- a) Los pacientes ostomizados en instituciones sanitarias en las que se cuenta con el seguimiento posterior a la cirugía por enfermería especializada en ostomía realiza un consumo sanitario por valor de 218€ en los tres meses posteriores a la cirugía, mientras que los pacientes que no tuvieron un seguimiento por enfermería gastaron 647€.
- b) El seguimiento de los pacientes por enfermeras especializadas en ostomías

supone un ahorro en el gasto sanitario del 68%. Esto se explica porque estos pacientes acuden preferentemente a su enfermera especializada en ostomía cuando tienen una consulta o una complicación – resolviéndola de manera más rápida y económica-, mientras que los pacientes que no tienen acceso a enfermería acuden a urgencias, médicos especialistas o requieren más ingresos hospitalarios, que son servicios sanitarios mucho más caros, y generan, por tanto un coste medio más elevado.

- c) El coste directo medio (suma de los costes de materiales y de servicios sanitarios) de los pacientes ostomizados en instituciones sanitarias en las que se cuenta con el seguimiento posterior a la cirugía por enfermería especializada en ostomía, es de 524 € a diferencia de los pacientes que no tuvieron ese seguimiento que fue de 1.016 €.
- d) El coste de cada año de vida ajustado por calidad que se ha conseguido en los tres meses posteriores a la intervención de la ostomía en los pacientes con seguimiento por enfermería especializada en ostomías es de 6.559 € y sin embargo es de 145.144€ para los que no lo tuvieron.

Este estudio concluye que los pacientes con acceso a enfermería especializada mejoran más su calidad de vida, padecen menos complicaciones en el largo plazo, y esto supone un ahorro significativo para el sistema sanitario.

- La GBP de la RNAO de Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión (UPP) recomienda:

RECOMENDACIÓN 1.5

Todos los sectores del sistema de salud, los programas y los servicios deben realizar valoraciones del riesgo iniciales y continuadas para planificar las estrategias de prevención que minimicen el riesgo de desarrollo de úlceras por presión.

Las UPP se consideran un problema de primer orden por los efectos devastadores sobre los pacientes, los servicios de salud y la población en general.

El abordaje integral de los pacientes con UPP corresponde a un equipo interdisciplinar, pero la prevención recae fundamentalmente en enfermería y está demostrado que la prevención es la mejor estrategia para prevenir la aparición de UPP.

La implementación de las recomendaciones contenidas en las GBP permite reducir la incidencia y prevalencia de las UPP, así como los costes que suponen una práctica no adecuada.

- a) Aplicando la PBE y con una mínima inversión se puede prevenir hasta el 95% de las UPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; , 2010)
- b) El gasto sanitario que generan las UPP puede llegar a suponer el 5% del gasto sanitario anual español (Hernandez Martinez-Esparza, 2012).
- c) El coste del tratamiento de las úlceras por presión en España supera los 600 millones de euros cada año.
- d) El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) ha calculado que el coste de prevención no costaría

más de 1,7€ al día, cuando curarla cuesta, al menos, 46€ al día.

De todo ello se deduce que los cuidados de enfermería en prevención de UPP pueden llegar a ahorrar 570.000.000 € cada año.

COORDINADORES DE ENFERMERÍA DE RRMM, FIGURA ESTRATÉGICA Y DE APOYO A LOS CUIDADOS, EN UN MARCO DE EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

Resultados (negativos) derivados de la adjudicación de material de incontinencia con calidad no adecuada.

Se han tomado los datos del último año natural del Área Sanitaria IV de la Comunidad de Asturias.

Consumo anual: 460.600 unidades.

Ahorro potencial: $460.600 \times (0,294 - 0,231) = 29.018$ euros.

Aumento de consumo por problemas de calidad y mayor número de cambios (40%): 184.240 unidades.

Incremento gasto por mayor consumo: $184.240 \times 0,231 = 42.559$ euros. (**fig.1**).

Incremento del gasto: $\text{gasto real} - \text{ahorro previsto} = 42.559 - 29.018 = 13.541$ euros de incremento.

Por tanto sin tener en cuenta otros factores como el mayor coste a asumir por mayor número de cambios de ropa de cama y pijamas/camisones de pacientes, estancias que se generen por problemas derivados del pañal (upp, dermatitis, etc), mayor consumo de material de curas (vendajes, gasas, apósitos, antisépticos, etc) y fármacos para tratamiento de las complicaciones que puedan aparecer, costes logísticos, etc. se

aprecia que es previsible que se produzca un mayor gasto derivado de este cambio de producto.

Medidas que significaron una contención del gasto sin disminución de calidad.

- a) Un programa de medidas de racionalización de uso de guantes quirúrgicos dirigido por enfermería en el bloque quirúrgico del Hospital Virgen Macarena, supuso un ahorro de 49.000 € anuales (Dominguez Morales, 2014).
- b) El Hospital 12 de Octubre de Madrid llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la eficiencia de las medidas implantadas para la reducción del gasto sanitario sin disminuir la calidad, dirigido por enfermería. El ahorro global fue en el año 2012 de 1.323.484 € y 2.087.181 € en el año 2013 (Jarillo Sanchez, 2015).
- c) El ahorro que supuso el cambio de proveedor, tras un estudio coste-efectivo realizado por la Coordinadora de RRMM de enfermería, para terapia de vacío en el Hospital Universitario Central de Asturias fue de 1028€/año.
- d) El cambio de sistema para la preparación/administración de citostáticos y me-

dicamentos peligrosos, mediante sistema cerrado en el Hospital Universitario Central de Asturias, tras el estudio realizado por AGC de Farmacia y la Coordinadora de RRMM de enfermería, supuso un ahorro de 98.724,55 €.

- e) Según el expediente de Servicios Centrales del Principado de Asturias, referente a coberturas quirúrgicas, definido y valorado por los responsables de enfermería para los diferentes hospitales de la Comunidad de Asturias, el presupuesto para los ejercicios 2015/2016 era de 4.930.562,64€ (IVA inc). Finalmente se adjudicaron por 2.814.143,024€ (IVA inc), lo que supuso un ahorro de 2.116.419,616 €, sobre el gasto estimado (Gobierno del Principado de Asturias).
- f) Readaptación del gasto y gestión eficiente de la terapia intravenosa, específicamente de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) y catéteres de línea media (midlines). Se realizó un estudio de mercado y de campo, de consumos y costes con el fin de reordenar el catálogo y renegociar precios rentabilizando la técnica hasta ahora utilizada. A la vez que se elaboró un proyecto de creación de una unidad de Accesos Vasculares presentado a la Dirección de Enfermería del Hospital Clínico San Carlos en el que se

Tipo de Solicitud	Denominación de artículo nuevo	Consumo estimado anual	Precio unidad	Gasto anual	Código de artículos a sustituir	Gasto anual artículos a sustituir	Variación año
Sustitución de artículo	Punzón para bolsa con filtro de aire de 0,22 micras	20.858	2,01€	41.895,38€	2105470 + 2102588 + 2102830 + 2100643	37.991,48€	3.903,90€
Sustitución de artículo	Alargadera para conector	2.900	3,03€	8.772,50€	2111223 + 2111861	8.464,00€	308,50€
Sustitución de artículo	Punzón para bolsa con filtro de 0,22 micras y los conectores	14.150	3,99€	56.500,95€		155.225,50€	-98.224,55€

incluyó el control del gasto y las propuestas de mejora.

En la propuesta de mejora presentada se observó que con una adecuada readaptación del dispositivo vascular al paciente, utilizando materiales y técnicas menos lesivas y readaptando turnos y personal, el ahorro con respecto a los dos años anteriores fue de 13.047,75 euros aproximadamente. Además se valoró el uso real de este tipo de dispositivos adecuándolos en función del tipo de paciente, tratamiento y tiempo de permanencia (Ruiz Hernández, González López, & Fernández Muñiz, 2015).

LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN HERIDAS CRÓNICAS COMPLEJAS

Al estar en fase de implantación los resultados en salud y económicos están por definir de forma clara.

En principio podríamos decir que en el apartado de resultados de salud conocemos que tenemos una elevada prevalencia, con una

alta tasa de derivación a especialista, con margen de mejora en la prevención y tratamiento de las lesiones, lo que a su vez se trasforma todo ello en indicadores económicos fácilmente medibles, cuyo análisis adelantado podría hablar de una reducción en torno al 20% sólo en el consumo de apósitos.

Resultados del estudio: Cuidado rentable de las heridas: ¿La Enfermería de practica avanzada puede afectar a los resultados? Muestra resultados en salud y resultados económicos.

TABLE 1

Cost Comparison: Previous Management vs. Best Practice

Previous Care	Cost	Present Care	Cost
Nursing labour	\$9,600.00	Duplex scan	\$161.30
\$40.00 x 240 visits		Nursing labour	\$240.00
Fucidic acid cream	\$ 240.00	\$40.00 x 6 visits	
Gauze bandages	\$ 360.00	Multi-layer bandage x 4	\$100.00
Gloves	\$ 48.00	Nanocrystalline silver 4x4 dressings (x2)	\$26.00
		Dressing trays	\$6.00
		Gloves	\$1.20
Total	\$10,248.00	Total (best practice)	\$534.50
Outcome	No healing	Outcome	Closed wounds
Difference in cost:			\$9,713.50

(Teague & Mahoney, n.d)

ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA ESTRATEGIA DE LA CRONICIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

La presencia de enfermeras gestoras de casos en un departamento es por sí misma capaz de dinamizar el Programa de Atención Domiciliaria (PAD) de los EAP y facilitar la atención compartida entre el EAP y la UHD.

Sin embargo, la potencialidad real del modelo dependerá del desarrollo suficiente y equilibrado de los agentes domiciliarios y del resto de recursos sanitarios, sociales y comunitarios necesarios. Por lo tanto, el despliegue de las enfermeras gestoras de casos debe ir acompañado del desarrollo en paralelo de agentes y recursos, tanto estructural como funcional, para que su impacto sea significativo.

1. Si no se lleva a cabo un abordaje real de la cronicidad, España pagará un precio adicional de entre 8.000 y 12.000 millones de euros (Gaceta Médica, 2014).

Según los datos recogidos en la Estrategia para la Atención a Pacientes Crónicos en la Comunidad Valenciana, los resultados en 2013 fueron:

2. Con la intervención de 13 EGCH gestionaron 4.330 ingresos (1.467 paliativos) en hospital o UHD, planificaron el alta de 8.412 pacientes (2.761 paliativos) e incluyeron en programa de seguimiento telefónico a 1.290 pacientes (645 paliativos).
3. 27 EGCC captaron 5.721 nuevos pacientes de los que, tras su valoración, 3.415 fueron incluidos en programa de gestión de casos complejos:

2.265 no paliativos y 1.150 paliativos. Incluyeron 723 nuevos cuidadores en programa

de intervención y realizaron 17 talleres con 228 participantes.

Durante el periodo de pilotaje (2007-2010) se observaron los siguientes resultados en los pacientes puestos bajo control de las EGC, en relación a los 12 meses anteriores:

4. Una reducción del 77% de las visitas a urgencias.
5. Un descenso del 70% de los ingresos hospitalarios.

En diciembre de 2013, la población cubierta por EGC alcanzaba a 773.345 personas (15% de la CV).

6. Impacto económico en un caso real. Datos extraídos del coste sanitario según la ley de tasas (2014), tarifas por procesos Hospitalarios por GRD de los datos del paciente al alta (CMBD) de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Periodo sin intervención de la ECGH en 2012-2013:

Esta persona, en ese periodo tuvo 3 ingresos hospitalarios, que generaron un gasto de 9.300,83 € y 6 visitas al Servicio de Urgencias, con un coste de 1.125,66 €.

El gasto total fue de 10.426,49 €.

En el periodo con intervención de la ECGH, entre finales de 2013-2015, no ingresó ninguna vez en el hospital y realizó tres visitas al Servicio de Urgencias, que generaron un gasto de 562,83 €.

	Periodo sin intervención de la ECGH en 2012-2013	Periodo con intervención de la ECGH 2014-2015
Ingresos hospitalarios	3 → 9.300,83 €	0 → 0 €
Visitas a Urgencias	6 → 1.125,66 €	3 → 562,83 €
Total	10.426,49 €	562,83 €

ÁREA 2: LOS NUEVOS MODELOS. SU IMPACTO EN LA GESTIÓN Y EN LOS PRESUPUESTOS

Coordinador:

Carlos Peña Laguna

Expertos:

Olga Jarrín

María del Mar Martínez Ballesté

María Teresa Jarreño Roglán

Susana Rodríguez Gómez

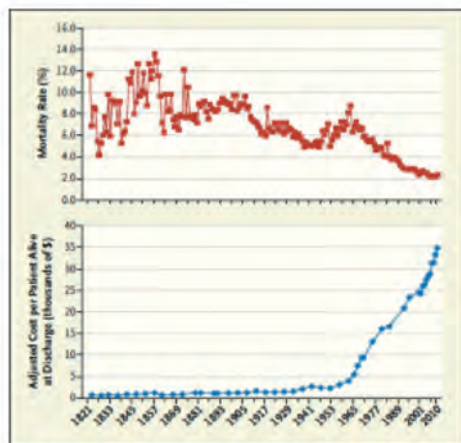


**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

Las sociedades occidentales hemos ido aumentando el gasto en salud durante los últimos 100 años y con ello la mortalidad ha ido disminuyendo. Sin embargo, llega un punto en el que a mayor incremento de gasto, la ganancia en salud que se está consiguiendo cada vez es menor. Es por ello, que se hace necesario garantizar medidas que favorezcan la eficiencia y que además continúen disminuyendo la mortalidad y ganando resultados en salud que se traduzcan en calidad de vida, pero siempre sin obviar la necesidad de disminuir el consumo de unos recursos que son finitos.

Relación entre mortalidad y coste sanitario (100 años)



MGH's Inpatient Mortality Rate (Brown) and Adjusted Cost per Patient Who Was Discharged Alive (in 2010 Dollars; Blue), 1821–2010.

Es importante gestionar la necesaria innovación, innovando en la gestión. En este sentido, al igual que es necesario descentralizar los cuidados desde los hospitales hasta donde están los pacientes, también es necesario descentralizar la gestión hacia estructuras más finalis-

tas y que de esta manera obtengan una mayor autonomía.

En la segunda área de trabajo, titulada “los nuevos modelos”, se van a desarrollar distintas iniciativas con una elevada solvencia en términos de sostenibilidad y que necesitan ser visibilizadas para que, la sociedad y los gestores, las posicionen en una esfera predominante en el sistema.

Como hemos mencionado, nos encontramos ante una situación de cambio en el sector salud. En este momento conviven estructuras clásicas, dimensionadas en base a situaciones socioeconómicas del pasado, mientras que cada vez la atención en salud se centra más en el individuo y no en el mismo sistema en sí. En este sentido se hace necesario que cada individuo esté atendido en el nivel más adecuado y por el profesional que mejor cuidados le pueda prestar en función de su complejidad. Los modelos centrados en el paciente y que huyen del hospitalocentrismo, de manera paulatina tomarán mayor presencia en nuestras realidades haciendo que sea necesario un cambio en la forma de gestionar la salud. Es muy importante que para avanzar en ese modelo de cambio, la sociedad esté preparada y conozca a todos los actores implicados, teniendo a su alcance toda la información y recursos necesarios para conseguir su empoderamiento en salud.

Las enfermeras aparecemos en este contexto como profesionales preparados, con un nivel de conocimientos y exigencia a la altura de los nuevos retos y sobretodo garantizando la sostenibilidad del sistema como agentes de la promo-

ción y prevención de la salud.

En este sentido los expertos de esta área apuestan por una descentralización del cuidado desde las estructuras clásicas hasta aquellas donde verdaderamente se encuentra el ciudadano o paciente. La verdadera revolución de los cuidados se encuentra en ir realmente a donde están nuestros ciudadanos: sus distritos, comunidad, escuelas, domicilios, familias, permitiendo mejorar los resultados en salud y además ahorrar costes puesto que la asistencia hospitalaria aumenta la complejidad y la inversión en términos económicos. Experiencias de salud comunitaria, como las de Holanda, han permitido un ahorro de costes del 25%.

Los nuevos modelos nacen como respuesta a las nuevas necesidades asistenciales. Algunos suponen una auténtica innovación en el sentido de crear respuestas nuevas, sin embargo, como hemos visto, otros suponen la evolución del conocimiento existente para adaptarse a las nuevas realidades que están llegando o llegarán.

La importancia de aplicar modelos de enfermería en la comunidad se debe a que son modelos integrales, con una visión holística, en los que no solo se trata la parte bio-médica sino el ambiente familiar y comunitario. En cada uno de los tres modelos de enfermería comunitaria presentados, existen innovaciones, variaciones y adaptaciones para cada comunidad diferente, pero también hay puntos básicos que tienen en común: Primero, los modelos son integrales y holísticos, no exclusivamente biomédicos, sino con asistencia espiritual, psicológica, nutrición y respetando sus creencias y cultura en el medio ambiente de la familia y la comunidad en donde se realiza la intervención. Segundo, son modelos per-

sonales, donde los trabajadores de salud conocen a las personas como individuos, a las familias y vecinos, y también los antecedentes familiares con el fin de reconocer las necesidades y cambios que se presentan ante de un evento relacionado con sus antecedentes o con evento epidemiológico que puede afectar la comunidad con el fin de realizar intervenciones oportunas en respuesta al evento identificado. Y el tercer punto es que los modelos son sostenibles, no solo en el sentido financiero, sino en el sentido de que la comunidad y los trabajadores en el sistema de salud luchan por proteger los valores y principios del cuidado y mantenimiento de salud. Por eso, tenemos que tener la participación y valoración de las familias y comunidades, además de las instituciones y sectores de la sociedad.

En Alma Ata, ya hace 40 años se habló de orientar la atención hacia los principales problemas de salud de la comunidad a través de la promoción, prevención y no solo el tratamiento de las enfermedades, que también es importante. Avanzar en la educación sobre los principales problemas de salud y sus métodos de prevención se configura como una acción estratégica en un mundo que a futuro estará cada vez más envejecido y como ya se ha dicho, con una gran prevalencia de enfermedades crónicas. Es muy importante continuar invirtiendo en la educación de nuestros ciudadanos en su salud, potenciando los autocuidados. Siguiendo con los modelos descentralizados, abordaremos la visión de la enfermera escolar como pilar básico dentro de las estructuras educativas, a modo de inversión para el mañana. Es otro claro ejemplo de interacción con la comunidad donde se consigue promoción y prevención pero también cuidados sobre pacientes crónicos que consiguen disminuir la frecuentación hospitalaria. La po-

blación actual de alumnos en colegios e institutos constituye la base de una futura población diana de pacientes crónicos, en algunos casos complejos, donde una formación precoz para adquirir las competencias necesarias en autonomía personal y autocuidados, pueden conseguir en el futuro resultados muy positivos en términos de calidad de vida y resultados en salud. En la conferencia de Alma Ata ya se hizo alusión a la necesidad de participación de todos los sectores y campos de actividad, citando a la educación, potenciando los sistemas de envíos de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, con el fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención. Descentralizando la atención desde los hospitales hasta los ámbitos en los que se encuentra el ciudadano, seremos más eficaces y eficientes. En este caso la enfermería escolar da un paso adelante para aportar conocimiento en esta visión.

Si estuviéramos hablando de cualquier otra empresa diríamos que, ante nuevas realidades, tenemos la obligación de adaptarnos o desaparecer. ¿Qué ocurre entonces con los hospitales? Los hospitales, como cualquier otra empresa, están sujetos a novedades y precisan cambio para abordarlas satisfactoriamente. En nuestro medio, la salud, es muy importante adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes obteniendo una ventaja competitiva ante los nuevos escenarios que se presentan.

En la actualidad existen diferentes apuestas para potenciar una descentralización de la gestión dando mayor autonomía a los profesionales en la toma de decisiones y en la participación en los resultados clínicos y asistenciales. Una de estas apuestas son las unidades de gestión clínica, estructuras transversales de trabajo en equipo, eficientes, participativas y que

aportan excelentes resultados en Salud. Las U.G.C. son un ejemplo de herramientas que favorecen la viabilidad y sostenibilidad del sistema sanitario mediante nuevas estructuras administrativas y de gestión, con sistemas de información muy integrados, un equipo altamente empoderado y motivado, con un proceso dinámico de feedback y valoración de resultados para conseguir una mejora continua real. Es evidente que para dirigir estas nuevas estructuras se necesitan conocimientos específicos en gestión y liderazgo, que deberán ser adquiridos de manera previa y reforzados mediante una formación continuada permanente. El conocimiento específico adquirido capacitará al profesional para estar al frente de la estructura, entendiendo al profesional como el individuo mejor preparado competencialmente. Es importante que el debate, en cuanto a la persona que deba liderarlas, se centre en la interdisciplinariedad y en la profesionalización de los puestos de gestión, tanto desde la perspectiva propia de la gestión como la del usuario y la sostenibilidad del mismo sistema sanitario.

Desde ese punto de vista la enfermera está capacitada para liderar estas unidades siempre con la filosofía de que “Las unidades de gestión clínica suponen un cambio en la manera de pensar y de actuar de todos los profesionales implicándolos en el modelo”

Este modelo de gestión se está posicionando como una alternativa eficiente, que fomenta la mejora continua, donde existe un mejor control por la gestión de los procesos y además qué permite rentabilizar al máximo el dinero público. Todo ello gracias a una mayor participación, motivación y sentimiento de equipo de los profesionales.

Por último en esta área se abordará una estrategia integral de cuidados como vehículo transformador desde los modelos tradicionales hacia los nuevos, de avance en el cuidado y más integrales, donde la atención incluya la vulnerabilidad y la fragilidad como políticas imprescindibles en el diseño de las estrategias sanitarias. Para ello es totalmente necesaria la redefinición de las competencias profesionales, el desarrollo de perfiles avanzados de práctica enfermera y la gestión de todos los procesos como algo imprescindible. Y para llegar a ello, es importante desplegar un plan de formación para capacitar a los profesionales en la adquisición o desarrollo del perfil competencial que más pueda influir positivamente en la sociedad. Un ejemplo de ello es la prescripción enfermera en Andalucía. Actualmente son ya casi 8.000 las enfermeras que, en Andalucía, se han formado desde el año 2010, para desarrollar la prescripción independiente de productos sanitarios y fármacos que no necesitan receta médica. En el año 2014 se continuaron formando en prescripción independiente 818 enfermeras más y en algún protocolo de prescripción colaborativa lo hicieron 3.549 enfermeras. En 2014 se realizaron 3.130.263 prescripciones independientes y en 2015 un total de 2.832.251 De esa cifra el 99.87% ha correspondido a productos y accesorios y un 0.13% a medicamentos. Estrategias como la de SSPA, para potenciar la adquisición de competencias avanzadas en la enfermería, no hacen sino poner aún más en valor los cuidados que prestamos, consiguiendo dar respuesta a pacientes cada vez más complejos con la mejor evidencia científica posible. Y además, lo realizamos con un consumo menor de recursos en capítulo I, frente al impacto económico de otras categorías profesionales, proporcionando grandes resultados en cuanto ahorro en los capítulos de farmacia y

productos sanitarios, sin obviar los conseguidos en términos de accesibilidad y cuidados al ciudadano.

DATOS EFICIENCIA PRESCRIPCIÓN 2014- 2015

	APÓSITOS	TIRAS REACTIVAS	ABSORBENTES
2014	5.929.055 €	12.546.908 €	31.439.384 €
2015	4.486.087 € (-24,34 %)	9.916.126 € (-21 %)	28.868.095 € (-8,18 %)

Figura: Datos Eficiencia Prescripción 2014-2015.
Fuente PiCuida

2. LOS NUEVOS MODELOS. SU IMPACTO EN LA GESTIÓN Y EN LOS PRESUPUESTOS:

2.1. MODELOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

2.1.1. Introducción

Los modelos de atención domiciliaria no son nuevos por definición. Existen diversos autores que postulan en sus modelos la importancia de tender hacia una atención más domiciliaria. Algunos ejemplos son las “Notas sobre enfermería: qué es y qué no es” de Florence Nightingale (1859), el “manual del visitador del pobre” (1860) de Concepción Arenal o la Junta General de la Caridad (1819) que puso de manifiesto las múltiples complicaciones infecciosas contraídas en los hospitales y en los beneficios de la asistencia en casa, físicos y emocionales (Bernabéu, Gascón, 1999).

Para ello, dentro de este apartado vamos a profundizar en 3 apuestas de éxito que están implantadas en diversos países en el ámbito internacional y que han logrado conseguir mejorar los resultados en salud para pacientes y además ahorrar costes.

2.1.2. Desarrollo del modelo

2.1.2.1. La enfermera de distrito:

Ya existían experiencias en 1633 con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul en Francia. Otras experiencias de enfermeras de distrito en Liverpool en los años 1863 nos muestran los orígenes de las enfermeras de distrito en el Reino Unido. En el continente americano coexistían, prácticamente en el mismo periodo, experiencias de Enfermeras de Salud Pública en Nueva York (1893).

En un periodo más contemporáneo tenemos el programa de Cuidado Integral de Ancianos (PACE) de los EE.UU. En este enfoque de modelo de cuidado integral, de los

ancianos y personas con discapacidad, en el que se tienen en cuenta las necesidades derivadas de la cronicidad en la salud. Este modelo busca conseguir una continuidad en la atención del paciente manteniendo su independencia en su propio domicilio por tanto tiempo como sea necesario. Teniendo una filosofía totalmente descentralizadora se pretende mantener al anciano el mayor tiempo en su medio y en el caso de que esto no pueda ser efectivo garantizar niveles intermedios basados en la atención médica, enfermera y de servicios sociales a domicilio, relevo de cuidadores, hospital de día o residencias habilitadas en lugar de centros sanitarios tales como hospitales. Actualmente existen más de 100 programas PACE en 32 estados en EE.UU. Todos estos ejemplos ponen de manifiesto como la enfermera, desde hace mucho años, asume el rol de cuidados en el ambiente cercano al paciente, donde vive y donde necesita al profesional para conseguir aumentar su autocuidado. Investigadores encontraron que la inscripción en el programa PACE está asociado a una mejor calidad de atención, una mejor mortalidad, menos necesidades de asistencia insatisfecha, mayor participación y satisfacción del cuidador, menos hospitalización y utilización del sistema sanitario y reducción de los costes del Medicare (Meret-Hanke, 2011) (Boult, Wieland, 2010) (White et al, 2000) (Mancuso et al, 2005) (Beauchamp et al, 2008).

El modelo “Buurtzorg Nederland” de los Países Bajos (2007)

Es un modelo de atención a domicilio que ha permitido disminuir un 25% los costes de atención (Kaiser, 2015). Un modelo de atención enfermera en domicilio que le proporciona más autonomía y margen de acción a esta profesional ha demostrado ahorros a

la sanidad pública holandesa de hasta el 25 por ciento, lo que lo sitúa como una referencia para el resto de países occidentales, donde se prevé una avalancha de enfermedades crónicas en las próximas décadas que precisen esa clase de cuidados. No en vano, la misma idea, que se conoce como Modelo “Buurgdorf Nederlands”, ya ha sido replicada en Suecia y Japón y en la actualidad se está estudiando su adaptación para los EE.UU. En Holanda, durante 2015 empleaba un total de 8000 enfermeras en 700 equipos. En 2014 atendieron a un total de 65.000 pacientes mediante un nuevo enfoque de gestión: “integrar la simplificación” mediante una estructura organizativa simple y plana a través de la cual se pueden prestar una amplia gama de servicios apoyados por las tecnologías de la información.



En los Países Bajos los equipos de Buurtzorg de enfermeras han logrado satisfacer las necesidades de los pacientes utilizando menos horas que otras organizaciones, teniendo en cuenta que en los Países Bajos las aseguradoras pagan la atención domiciliaria por horas. En 2015 se publicaron los resultados de la consultora KPMG, encargados por el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte Holandés, comparando este modelo con otros de similares características y proporcionan la mejor evidencia sobre las medidas de coste en ese sentido (Kaiser, 2015).

	Buurtzorg	Otros holandeses proveedores de cuidado en el hogar
Promedio de horas de atención domiciliaria (por cliente al año)	108 horas	168 horas
Los costos de atención de la casa Normal (con exclusión de los costes de seguimiento)	€ 6.428 (\$ 6.990)	€ 7.995 (\$ 8.695)
Los costos promedio de seguimiento en la Ley de Gastos Médicos Excepcionales (principalmente el costo asilo de ancianos)	€ 2.029 (\$ 2.207)	€ 2.510 (\$ 2.790)
Médicos costos (médico y hospital) promedio de seguimiento	€ 7.787 (\$ 8.468)	€ 5.187 (\$ 5.641)
Costo total casuística ajustado por cliente, incluyendo la atención domiciliaria y los costes de seguimiento	€ 15.357* (\$ 16.701)	€ 15.856* (\$ 17.243)

* Sólo los costes totales incluyen casuística ajuste
Fuente: KPMG, la relación con otros proveedores de Atención al Valor Agregado de Buurtzorg: un análisis cuantitativo de Cuidados en el hogar en los Países Bajos en 2012 (en alemán), enero 2013.

Por la atención a los veteranos con condiciones crónicas y salud frágil los servicios de HPBC han ahorrado un 24 por ciento.

2.1.2.2. Los promotores de la salud (dirigidos por enfermeras):

La promoción de la salud es uno de los pilares en los que se fundamenta la atención primaria en el medio comunitario de salud. Hoy en día en una esfera sanitaria en constante evolución, clave en los sistemas sanitarios y puesta en marcha de diferentes maneras en función del medio y los recursos disponibles en los que se encuentre. Alguno de los ejemplos de promotores de salud (China, Argentina, Perú, EE.UU.) que vamos a presentar juegan un papel muy importante. El Jersey Post es el servicio de correo postal de la isla de Jersey y en una época en la que el correo electrónico está sustituyendo a los correos convencionales, los carteros se han reinventado asumiendo un nuevo rol: hablan diariamente con los ancianos que viven solos, les traen las medicinas o les recuerdan las citas médicas. Con el nombre de “Call & Check” (The Commonwealth Fund, 2015) se ha puesto un en marcha el piloto de un sistema que busca aprovechar la red y los recursos de un sistema ya implantado y reconocido a disposición de los ciudadanos y de los profesionales sanitarios. Si notan algún problema se ponen automáticamente en contacto con médico/enfermera/familia. En el estado de Maryland (EE. UU.) trabajadores comunitarios, siguiendo el plan de cuidados desarrollado por la enfermera de familia/comunitaria, han disminuido los costes de atención entre 50.000 y 60.000 dólares (USD) cada año, por cada trabajador comu-

nitaria (trabajando con 30 clientes). Además de ahorro de costes, han disminuido la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables y han mejorado la salud y calidad de vida de sus clientes. (Martínez, Knickman, 2010) (Kangovi et al, 2015).



Otro ejemplo es la Fundación de Salud Haitiana que funciona desde el año 1985 dando cobertura a un área de 225.00 personas que viven en la zona rural de Jeremie (Gebrian, 2011). En esta zona rural, los equipos de promotores de salud liderados por enfermeros prestan atención a la zona comunitaria garantizan, do la atención prenatal y pediátrica tanto a la madre como al niño favoreciendo la prevención de las enfermedades endémicas locales, sin olvidar el tratamiento a la población general de enfermedades comunes, la provisión de educación para la salud, que incluye el suministro de alimentos y la nutrición. En esta región se está consiguiendo un importante desarrollo comunitario a través de la educación de niños y adultos sobre salud pública consiguiendo mejoras en términos de salud y económicas más en la línea de vidas de niños salvadas que monetarias puramente dichas.



2.1.2.3. El médico y la enfermera de la familia:

El modelo de enfermería o medicina familiar en Cuba (1984) está orientado a cupos de 120 familias en las que tanto el médico como la enfermera hacen visita domiciliaria conjunta (Feinsilver, 2010). Esta visita no solo se circunscribe a momentos de enfermedad sino que además se programa de tal manera que se realizan 2 veces al año exclusivamente para la realización de promoción y prevención de la salud. En estas visitas acuden además acompañados de un técnico en salud pública o equivalente que se encarga de revisar el medio ambiente, mosquitos así como los riesgos estructurales. Estos equipos, con la ayuda de



la tecnología y la tele-medicina, tienen la capacidad para dar servicios avanzados, incluso en las zonas rurales. Además de trabajar con las familias, los equipos tienen la costumbre de visitar los lugares donde los niños juegan o los adultos mayores se reúnen durante el día. Así proporcionan cuidados y servicios de salud allí donde las personas están, adaptando sus actuaciones y pudiendo formar un plan de acción para intervenir a nivel comunitario. Ya en el 2014 se publica un artículo en la revista Forbes (Stone, 2014) en el que se pone de manifiesto el sorprendente rendimiento coste-efectividad del sistema sanitario cubano teniendo en cuenta los medios económicos disponibles.

Atención Médica Primaria en el Hogar (HBPC).

Otra ejemplo del modelo de médico y enfermera de la familia se llama Atención Médica Primaria en el Hogar (HBPC). (14-15) Desarrollado por la administración de veteranos de guerra en los EE.UU., el modelo de HBPC trae todos los servicios de atención primaria a la casa, incluyendo servicios del laboratorio clínica y de radiografía. Por los veteranos de guerra con salud frágil y múltiples condiciones crónicas o psiquiátricas, los servicios de HBPC ha rebajado los costes del cuidado integral a un 24 porcentaje (Edes et al 2014).



2.1.2.4. Tres Claves de los Modelos:

Unas teorías se adaptan mejor que otras dependientes del contexto local, pero todas tienen en común tres puntos básicos:

Primero, los modelos presentan una atención integral y holística, puesto que no solo se centran en la atención médica, sino que además lo hacen teniendo en cuenta las necesidades espirituales, psicológicas y nutricionales, respetando sus creencias y su cultura en el ámbito familiar y comunitario donde se realiza la intervención.

Segundo, son modelos personalizados, donde los profesionales de salud conocen a las personas, familias y vecinos al igual que los antecedentes familiares de los mismos. Esto permite reconocer patrones epidemiológicos, genéticos, y sociales a nivel individual y comunitario.

Tercero, los modelos son sostenibles en el tiempo, y esto no solo incluye la parte financiera, también en el sentido de que los profesionales de salud y la comunidad luchan por proteger y mantener los valores y principios del modelo de salud comunitaria. Para ello es muy importante incluir e invitar a participar a la comunidad en el modelo, además de tener el apoyo de los gobiernos y otros sectores de la sociedad.

2.2. MODELO DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

2.2.1. Introducción:

Este modelo nace con la premisa de dotar al profesional de mayores cuotas de autogestión, con el objetivo básico de aumentar su formación, su información y a su vez su grado de responsabilidad en la utilización de los recursos público-privados. La posibilidad de desarrollo, de los profesionales dentro del sistema, es una pieza clave en la motivación ya que au-

menta el sentimiento de pertenencia hacia el propio sistema y refuerza en conjunto la imagen corporativa que prestamos, siempre dirigida hacia las personas o pacientes. Mediante las U.G.C. se posibilita que la gestión llegue a los profesionales para que participen en los procesos o iniciativas que contribuyen a la consecución de los resultados finales y así, la creación de equipos de alto rendimiento.

2.2.2. Desarrollo del modelo:

Los modelos de unidades de gestión clínica permiten mayores cuotas de autogestión en las organizaciones, empoderando a los profesionales y haciéndolos partícipes de los resultados. Generan una organización funcional y permiten establecer instrumentos para asegurar, finalmente, el retorno en forma de calidad y eficiencia (Peiró. 2012).

de procesos o el control de costes (Carter, 2011). Suponen un cambio en la forma de pensar y actuar de todos los profesionales implicándolos en un modelo común, aportando dinamismo y añadiendo valor a los resultados de la asistencia y de su gestión. Un ejemplo de unidad de gestión clínica lo podemos encontrar en el Instituto Cardiovascular del Consorcio Hospital General de Valencia. Formado por 185 profesionales y que aglutina los Servicios de Cardiología, Cirugía Cardíaca y Cirugía Vascul. Fue creado al amparo de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana (LOS 3/2003) que facilitaba la implantación de instrumentos de gestión clínica en la red sanitaria.

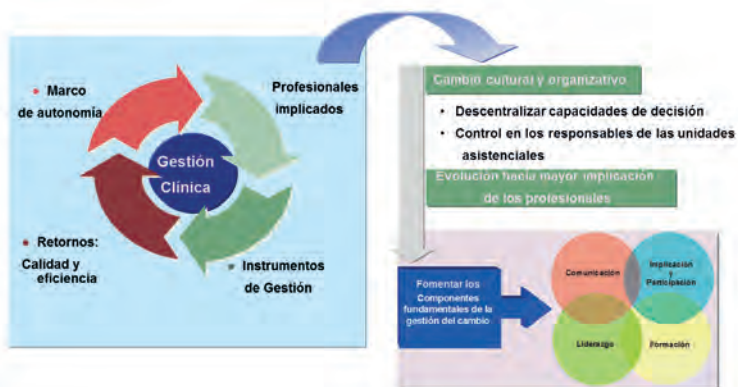


Figura: La gestión Clínica y la transformación en las Organizaciones. Elaboración Propia

Este modelo de gestión favorece la creación de una cultura organizativa basada en la formación, la protocolización y en general, la mejora continua, todo ello con la implicación de los profesionales en la gestión y orientado al paciente como centro de la atención. Las unidades de gestión clínica no consisten en la fusión o asociación estructural de servicios clínicos y/o personas encaminadas únicamente a la reingeniería

Empezar a desarrollar una unidad de gestión clínica desde cero no es fácil. En sus comienzos casi todas recurren a procesos de auditoría para realizar un análisis de la situación de partida y acompañar a los profesionales hasta alcanzar el resultado final: una UGC. Normalmente las organizaciones sanitarias tienden a ser verticales, con poco sentimiento de equipo y en las que además la cultura organizativa es fuerte e impide

avanzar hacia nuevas fórmulas expresándose en forma de resistencia al cambio.

Llegados a este punto, es importante realizarse una pregunta y reflexionar acerca de ella. ¿Pueden las enfermeras liderar una unidad de gestión clínica o bien participar en su gestión de forma exitosa? La enfermera tiene una visión integradora e integral del cuidado puesto que su individuo no es exclusivamente el paciente sino también el cuidador, la comunidad, familia e incluso la población en general. Teniendo esa visión transversal, la planificación de nuestras actividades no se entiende si no hay continuidad y coordinación de cuidados entre los distintos niveles de asistencia. La gestión de la enfermería debe apoyarse en una misión sólida y clara que incluya todo lo que hemos citado anteriormente y cuyo objetivo fundamental sea mejorar la eficiencia y calidad de los cuidados para conseguir una mejora final en términos de ganancia en salud aprovechando los recursos y de una manera orientada al ciudadano.

Para ello es importante establecer líneas estratégicas claras, continuadas y apoyadas por una comunicación interna eficaz:

- Planificación de cuidados.
- Gestión de los RRHH.
- Docencia e investigación: desarrollo competencial de nuestros trabajadores.
- Sistemas y tecnologías de la información robustos.

Además, es prioritario y clave establecer alianzas y tener visibilidad dentro del resto de estructura organizativa. También la implicación y participación en diferentes órganos ejecutivos de la UGC. La monitorización de los indicadores de calidad, establecidos en el contrato de gestión, junto con el desarrollo de estrategias de integración y continuidad asistencial permiten alcanzar el éxito en estas unidades cuyo principal pilar de sustentación es el desarrollo y mejora continua:

nuevos productos en la cartera de servicios (Abellán et al 2016).

Existen experiencias de unidades de gestión clínica en el ámbito nacional en las que el liderazgo lo ejercen enfermeras, ya bien se a nivel de la Dirección de la U.G.C. o bien liderando procesos clave dentro de ellas. Es importante reconocer que cuando se ponen en marcha unidades, en las que se pasa de una asistencia vertical y centrada entre niveles, a una asistencia horizontal y coordinada de un proceso, centrado en el paciente, mejora su seguridad y se aumenta la eficiencia. En este modelo, tal como ya venimos hablando, se mejora además la satisfacción laboral, la gestión de los recursos humanos se vuelve mucho más eficiente y además se consigue una dimensión del trabajo en la que se favorece el desarrollo profesional y personal.

En definitiva, un modelo de gestión innovador que integra todo lo tratado anteriormente: las U.G.C. como estructura y filosofía de trabajo, y que además reporta una repercusión económica positiva en términos de gasto sanitario (Leal et al, 2006).

Como se puede ver en la siguiente gráfica la tendencia, respecto a la evolución de la estancia media en la U.G.C. del I.C.V., es muy positiva en términos de eficiencia económica por la disminución de los recursos-cama utilizados.

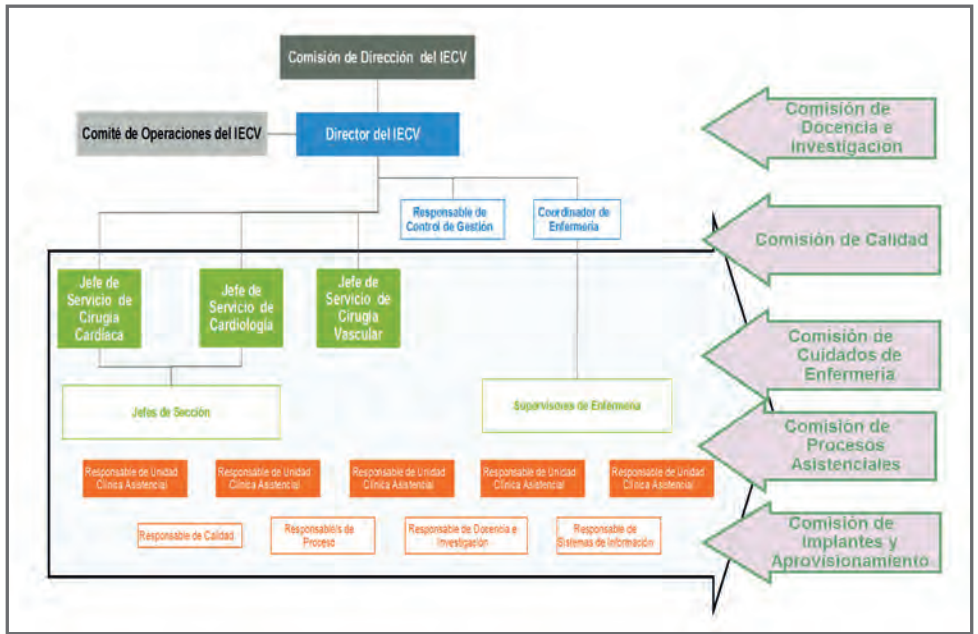


Figura: Estructura de la Unidad de Gestión Clínica del IECV. Fuente: IECV

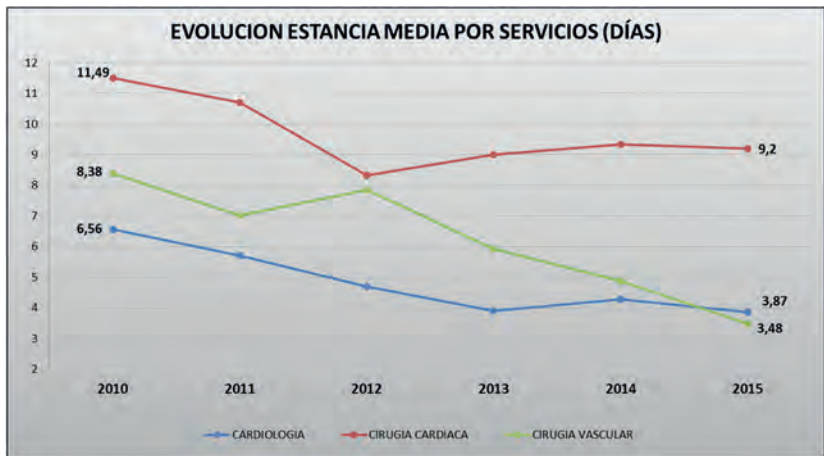


Figura: evolución de la estancia media en ICV del CHGUV (datos facilitados por Contro de Gestión ICV)

No obstante, los consumos también se ven reducidos sin detrimento de impacto en la actividad, sino como resultado del reajuste de los procesos en busca de la eficiencia.

CONSUMOS GLOBALES	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ICV	11.159.057,51 €	10.791.608,24 €	9.222.634,14 €	9.835.854,70 €	10.146.255,00 €	10.462.330,04 €

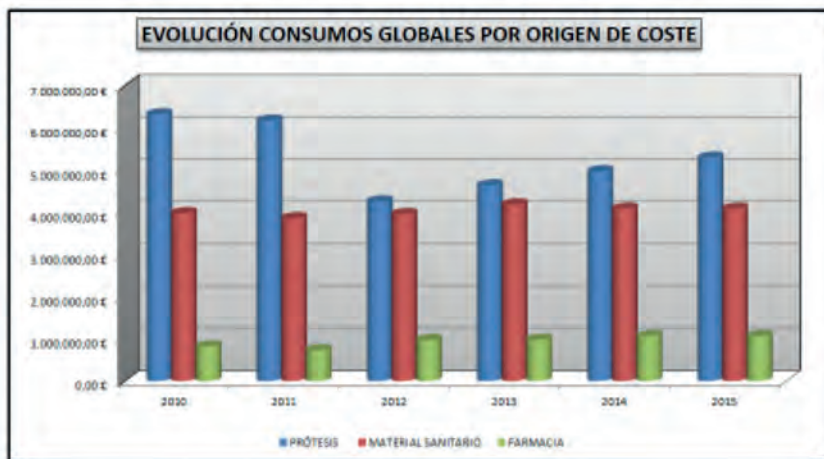


Figura: Evolución de los consumos en ICV del CHGUV (datos facilitados por Control de Gestión ICV)

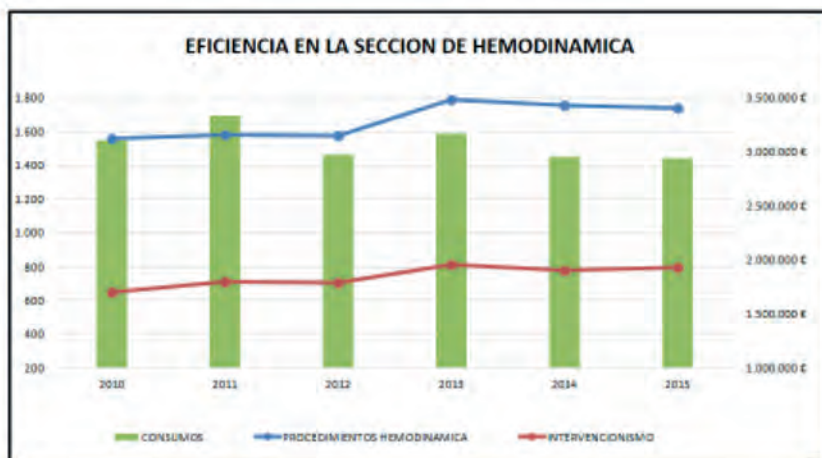


Figura: Relación coste-actividad en ICV del CHGUV (datos facilitados por Control de Gestión ICV)

El éxito de este modelo se basa principalmente en los siguientes factores claves:

- La existencia de un sistema de control de gestión robusto que monitorice toda la información económico-asistencial de manera fiable y continua.
- Involucrar a los profesionales asistenciales mediante su participación en las diferentes comisiones de gestión.
- Idea-fuerza: la eficiencia garantiza la sostenibilidad.
- Objetivo: el paciente. Garantizar un ambiente de cuidado favorable, con calidad y con continuidad al alta, establecer una coordinación real a nivel de las diferentes categorías y niveles asistenciales.
- Incorporación de todos los avances tecnológicos y de gestión estableciendo cultura de mejora.

Los resultados económicos conseguidos mediante la aplicación de este modelo se basan fundamentalmente en:

- Decremento de la estancia media hospitalaria durante los últimos 5 años.
- Mejora de la gestión de enfermería en cuanto a recursos humanos, recursos materiales y procesos asistenciales.
- Creación de un perfil competencial de enfermería adecuado que garantiza una atención de la más alta calidad.
- Gestión de las listas de espera transformando el modelo hacia la alta resolución mediante el acto único.
- Creación de consultas de enfermería como un recurso más costo-eficaz en el seguimiento crónico de los pacientes, además de aumentar la accesibilidad.
- Mayor control económico del gasto en general: bajo, medio y alto fungible, alta

tecnología sanitaria...

Como ejemplo, la creación de Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) del CHGUV, basada en la intervención enfermera, desde su creación, ha conseguido una reducción de la estancia media hospitalaria por Insuficiencia Cardíaca (GRD 127). Es sabido que todas las acciones encaminadas a disminuir el tiempo de la hospitalización suponen un gran impacto positivo para la sostenibilidad del sistema sanitario. En este caso concreto, el ahorro por alta de paciente ingresado por Insuficiencia Cardíaca ha sido de 678.12 euros aproximadamente, si tenemos en cuenta el coste de las visitas de control en la UIC y los reingresos que se evitan con la inclusión de los pacientes en el programa, este ahorro aun es mayor, pero lo más importante es la ganancia en calidad de vida y accesibilidad de los pacientes a una atención de calidad y adaptada a sus necesidades (Leal et al 2006).

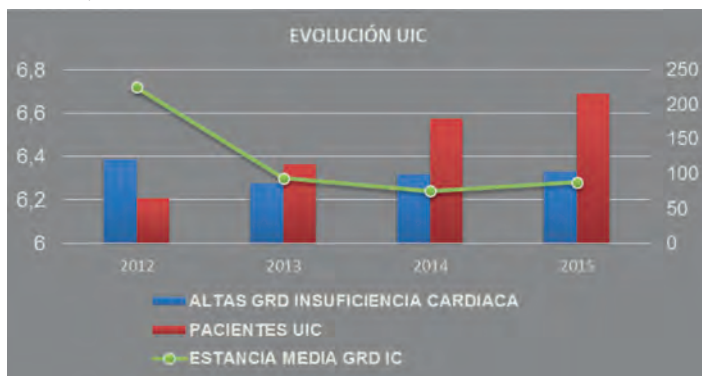


Figura: Datos Unidad Insuficiencia Cardíaca CHGUV. Control de Gestión ICV

2.3. MODELO ENFERMERÍA ESCOLAR:

2.3.1. Introducción:

El envejecimiento poblacional, sumado al aumento de la cronicidad y al agotamiento de los recursos financieros, son una oportunidad clave para las enfermeras. Con una formación académica del más alto nivel, especialistas, máster y doctoras, el colectivo se encuentra cada vez mejor posicionado para tomar el relevo en esta nueva realidad. La necesidad de integrar a todos los actores sociales, educativos y sanitarios se establece como una estrategia común, eficiente y necesaria a la hora de conseguir hacer sostenible al sistema, a la vez de sumar esfuerzos y no restarlos de cara a la atención al ciudadano. España será uno de los países más envejecidos a mitad de este siglo, con un gran incremento de personas con problemas de salud crónicos y con plurimorbilidad, lo que impactará de manera muy importante en el consumo de recursos. En el sector educativo, además de los niños que ya tienen patología y sobre los que ya podemos actuar, se encuentran los futuros crónicos del sistema.

2.3.2. Desarrollo del modelo:

La enfermería escolar es un modelo que ya está institucionalizado y consolidado en muchos países de nuestro entorno como Francia, EE.UU, Reino Unido, Bélgica, Suiza o Australia. En España lo podemos encontrar en el ámbito público mediante puestos específicos en educación especial o incluso en autonomías como Castilla-La Mancha, Madrid y León donde hay enfermeras en los colegios donde se integran niños con problemas de salud (asma, diabetes, epilepsia...).

Sin embargo se hace necesario avanzar hacia un modelo de promoción y prevención de la salud donde la enfermera, mediante su formación académica y la oferta actual de postgrado específica en el ámbito escolar, pueda aportar resultados en salud al sistema garantizando su sostenibilidad y la mejor atención

a las personas, en este caso, en el ámbito escolar.

Los problemas de alimentación, el aumento de la diabetes, los embarazos no deseados, el *buying* y la cronicidad son algunas de las situaciones en las que la enfermera escolar aporta valor mediante la aplicación del conocimiento basado en su modelo competencial. Su objetivo es contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de la comunidad educativa.

La enfermera escolar se define como el profesional de Enfermería que realiza su desempeño en el ámbito escolar y presta atención y cuidados de salud a la comunidad educativa. La aportación que realizan estas enfermeras, en el ámbito educativo y durante el horario escolar, se pueden establecer en las siguientes:

<p>Asistencial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar • Identificar y valorar las necesidades • Actividad asistencial según protocolos validados y/o administrando tratamientos prescritos • Emergencias e incidencias en horario escolar • Control enfermedad crónica • Prevención y promoción en problemas de salud más prevalentes • Supervisar equilibrio en la alimentación • Consulta de enfermería: Hª de enfermería y diario de consultas • Diseñar, implementar y evaluar protocolos y guías • Participar en el equipo interdisciplinar
<p>Gestora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar la actuación de la enfermera en el programa educativo • Ser el referente de salud y nexo entre todos los actores involucrados en la salud de los escolares • Gestionar la recopilación de la información, registrando y actualizando las historias de salud
<p>Investigadora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estudios de investigación • Evaluar resultados y el cumplimiento de los objetivos • Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud • Fomentar la autoevaluación de las enfermeras escolares
<p>Docente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la salud a través de los programas de Educación para la salud • Integrar la salud de manera transversal en todas las materias • Educar sobre autocuidado a alumnos y comunidad • Explicar el proceso de la enfermedad • Aportar una visión de la salud como un bien positivo que hay que cuidar

Figura: elaboración propia

Según el informe que publica el INE 2014, existe un total de 274.000 enfermeros colegiados en España. Mediante la estadística que elabora la Sociedad Científica de Enfermería Escolar (Sce3 2013) habrían un total de 1.120 enfermeras en el ámbito escolar

básicamente en Comunidades Educativas, Escuelas de Educación Infantil, Institutos, Programas Específicos (Ayuntamientos, Primaria) y en Ejercicio Libre. Sin embargo en ese ámbito, actualmente existen casi 5 millones de potenciales usuarios.

Alumnado de la enseñanza básica por comunidad autónoma. Curso 2014-2015		
	E. Primaria	E. Secundaria Obligatoria
TOTAL	2.904.948	1.840.071
Andalucía	580.732	374.811
Aragón	76.647	48.203
Asturias (Principado de)	48.194	31.539
Baleares (Illes)	66.180	41.227
Canarias	125.842	89.753
Cantabria	32.913	20.369
Castilla y León	125.386	84.642
Castilla-La Mancha	132.084	96.388
Cataluña	481.362	293.876
Comunitat Valenciana	315.477	193.043
Extremadura	65.039	45.368
Galicia	135.602	88.655
Madrid (Comunidad de)	410.639	250.991
Murcia (Región de)	107.424	67.791
Navarra (Comunidad Foral de)	40.468	25.538
País Vasco	126.873	77.193
Rioja (La)	19.338	11.979
Ceuta	7.432	4.269
Melilla	7.316	4.436

Figura: Alumnado de la Enseñanza básica por CC.AA. 2014-2015. Fuente INE

Un programa llevado a cabo en Massachusetts, para llevar enfermeras a tiempo completo a las escuelas, redujo los costes médicos y las horas de trabajo perdidas de padres y docentes. El equipo comparó el coste que supone el servicio de enfermería escolar en jornadas completa con el ahorro que generaba al disminuir el número de consultas médicas, estimó cuánto costarían los 22 procedimientos básicos que habitualmente realizaban las enfermeras escolares (evaluar glucemias-insulinas, determinadas fisioterapia...) respecto al coste de esos mismos en una clínica o un hospital. También se tuvo en cuenta el salario perdido de los padres, por ausencia efectiva en el puesto de trabajo y la productividad docente, dado que tuvieron en cuenta un estudio previo en el que los docentes dedicaban unos 20 minutos al día a los problemas de salud de los alumnos.

El estudio realizado en Massachusetts demostró que en el año escolar 2009-2010, unos 477.000 alumnos de las 933 escuelas participantes en el programa utilizaron los servicios de enfermería escolar. El coste fue de 79 millones de dólares, en comparación con los 20 millones de dólares que hubiesen costado estos servicios fuera de la escuela, además de los 28,1 millones de dólares por horas de trabajo perdidas para los padres y los 129,1 millones de dólares equivalentes a la pérdida de productividad docente. El equipo estimó que cada dólar invertido en el programa de enfermería escolar permite ahorrar 2,20 dólares, según publica en JAMA Pediatrics (Wang, 2014).

Actualmente se están implantando nuevas iniciativas respecto a la enfermería escolar respecto a las que ya existían en las comunidades citadas con anterioridad. Algunos ejemplos son:

- ISCEE Soporte de Enfermería en Centros de Educación Especial (Barcelona).
- Programa de Salut i escola (Generalitat de Catalunya).
- Alerta escolar Baleares. Plan de actuación en centros educativos.

Respecto a la calidad percibida por la población y la valoración que esta hace sobre el servicio, en 2007 se realizó una encuesta en el ámbito del ISCEE. En ella el 90% de las familias y profesionales valoraron muy positivamente la presencia de la figura de la enfermera escolar, estimándola como imprescindible para proporcionar una adecuada calidad de vida en sus hijos. Respecto al colectivo docente, el 100% apoyó la necesidad de una enfermera integrada en el equipo de manera continua.

Existen también otros estudios cuantitativos a nivel Nacional en los que se pone de manifiesto que la presencia de enfermería escolar también redujo las visitas a los servicios de urgencia hospitalaria en Cataluña (Olivares, Cuerva, 2007).



Figura: Cuestionario para valorar las necesidades de cuidados de enfermería de los alumnos de los centros de Educación

2.4. DESARROLLO DE LA PRÁCTICA AVANZADA ENFERMERÍA: NUEVOS ROLES DE PRÁCTICA (EPA) Y COMPETENCIAS AVANZADAS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA.

2.4.1. Introducción:

Las tendencias internacionales vienen a reflejar como para tener una atención sanitaria ágil, eficiente y centrada en la mejora de los resultados de salud, habrá que reorientar la rígida estructura organizativa existente y establecer los mecanismos adecuados para satisfacer las necesidades de la población a través de una redefinición de las competencias profesionales de las enfermeras dentro de los sistemas sanitarios. Y también a nivel internacional, un amplio número de revisiones establecen que un perfil avanzado en la práctica enfermera va a constituirse en una base de mejora para la sostenibilidad del sistema (las “nurse-led”, enfermeras liderando escenarios asistenciales con eficiencia, visitas quirúrgicas, seguimiento de pacientes con cáncer, seguimiento dirigido por enfermeras en pacientes con asma, EPOC, Modelos Alternativos de Atención a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca” e Intervenciones enfermeras en el control metabólico en la diabetes, entre otras iniciativas) aportando resultados manifiestos en cuanto a reingresos, disminución de estancias, calidad de vida entre otros.

2.4.2. Desarrollo del modelo:

Un ejemplo de desarrollo dirigido hacia la sostenibilidad y la excelencia en cuidados apoyados en la mejor EBE (Enfermería Basada en la Evidencia) y desarrollando nuevos roles, lo tenemos en el SSPA (Sistema Sanitario Público de Andalucía).

Este nuevo modelo de desarrollo de los cuidados se basa en el desarrollo de la Práctica Avanzada de Enfermería: Nuevos roles de Práctica (EPA) y competencias avanzadas de práctica enfermera.

2.4.2.1. Enfermera de Práctica Avanzada

La definición de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), es heterogénea ya que está condicionada por el nivel de desarrollo de la profesión en los países que las han ido integrando, (Australia, Canadá y, sobre todo, Reino Unido), el marco legislativo y por los factores específicos de cada Servicio de Salud y las necesidades específicas del entorno.

Según la definición del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), una enfermera de práctica avanzada ocupa un puesto específico para el que necesita formación y expertez y esto es lo que le otorga competencias para tomar decisiones complejas y desarrollar intervenciones avanzadas.

El ejemplo más claro que podemos poner en Andalucía, es perfil de Enfermera Gestora de Casos, como enfermera de práctica avanzada para la atención del paciente crónico complejo o en situación de cronicidad avanzada y las situaciones o consecuencias que de ella se derivan. Se han puesto en marcha otras figuras profesionales que tienen un perfil de práctica avanzada: Enfermera en cuidados avanzados en urgencias, Enfermera de Práctica Avanzada en el abordaje de Heridas Crónicas Complejas, Enfermera de Práctica Avanzada en Cuidados Oncológicos, Enfermera de Práctica Avanzada en tratamientos complejos en diabetes y la Enfermera de Práctica Avanzada en Cuidados al paciente ostomizado. (Ramirez et al, 2002) (Kuethe et al, 2009)

2.4.2.2. Competencia Avanzada

La competencia específica para la práctica avanzada se ha definido por nuestra Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza como: “competencias añadidas al mapa competencial de la enfermera que tras una formación específica le va a permitir

desarrollar funciones de mayor complejidad o nivel de responsabilidad o especialización en su entorno de trabajo”. Es el caso de las competencias avanzadas en prescripción colaborativa

En el contexto de necesaria sostenibilidad del sistema sanitario, se han incorporado igualmente en el SSPA estrategias de intervención, nuevas competencias y competencias avanzadas de práctica, que tienen como diana la mayor eficiencia del sistema y la mejor calidad de los cuidados. Entre otras:

- Competencias para la gestión compartida de la demanda, en procesos urgente como las consultas para atender personas que acuden a urgencias con nivel de gravedad 5.
- Educación Terapéutica, incorporando actuaciones novedosas para promover una educación efectiva en el autocuidado, autocontrol y automanejo de las indicaciones terapéuticas en pacientes crónicos y su familia.
- Prescripción enfermera de productos sanitarios y la indicación de fármacos y seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológico individualizados (SPTFI) en Diabetes, RCV, Sedación Paliativa y Anticoagulación Oral.

Perfiles Enfermeros de Práctica Avanzada en fase de desarrollo e implantación en el SSPA



2.4.2.2. La prescripción enfermera. Actuación del enfermero/a en la prestación farmacéutica del SSPA.

Las actuaciones de las enfermeras andaluzas en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), se regularon con la publicación del Decreto 307/ 2009. Su puesta en marcha comenzó a finales del año 2010.

En base a este Decreto, las enfermeras en Andalucía, usan, indican medicamentos no sujetos a prescripción médica, realizan prescripción de productos sanitarios (“prescripción independiente”) y pueden realizar la prescripción colaborativa de tratamientos individualizados de fármacos. Así podemos encontrar:

- **La prescripción independiente:** dirigida a la resolución de problemas relacionados con perfiles de pacientes crónicos (diabetes, pacientes oncológicos...), personas atendidas en el domicilio (con incontinencia, heridas crónicas...) altas complejas y personas con procesos digestivos complejos que están requiriendo apoyo para el manejo y acceso al material de ostomías...entre otros, donde el hecho de poder prescribir permite una mayor capacidad de respuesta por parte de la enfermera para resolver situaciones a estos grupos de pacientes. Entre los resultados relacionados con la prescripción independiente se refieren con mayor relevancia aquellos relacionados con el número de ordenes enfermeras emitidas, que supusieron un gasto de 82 millones de euros para 3 millones de órdenes en el año 2014. Este gasto, durante el primer semestre de 2015, alcanza 38 millones de euros para aproximadamente 1,5 millones de ordenes enfermeras. La variación porcentual respecto al año anterior es de aproximadamente un 4% menos. En cuanto al comportamiento de la prescripción independiente para fármacos que no necesitan receta médica, se

repite año tras año situándose en una cifra anecdótica, que no alcanza más que el 0.3-0.4 % de las ordenes emitidas. La razón básica para este resultado es que el listado de medicamentos que no necesitan receta son en muchos casos medicamentos de escaso valor terapéutico y por tanto no de elección. Los resultados relacionados con la eficiencia en la prescripción de productos sanitarios, si valoramos en términos de control – disminución del gasto en farmacia, se observa una disminución global del gasto en apósitos de un 24% del gasto respecto al año anterior y de un 21% en tiras reactivas, limitándose a un 8% en el caso de absorbentes porque también se articula este resultado con el hecho de haberse realizado una estrategia centralizada para la compra de absorbentes para abastecer las residencias de mayores. (Gutierrez, Serrano, 2015) (Appleby, Camacho, 2014) (Consejería de Salud-J.Andalucía, 2012).

- **La prescripción colaborativa:** Seguimiento Farmacológico por parte de la Enfermera de personas con determinados procesos crónicos. Para poner un ejemplo, en Andalucía, la Consejería de Salud en Andalucía ha publicado los protocolos para el seguimiento de pacientes con diabetes de tipo 2, riesgo vascular, pacientes anticoagulados y personas con necesidad de sedación paliativa. En proceso de elaboración se encuentran los protocolos de tratamiento farmacológico para abandono del hábito tabáquico y dolor crónico.

En ambos casos se precisó de una estrategia de formación previa a los enfermeros/as liderada desde el propio Servicio de Salud Público y la Consejería de Sanidad.

Tras 5 años de desarrollo de la Prescripción Enfermera en Andalucía, podemos concluir con resultados positivos en relación a diversos aspectos:

Resultados Generales (Consejería de Salud-J.Andalucía, 2012):

1) Participan en el desarrollo de la prescripción independiente más de 7.600 enfermeras, la totalidad de las de Atención Primaria (hasta 5.400) y el resto de enfermeras se encuentran en hospitales, generalmente en servicios donde pueden disponer de agenda propia y realizar actuaciones finalistas (Consultas, hospitales de día...) junto a enfermeras supervisoras y enfermeras gestoras de caso.

2) En Atención Primaria, el perfil prescriptor enfermero de Productos Sanitarios, supera al perfil médico (61% enfermeras

4) En prescripción colaborativa existen 4 protocolos publicados para realizar el seguimiento de pacientes crónicos relacionados con alguno de estos procesos: diabetes, anticoagulación oral, riesgo vascular y/o sedación paliativa. A finales de 2015 se encontraban acreditadas, para el seguimiento colaborativo en alguno de estos protocolos, 276 enfermeras y hasta 516 más en proceso de acreditación.

Resultados específicos para la ciudadanía, el sistema sanitario y los profesionales enfermeros:

Cumpliendo con los objetivos de partida de mejorar la accesibilidad de la ciudadanía, en el caso de la prestación farmacéutica, se ha mejorado la accesibilidad a la prestación, especialmente en personas con procesos crónicos que acceden a su enfermera de referencia, disminuyendo la frecuentación de los centros y mejorando la gestión de la demanda entre profesionales ya que permite efectuar consultas de resolución en acto único, sin necesidad de consultas sucesivas a otros profesionales, mejorando así la capacidad resolutoria de la enfermera.



sobre 39% médicos), llegando a más del 88% de los productos prescritos en algunos distritos sanitarios. En caso de los hospitales las enfermeras llegan a prescribir un 31 % de media y en algunos centros hospitalarios se prescribe por enfermeras hasta el 58% de la prescripción total de Productos Sanitarios.

3) En prescripción independiente la Indicación de fármacos que no necesitan receta es anecdótica (0,13% del total de estos medicamentos, prescritos en 2015).

En términos de seguridad y calidad de la atención, la implantación de la Prescripción Enfermera se ha desarrollado en una situación de plena satisfacción para la ciudadanía (reclamaciones 0) y los profesionales.

En términos de eficiencia, las enfermeras en estos años y a través de su participación en la prestación farmacéutica del SSPA han tenido un peso esencial en el desarrollo de las estrategias diseñadas por el sistema para mejorar en control del

crecimiento del gasto. La Prescripción Enfermera ha contribuido al mantenimiento del control del gasto en este período de desarrollo 2010-2015, mediante la disminución en el caso de productos como absorbentes, tiras reactivas y apósitos.

Para los profesionales la publicación y el desarrollo del Decreto Andaluz vino a constituirse en el marco legal que respalda la práctica de estas intervenciones por las enfermeras andaluzas, reconociéndose la prescripción independiente e incorporando la prescripción colaborativa en un nivel competencial avanzado, dentro de un modelo de práctica en cuidados que responde de forma adecuada y eficiente a las necesidades del ciudadano/a.

DATOS EFICIENCIA PRESCRIPCIÓN 2014-2015			
APÓSITOS		TIRAS REACTIVAS	ABSORBENTES
2014	5.929.055 €	12.546.908 €	31.439.384 €
2015	4.486.087 € (-24,24%)	9.916.126 € (-21%)	28.868.095 € (-8,18%)

3. CONCLUSIONES

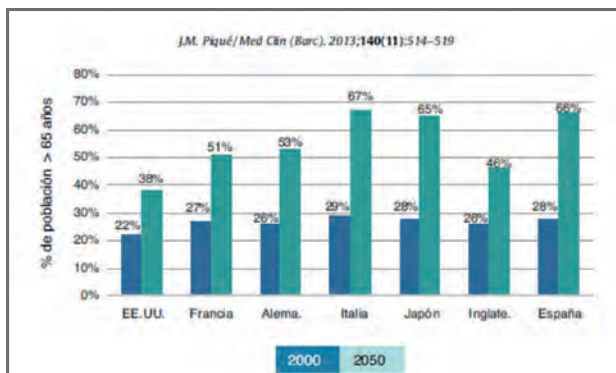
Los escenarios cambian al igual que los pacientes, los conocimientos científico-técnicos y hasta nosotros mismos. La población occidental en general envejece. Esto junto con la mejora de la expectativa de vida y la curación hoy de enfermedades que antes eran mortales, nos conduce a un horizonte de cronicidad con una población muy mayor.

El gasto en recurso sanitario se ha elevado considerablemente, el sistema se ve amenazado en cuanto a su financiación y es necesario encontrar fórmulas más costo-efectivas respecto al modelo vertical clásico y a la atención hospitalocentrista.

El sistema precisa avanzar en el tratamiento de crónicos desde punto de vista integral e integrado. Es preciso mejorar las limitaciones del tratamiento convencional en cuanto a enfatizar en aspectos no farmacológicos, la mejora la accesibilidad de los pacientes a la atención, el fomento del autocuidado a través de la intervención educativa y la continuidad asistencial como uno de los mejores ejemplos de eficacia y eficiencia con importante repercusión en mejora de calidad de vida de los pacientes.



Figura: Incremento de la población en algunas regiones de España sin incremento de la financiación. En la siguiente figura se observa el envejecimiento poblacional en España y el incremento de la esperanza de vida junto con la inversión de la tendencia demográfica donde hay más mayores que jóvenes y la evolución del gasto en pensiones contributivas y recursos públicos destinados a los mayores. Fuente: Sedisa.net



La realidad del contexto social y sanitario actual (envejecimiento poblacional progresivo, aumento de prevalencia de enfermedades crónicas y de salud mental e incremento de las conductas no saludables, junto con un paciente cada vez más formado e informado) camina hacia un entorno con unas necesidades asistenciales para las cuales, el mero crecimiento del modelo tradicional centrado en el episodio, la especialización y lo biomédico no va a aportar las soluciones necesarias. Aspectos como la fragilidad, la vulnerabilidad y una perspectiva integral tenemos que tenerlos muy en cuenta en el diseño de sistemas sanitarios, para que verdaderamente den respuesta a las nuevas realidades de las personas. Este aspecto, se ve acrecentado con el difícil momento económico actual que obliga a cambiar la tendencia incrementalista del gasto sanitario público para incorporar nuevas estrategias que implican una mejor eficiencia de los servicios, además de un mayor control del gasto y un uso adecuado de los recursos sanitarios.

En este contexto, es seguro que el desarrollo de los cuidados podrá aportar y contribuir al avance de un sistema sanitario público sostenible, siempre que se tenga en cuenta qué:

- 1) los procesos de atención han de ser procesos compartidos, centrados en la persona y
- 2) deben tener la flexibilidad oportuna para ubicar las responsabilidades de la atención en el proveedor de salud que más eficientemente pueda responder de forma adecuada a cada necesidad específica¹.

Para terminar, citando a Concepción Arenal, el hecho de proporcionar los recursos necesarios para cubrir las necesidades primarias de los individuos, permite mejo-

rar, también, las condiciones de salud:

«Este cuidado material del pobre puede tener consecuencias que no sean materiales [...] Si al que yace en la miseria le vistiésemos decentemente, dándole una buena habitación, veríamos que sus pensamientos se elevaban, que sus inclinaciones eran menos bajas. Por eso al corregir al pobre por su descuido no le hacemos sólo un servicio material, sino que le ponemos en camino de ser mejor, y con la higiene de su cuerpo le preparamos la salud del alma».

4. RESULTADOS ECONÓMICOS GENERALES

A continuación, como resumen, se detallan los resultados económicos aportados por los expertos en cada una de sus apartados:

4.1. MODELO DE CUIDADOS O ATENCIÓN DOMICILIARIOS:

El modelo Buurtzorg de los Países Bajos (2007) es un modelo de atención a domicilio que ha permitido disminuir un 25% los costes de atención.

Entre los modelos de promotores de salud, en el estado de Maryland (EE. UU.) cada

trabajador comunitaria (trabajando con 30 clientes) ha disminuido los costes de atención entre 50.000 y 60.000 dólares (USD) cada año.

El modelo de Atención Médica Primaria en el Hogar (HBPC) trae todos los servicios de atención primaria a la casa, incluyendo radiografía y servicios del laboratorio clínico. Por las pacientes con salud frágil y múltiple condiciones crónicas o psiquiátricas, los servicios de HPBC ha rebajado los costes del cuidado integral un 24%.

	Buurtzorg	Otros holandeses proveedores de cuidado en el hogar
Promedio de horas de atención domiciliaria (por cliente al año)	108 horas	168 horas
Los costos de atención de la casa Normal (con exclusión de los costes de seguimiento)	€ 6.428 (\$ 6.990)	€ 7.995 (\$ 8.695)
Los costos promedio de seguimiento en la Ley de Gastos Médicos Excepcionales (principalmente el costo asilo de ancianos)	€ 2.029 (\$ 2.207)	€ 2.510 (\$ 2.730)
Médicos costos (médico y hospital) promedio de seguimiento	€ 7.787 (\$ 8.468)	€ 5.187 (\$ 5.641)
Costo total casuística ajustado por cliente, incluyendo la atención domiciliaria y los costes de seguimiento	€ 15,357 * (\$ 16.701)	€ 15,856 * (\$ 17.243)

* Sólo los costes totales incluyen casuística ajustada.

Fuente: KPMG, la relación con otros proveedores de Atención al Valor Agregado de Buurtzorg: un análisis cuantitativo de Cuidados en el hogar en los Países Bajos en 2013 (en alemán), enero 2015.

4.2. MODELO UGC

Los modelos de gestión clínica favorecen la gestión eficiente de recursos, con la participación de los profesionales, a través de la mejora de los procesos asistenciales y su implicación en el control del gasto sanitario. Todo ello repercutirá en la mejora de la calidad asistencial.

La mejora de la eficiencia en el uso de los recursos materiales se realizará a través de:

- Control del gasto material sanitario: Teniendo la información del análisis y evolución de los consumos, se pueden realizar ajustes en los pactos de consumo, se valoran y justifican las variaciones, se corrigen errores de imputación. Gestión de stocks y caducidades.

- Implicación en la comisión de implantes y aprovisionamiento: Indicación clínica, gestión del aprovisionamiento (logística y evaluación de nuevos productos).
- Monitorización de resultados de indicadores de eficiencia, coste/actividad.
- Adecuación de los procesos a la evidencia científica (Guías de Práctica Clínica).
- Creación de nuevos programas asistenciales.

Es importante la comunicación de resultados a todo el personal implicado, esto aumenta su motivación, sentimiento de formar parte de un equipo, la respuesta es la colaboración para la consecución de objetivos.

La optimización del gasto sanitario mediante herramientas de apoyo a la gestión, mejora la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Teniendo en cuenta que los costes medios por alta en los servicios de Cardiología eran de 4912 € en 2010 según la estadística que publica el SNS (Ministerio de Sanidad, 2012), todas las acciones encaminadas a disminuir el tiempo de la hospitalización suponen un gran impacto positivo para la sostenibilidad del sistema sanitario. La creación

de Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) del CHGUV, basada en la intervención enfermera, desde su creación, ha conseguido una reducción de la estancia media hospitalaria por Insuficiencia Cardíaca (GRD 127). En este caso concreto, el ahorro por alta de paciente ingresado por Insuficiencia Cardíaca ha sido de 678.12 euros aproximadamente, si tenemos en cuenta el coste de las visitas de control en la UIC y los ingresos que se evitan con la inclusión de los pacientes en el programa, este ahorro aun es mayor.

4.3. MODELO ENFERMERÍA ESCOLAR:

El estudio realizado en Massachusetts demostró que en el año escolar 2009-2010, unos 477.000 alumnos de las 933 escuelas participantes en el programa utilizaron los servicios de enfermería escolar. El coste fue de 79 millones de dólares, en comparación con los 20 millones de dólares que hubiesen costado estos servicios fuera de la escuela, además de los 28,1 millones de dólares por horas de trabajo perdidas para los padres y los 129,1 millones de dólares equivalentes a la pérdida de productividad docente. El equipo estimó que cada dólar invertido en el programa de enfermería escolar permite ahorrar 2,20 dólares, según publica en JAMA Pediatrics.

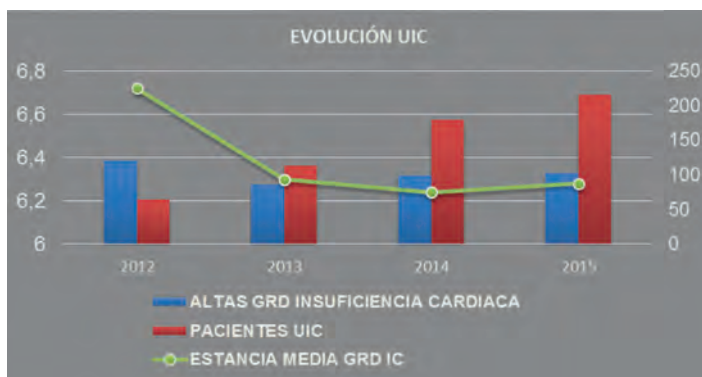


Figura: Datos Unidad Insuficiencia Cardíaca CHGUV. Control de Gestión ICV

4.4. DESARROLLO DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERÍA: NUEVOS ROLES DE PRÁCTICA (EPA) Y COMPETENCIAS AVANZADAS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

En términos de eficiencia, las enfermeras del Servicio Andaluz de Salud, a través de su participación en la prestación farmacéutica del SSPA, han tenido un peso esencial en el desarrollo de las estrategias diseñada por el sistema para en control del crecimiento del gasto. La Prescripción Enfermera ha contribuido al mantenimiento del control del gasto en este período de desarrollo 2010-2015, aportando mejoras muy significativas que han permitido disminuir en caso de productos como absorbentes, tiras reactivas y apósitos.

La disminución del gasto en el caso de absorbentes, como en los otros conceptos (apósitos y tiras reactivas), hace referencia a las ordenes enfermeras prescritas. El porcentaje de disminución del gasto en absorbentes atendiendo al número de ordenes prescritas y el tipo de absorbente podría haber sido mayor, sin embargo, en agosto del año 2015 en Andalucía se unen a la prescripción enfermera nuevas medida de disminución del gasto en absorbente en los centros residenciales, que consistieron en la compra centralizada de estos productos por las centrales logísticas provinciales de compra.

DATOS EFICIENCIA PRESCRIPCIÓN 2014-2015			
	APÓSITOS	TIRAS REACTIVAS	ABSORBENTES
2014	5.929.055 €	12.546.908 €	31.439.384 €
2015	4.486.087 € (-24,24%)	9.916.126 € (-21%)	28.868.095 € (-8,18%)

ÁREA 3: GESTIÓN DEL CAMBIO. HERRAMIENTAS Y LIDERAZGO. OPORTUNIDADES Y AMENAZAS

Coordinadora:

Mercedes Ferro Montiu

Expertos:

Carmen Ferrer Arnedo

Enrique Castro Sánchez

Zulema Gancedo González



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

INTRODUCCIÓN

Introducir el tema que centra el debate “Gestión del cambio: Herramientas y liderazgo. Oportunidades y amenazas”, conlleva matizar conceptos que pudieran parecer obvios o básicos pero ayudarán a entender las experiencias presentadas por cada uno de los expertos que aportaron y compartieron su conocimiento. Y ello a pesar de que el significado de estos términos son una realidad habitual y consustancial a las organizaciones sanitarias.

La vida de los seres humanos cambia cada día y debe adaptarse, paulatina o abruptamente, a nuevas circunstancias. Las organizaciones también son entes en continuo cambio, que se desarrollan condicionadas a los contextos sociales, políticos, económicos y culturales donde radican. O condicionadas también por los que las dirigen. Éstos marcan las tendencias de desarrollo y adaptación a las que las organizaciones (empresas) deberán someterse si quieren permanecer y progresar como tales.

Conviene diferenciar los cambios en las organizaciones en dos dimensiones muy diferentes: La primera se refiere a cambios progresivos de mejora continua que se van diseñando e implementando de forma dinámica y natural, que se realizan y se asumen, en la mayor parte de las veces, a modo de revisión de la práctica o de los procedimientos empleados en la producción o en los servicios y cuyos objetivos van dirigidos a añadir valor y garantizar una práctica constantemente actualizada y mejorada.

La segunda dimensión agrupa cambios profundos, cambios que se enfocan a redirigir la empresa, reorientar su actividad, cambiar su cultura, valores u obtener mejores resultados. Estos cambios, liderados por los

equipos directivos, deben ser el resultado y convencimiento de análisis y consecuencia de reflexiones profundas sobre la situación de partida y el futuro deseable de la organización. Deben responder a una reflexión estratégica y estar dirigido a través de un plan estratégico.

Un análisis pormenorizado de la situación organizacional facilita identificar sus fortalezas y debilidades. La aplicación de la matriz DAFO resulta útil cómo herramienta que, aplicada en el análisis, permite identificar y relacionar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. El resultado de estos análisis, con mucha frecuencia, conlleva una reorganización global de la empresa que se inicia en la estructura como soporte fundamental de la misma. Como señala uno de los “padres” del management en la gestión de las organizaciones, Peter Drucker, “la mejor estructura no garantizará los resultados ni el rendimiento, pero una estructura equivocada es una garantía de fracaso”.

Generalmente, los cambios que deben implementarse para adaptar la organización a la evolución que su entorno provoca, son trascendentes porque se dirigen a modificar sustancialmente aspectos profundos de las organizaciones y de las personas que las conforman. La aceptación del cambio es una cuestión difícil en cualquier organización y mucho más frecuentemente en organizaciones sanitarias tradicionales como son la mayor parte de las empresas de este sector.

Sería deseable llegar a considerar el cambio de forma natural e imprescindible para que las organizaciones sobrevivan a la evolución de los entornos donde se ubican. Una transformación significativa de las es-

trategias, de las estructuras de empresa, de los valores o actividades. Al mismo tiempo sería deseable un cambio en la forma de llevar a cabo la práctica profesional de forma que pueda interiorizarse como la evolución lógica del quehacer empresarial, es decir no debería convertirse en ninguna meta en sí mismo sino en una forma de vida, de hacer el camino, de avanzar y por tanto esencia misma del recorrido o vida empresarial.

Uno de los errores habituales cometidos por los equipos directivos implicados en cambios organizacionales ha estado relacionado directamente con la política o estrategia de comunicación interna y externa. Es preciso subrayar a este respecto cómo la información genera conocimiento y éste es necesario para llegar a la confianza, de la misma forma que la desinformación y desconocimiento genera desconfianza. Es necesario, por tanto, hacer hincapié y enfocar bien los recursos necesarios para que los cambios profundos estén acompañados de una adecuada estrategia de comunicación empresarial.

Desde un compromiso de responsabilidad social y de cohesión, los cambios y los procesos de reingeniería organizacional, deben hacerse desde una perspectiva de la utilización mas adecuada de los recursos disponibles, con la finalidad de llevar a cabo una gestión de los mismos sostenible. Si este enfoque en la sociedad actual es inexcusable, cuando hablamos de la utilización de recursos públicos, como son una gran parte de las organizaciones sanitarias, adquiere un realce mucho mayor.

Por este motivo muchas organizaciones han ido analizando y desarrollando medidas dirigidas a una gestión de recursos más adecuada, en esta línea la experiencia del Hospital Germans Trias i Pujol en la aplicación de medidas organizativas para una mejor planificación del alta de los pacientes

les ha “permitido conseguir en seis meses un ahorro equivalente a dos camas/año y un potencial ahorro económico de unos 58.591 €, en costes directos de hotelería, dieta, lavandería y limpieza” (Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, 2013).

Esta misma publicación, en la línea de reingeniería de circuitos, recoge que la puesta en marcha de una unidad de corta estancia quirúrgica para cirugía electiva es coste-efectiva. Constata que, tras evaluar los resultados conseguidos, la estancia media de pacientes, pasó de 4,3 días a 2,8 días, la estancia media prequirúrgica se redujo en 0,5 días y el índice de rotación pasó de 92 a 126 pacientes/cama. A nivel de costes, el cierre de la unidad durante el fin de semana generó un ahorro de 842.088€.

A continuación se recogen cuatro experiencias relacionadas con cambios en organizaciones sanitarias, en las que sus ponentes son verdaderos expertos en su gestión y cuyo objetivo es compartir su conocimiento para facilitar una reflexión plural al respecto.

GESTIÓN DEL CAMBIO. LA ENFERMERA EN EL LIDERAZGO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GUADARRAMA

1. INTRODUCCIÓN

Las Organizaciones Sanitarias del siglo XXI están obligadas a un trabajar en procesos de transformación, en una proyección de cambio adecuando la organización y desarrollando estrategias de aprovechamiento de las competencias de los profesionales a lo que son las nuevas necesidades de la población.

La sociedad tiene nuevas necesidades de salud, con enfoques mas holísticos, las personas demandan mayor participación en la gestión de su salud y en la toma de decisiones, esto plantea, por su lado, los profesionales también están en un proceso de cambio en sus roles, roles que deben de aceptarse. por parte de todos, roles que parten de profundizar en el conocimiento propio para aportar más especificidad, así se construyendo además equipos sólidos y eficaces. Esto hace que las organizaciones proveedoras de servicios también generan situaciones de cambio, requieren de rediseño, se han de reorientar más a los resultados en la persona en concreto, resultados individualizados, saliendo de medir solo proceso y llegando a los resultados mas alla, de mortalidad, morbilidad, uso de recursos, sino también en calidad de vida, en independencia o en capacidad de autocuidado.

Así pues, este cambio que se presenta ante nosotros tiene que ver con un contexto diferente, con necesidades de los ciudadanos diferentes y con modelos de Organización que también requiere de enfoques diferentes.

El punto de partida es que la sociedad está sometida a un proceso de transición demo-

gráfico y de transición epidemiológica, lo que significa más años de vida y en vez de mirar solo a patologías, se visualizan más los problemas de Salud y sus consecuencias en la persona y su entorno.

Todo ello, pensando en un sistema que aporta soluciones a contextos que van más allá de lo que son el sumatorio de soluciones curativas para las patologías que determinan cronicidad.

Cronicidad, se ha convertido en un concepto que brinda oportunidad, se trata de que aparece la necesidad de pensar en un cambio de Modelo de Organización como un fenómeno que emerge con fuerza, como una oportunidad, y que nos enfoca a la necesidad de trabajar en el rediseño Organizativo donde se aplica proporcionalidad, y cada uno asumen otros roles, esto es lo que les ha pasado a las enfermeras y enfermeros. Existen nuevos criterios que son la base de la reorganización y se propone desde lo aprendido:

- Debe estar basado en la no fragmentación.
- Diseñada como una atención integral con servicios menos tecnificados, más humanistas.
- Deben de ser más flexibles y mucho más orientados a las personas y, por tanto, más interdisciplinarios y más eficaces y eficientes.

Y a la vez, debe plantearse servicios más integrales, con trazabilidad y enfoque de proceso con liderazgo específico en cada subproceso, lo que va más allá del ingreso hospitalario o de la consulta puntual.

Asumiendo que se requieren diferentes en-

foques también aparecen nuevas ideas, el concepto del cuidado complejo, del autocuidado como diferenciadores de la atención compleja o muy especializada. Ello aceptando el hecho de que los servicios sanitarios están conectados a la prestación de servicios sociales y por tanto, están formados por elementos de especificidad complementarios.

Si analizamos el contexto de los servicios, a partir del año 2009 se hace visible una Crisis Económica, aparecen nuevas necesidades de la población y la oferta de Servicios va más allá de los Servicios Sanitarios Públicos, requiriéndose nuevas estructuras y estos son elementos que configuran el futuro de los servicios sanitarios.

En lo que se refiere a un enfoque de Abordaje de la Cronicidad, en el año 2012, se publica el documento de Abordaje de la Cronicidad del SNS, y previamente el Dr. Bengoa había publicado su libro Curar y cuidar, por tanto ya en los textos se hace referencia a algunos elementos claves de cambio como aspectos innovadores, y significativamente se hace referencia al paciente activo, empoderado y al Cuidado en todas sus dimensiones: En todos los documentos se hace referencia al cuidado de promoción, de prevención y de recuperación; de confort y de acompañamiento. Por tanto, también es ineludible la referencia a las enfermeras y enfermeros como los profesionales que deben de aportar liderazgo y especificidad desde el campo del cuidado ya desde su dimensión disciplinar y desde la ley de Ordenación de las profesiones sanitarias en 2003, que le reconoce la competencia en la gestión y dirección del cuidado y por tanto en la asunción del liderazgo en el cuidado.

La cronicidad trae consigo necesidad de potenciar el paciente activo desde la Autogestión y la corresponsabilidad entre profesionales y pacientes, son valores emergentes

para sostener la relación entre Cuidadores, Profesionales y Organización de los Servicios con aceptabilidad, proporcionalidad y capacidad de innovación organizativa.

En este contexto es preciso generar estrategias de transformación, nuevos enfoques que lleven a las Organizaciones a un proceso de cambio real.

2. DESARROLLO DEL MODELO

Un hospital diferente: El Hospital Guadarrama

Desde el año 2011 el Hospital Guadarrama ha apostado por ello, ha enfocado su oferta de servicios a esta realidad, ha cambiado su modelo de Organización pasando de ser un Hospital Geriátrico Rehabilitador a ser un Hospital centrado en la Persona y en la estrategia de Autocuidado. Es por tanto, un Hospital que utiliza herramientas de empoderamiento de pacientes desde la incorporación de elementos del movimiento Red de Hospitales Promotores de la Salud que impulsa la O.M.S. desde el comienzo de las Cartas de Ottawa, hasta los que se aportan los modelos de cuidados de transformación tal y como presenta Keruac (2002), potenciar las capacidades individuales de las personas.

Se trata de un hospital público, de media estancia, situado en el municipio de Guadarrama, con 80 años de existencia. Tiene un edificio principal tiene 8.640 m², construidos en una parcela de 17.028 m², en el que hay un paseo terapéutico con tres tramos diferenciados, como etapas y un huerto terapéutico.

La zona de hospitalización comprende cuatro plantas en funcionamiento, totalmente reformadas con 144 camas y habitaciones de uso individual y de dos camas.

El hospital oferta cuidados paliativos, camas de respiro, unidad de recuperación funcional, atención a pacientes crónicos reagudizados y cuidados continuos complejos.

A lo largo de los últimos años este Hospital ha desarrollado servicios centrados en la Persona, por un lado, y en el apoyo a la gestión de la persona y sus necesidades: Incorporando a las prácticas clásicas de la atención clínica, otros complementarios para trabajar enfoques de paciente activo.

Así pues, los cambios se han centrado en:

- Diseño de una red de estructuras complementarias, alrededor de los pacientes. Esta red está constituida por diferentes proyectos y planes:

- Plan de voz del Paciente: un grupo de profesionales mediadores realizan escuchas para dar respuesta a las necesidades de los pacientes. Además del formato de la reclamación, están estos profesionales cerca que escuchan.
- Estrategia de Calidad Percibida: trabaja todos los aspectos de la calidad percibida y aborda las brechas de insatisfacción.

El Plan de Autonomía del Paciente es la clave del proyecto centrado en las personas y en él se encuentran la Escuela de Pacientes y la escuela de Cuidadores. Base para la obtención del sello + 500 en EFQM y el premio al mejor servicio público de la Comunidad de Madrid o la obtención de la Q más una estrella, como un hospital de Calidad de Servicios Excelentes.

Se han diseñado diferentes herramientas de empoderamiento de pacientes para su participación y toma de decisiones cómo

el uso de Ropa deportiva, la utilización del Diario del Paciente y actividades grupales para prevenir el aislamiento y la soledad.

Como nueva Cartera de Servicios se han añadido una Unidad de Respiro, Unidad de Heridas Crónicas y Escuela de Cuidadores con entrenamiento por enfermeras individual, grupal y on-line.

Y la Escuela de Pacientes para el entrenamiento en el deterioro de la deglución y en incontinencia, además de en el autocuidado. Con dedicación de especialistas consultores para A.P. médico y enfermero. Desde hospital de día se lleva a cabo fisioterapia grupal. La Continuidad de Cuidados se lleva a cabo por enfermera de continuidad de cuidados o de enlace.

Como modelo de Gestión y Organización: Diferente, se incorpora en el Plan de Calidad, plan de alianzas y plan de personas. Se llevan a cabo reuniones interdisciplinares de caso para la preparación sistemática de altas. La Enfermera de Enlace, clave en la valoración de casos al ingreso y en el alta, aplica el modelo de gestión de casos. El seguimiento al alta y comunicación telefónica para seguimiento de efectividad de escuela de cuidadores y continuidad asistencial. Se lleva a cabo actividad ambulatoria y de consulta; no solo de medicina sino de enfermería y de terapeutas ocupacionales.

Limitaciones

La principal limitación se presenta en la resistencia al cambio de los colectivos tradicionales que bloquean el proyecto por considerar que los cuidados no son servicios hospitalarios y que empoderar a los pacientes son cosas del ámbito residencial y no del ámbito sanitario. Pero también de la organización: En el catálogo de hospitales seguimos estando en la ca-

tegoría de Hospital de Media y Larga Estancia, aun sabiendo que no es lo mismo media estancia que larga estancia.

El liderazgo enfermero es clave en los procesos de transformación pero debe ser aceptado y apoyado por el sistema. Todavía se mira con resistencia y poca comprensión el beneficio para los pacientes y se confunde con considerar que este tipo de propuestas se pueden desarrollar igual en una residencia. Este es un elemento de error, algunos le llaman la estrella sanitaria y consideran que incorporando médicos a estas residencias les convierten en hospitales de media estancia. Por tanto una limitación es la falta de comprensión por parte de algunos elementos tradicionales de la aplicabilidad de este tipo de propuestas en el medio hospitalario.

Sin embargo hay un hecho: los pacientes hacen cola por ser tratados en el Hospital Guadarrama. Por algo será. Otro hecho: más de la mitad de las solicitudes no pueden ser atendidas por no tener disponibilidad de recursos.

Conclusiones

Enfocar los procesos de una manera integrada es una de las claves del futuro. Es preciso dar valor a cada subproceso, pero también es importante respetar la especificidad de cada estructura que se requiere en el proceso y de la aportación individual de cada disciplina al propio proceso y a su resultado.

Nada es lo mejor, lo que cada uno hace cuando lo tiene que hacer es lo ideal. Ésta es una clave. Es necesario incorporar un trabajo basado en los objetivos del paciente desde el equipo.

En negativo permanecer en la idea clásica de una disciplina es la que ve, uno

prescribe y uno evalúa el trabajo de todos, creyéndose el único responsable también de los demás porque otros hacen y parece que no pueden pensar.

Esta configuración clásica de los equipos sanitarios debe modificarse virando a la transdisciplinariedad formal. Es decir, a crear nuevos espacios, se acuerdan los objetivos a alcanzar con, por y para cada paciente, en el equipo; y cada miembro hace lo que tenga que hacer según su especificidad, su competencia y su conocimiento concreto para que el paciente alcance con éxito sus objetivos, en los que participa. Todo lo que se sale de este enfoque hoy y en el futuro fracasará. Éste es el elemento de mayor resistencia que hay que superar sin miedo.

Las enfermeras pueden y deben ser líderes en las organizaciones y aportar especificidad y conocimiento. Salir de la trastienda del sistema. Por tanto, son líderes y pueden serlo si tienen, como decía Virginia Henderson, el conocimiento, la fuerza y la voluntad. Y añadiríamos, si existe la aceptabilidad por parte de los demás.

¿Se puede?, la experiencia en el Hospital Guadarrama es sí, se puede y se obtienen resultados de éxito.

GESTIÓN DEL CAMBIO. HERRAMIENTAS Y LIDERAZGO. OPORTUNIDADES Y AMENAZAS

Enrique Castro Sánchez

1. INTRODUCCIÓN

Los nuevos modelos de cuidados y roles profesionales aparecidos en diversos sistemas sociosanitarios en las últimas décadas resultan muy atractivos desde el punto de vista de la innovación y el deseo continuo de resolver las necesidades crecientes y cambiantes de la población, la profesión y los propios sistemas de salud. Pero junto a los beneficios potenciales que acompañan a estos roles también aparecen dilemas respecto al diseño de competencias, marco legislativo y normativo necesario, costes de oportunidad y sin duda, las consecuencias imprevistas e inesperadas producto de la introducción de estas nuevas figuras profesionales, complejas puesto que de manera natural no se ubican nítidamente en esferas de práctica, competencias o valores tradicionales.

Los esfuerzos encaminados a implantar la enfermería de práctica avanzada deberán resolver satisfactoriamente una serie de interrogantes, ya que de otro modo es probable que el modelo, los profesionales y los ciudadanos participen de sus cuidados o obtengan los beneficios esperados.

2. DESARROLLO DEL MODELO

¿Qué necesidades de la profesión resuelven los roles avanzados?

El debate acerca de los roles avanzados, sus beneficios así como sus limitaciones potenciales ha utilizado argumentos basados mayoritariamente en perspectivas y evidencias internacionales (Fairman et al, 2010), aunque los últimos 5 años han visto un interés cada vez más marcado por parte de autores nacionales (López-Alonso,

2012; Hernández-Yáñez, 2010; Galao-Mallo, 2009). Aunque ciertos determinantes estructurales como las necesidades sociosanitarias cambiantes de la población son comunes a la mayoría de sistemas de salud, en general estas perspectivas reflejan contextos sociales y profesionales que difieren lógicamente de la situación en España. Por ejemplo, existe una disparidad importante entre el número de enfermeras de cuidados generales empleadas en España y el mismo número de enfermeras en otros países de renta y modelos sociosanitarios similares, aunque parte de las discrepancias puedan justificarse por las diferentes metodologías empleadas en su elaboración y dicho argumento equipare las necesidades de cuidados de diferentes poblaciones, una asunción arriesgada.

Ante dicho exceso de oferta de profesionales, cabría preguntarse si el desarrollo de la enfermería de práctica avanzada (EPA) ofrecería beneficios mayores o más coste-eficientes que un aumento de plantilla generalizado. Asimismo, la incertidumbre que rodea a las especialidades enfermeras aún por desarrollar así como sus atribuciones competenciales e impacto en las carteras asistenciales dificulta sin duda el desarrollo de las figuras avanzadas, arriesgando una ‘canibalización’ de los diferentes roles y facilitando la aparición de conflictos más o menos obvios.

Además, los diferentes avances profesionales obtenidos por las enfermeras en nuestro país en los últimos 30 años no parecen haberse obtenido a través del consenso o la negociación a nivel político. Por ejemplo, la introducción del grado en Enfermería fue resultado directo de la transposición de directrices educativas eu-

ropeas. Igualmente, la disponibilidad del tercer ciclo de estudios ha sobrevenido como consecuencia inmediata y natural de dicha transposición de la legislación y acuerdos europeos. Este apoyo político, o su ausencia, han sido considerados como fundamentales en estudios originados en otros países (Hoare, 2012; Begley, 2014). Por ejemplo, el periodo de más de 20 años transcurridos en el Reino Unido (RU) desde el primer informe patrocinado por el gobierno británico para poner en marcha la prescripción enfermera de fármacos (hasta entonces solamente de recetación médica) hasta su implantación final, reflejan la necesidad de adoptar y mantener una postura estratégica a largo plazo. Otro ejemplo de la vital influencia política para el progreso de la EPA se encuentra en el cambio de la financiación de los cuidados sociosanitarios del VIH en el RU, donde los centros reciben una aportación económica en base al número de pacientes atendidos resultan penalizados si no incluyen a las EPA en su plantilla (NHIVNA, 2013).

Cualquier modelo de cuidados dista de ser lineal y no hace más que reflejar el producto de múltiples interacciones explícitas e implícitas con multitud de otros profesionales. Precisamente, es necesario reflexionar acerca del lugar que debe jugar la EPA dentro de ese equipo interprofesional. Es decir, qué relaciones existen entre las enfermeras generalistas, especialistas, avanzadas, y otras disciplinas como medicina o farmacia. Las fronteras del cuidado no son rígidas, sino fluidas, como sugiere Bleakley en su postulado de 'fluidez' dentro de un sistema complejo, donde los cambios tienen lugar de una manera tan rápida que los integrantes de esos sistemas no pueden formar hábitos o rutinas de manera exitosa para lidiar con los cambios (Bleakley, 2013). Por tanto, los roles tradicionales y los 'mores' o hábitos profesionales quedan totalmente anticuados respecto a las res-

pensabilidades éticas y personales. Ante tal fluidez, las EPA podrían servir como 'puentes del conocimiento', una adaptación libre del concepto de 'knowledge brokers', figuras que cohesionan la práctica entre los diferentes grupos profesionales y que reducen la brecha entre la evidencia y su implantación en la práctica, ejerciendo a caballo entre las diferentes redes formales e informales de conocimiento clínico e institucional (Catallo, 2015).

Sin embargo, ¿es suficiente con que las EPA solo lideren el debate acerca de los modelos sociosanitarios y desde un punto de vista meramente asistencial? ¿Dónde quedan las facetas docente, gestora, investigadora y consultora, repetidamente descritas como fundamentales (Appleby, 2014) pero sin embargo pobremente exploradas hasta ahora en la literatura en nuestro entorno y que parecen incluso estar subordinadas a esa primacía asistencial? Lógicamente, cualquier enfermera desarrollará estas facetas igualmente, aunque en proporción y profundidad diferentes a las ejercitadas por enfermeras especialistas, avanzadas o consultoras. Pero al igual que diferentes documentos marco (por ejemplo Servicio Andaluz de Salud, 2015) sugieren nuevas áreas clínicas susceptibles de ser transformadas por las EPA, estas competencias transversales deberían asimismo ser clarificadas.

Junto a esos componentes más clásicos y una perspectiva de la salud como derecho esencial y fundamental, aún queda por acotar si es necesario reclamar la necesidad de las enfermeras en general, pero de las EPA en particular, de incorporar la abogacía del ciudadano entre sus componentes definitorios. En esta faceta se incluirían los esfuerzos para resolver las desigualdades sociales, considerar los determinantes sociales y culturales de dichas desigualdades, y en definitiva la denuncia

de políticas que no beneficien o promuevan la salud y el bienestar y contribuyan a incrementar la felicidad de los ciudadanos. Ante este mandato moral cabe reflexionar acerca de la actuación de nuestra profesión en su conjunto durante las recientes crisis económicas y sociales nacionales e internacionales, así como la participación política y en política de las enfermeras hasta ahora, sin duda tímida.

Desde el punto de vista investigador, la escasez de estudios en nuestro entorno acerca de las EPA resulta cuanto menos preocupante. ¿A qué se debe esa escasez? Lógicamente, el rol no se encuentra implantado a escala nacional, pero sí es cierto que ya están disponibles experiencias como resultado de la introducción de roles bastante aproximados al modelo de EPA clásico. Esta implantación debería haberse acompañado por o bien una evaluación extensa de las necesidades de la población, o cuanto menos estudios de valoración de impacto en los cuidados o estudios económicos (National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education, 2012; Care et al, 2015).

¿Deberíamos importar o adaptar modelos de cuidados?

La amplia experiencia de otros sistemas de salud y cuidados a la hora de diseñar, implantar y evaluar roles avanzados nos ofrece, sin embargo, una ventaja puesto que permite el aprendizaje sobre los factores determinantes del éxito o fracaso de ciertas iniciativas, las dificultades logísticas o legislativas que pudieran surgir e incluso los cauces más adecuados de comunicación con los diferentes agentes interesados o responsables de los nuevos roles. En definitiva, aprovechar de manera óptima la evidencia ya disponible nos permitiría evitar cometer los mismos errores incurridos previamente por esas experiencias.

Pero para poder evitar dichos errores parece fundamental no solo aprender acerca de las intervenciones que han funcionado o fracasado, sino comprender el cómo y sobre todo el porqué de tales resultados. Para ello, una apreciación objetiva de los diferentes contextos conseguirá evitar atisbos de provincianismo (cualquier intervención desarrollada en sistemas sociosanitarios de países considerados socialmente más avanzados supera a las soluciones locales) o localismo (intentando equiparar esas intervenciones externas a las soluciones locales, a fin de no admitir carencias o atrasos). Dichos comportamientos pueden verse en algunos trabajos que argumentan la equivalencia entre las enfermeras especialistas españolas con las EPA extranjeras (“El modelo de desarrollo de la enfermera especialista en España es un modelo de desarrollo de Enfermeras Especialistas de Práctica Avanzada, con características comunes a los modelos de otros países, y con características propias del contexto en que se produce”, Giménez Maroto, 2013) e incluso en la preocupante confusión entre enfermería especializada y avanzada planteada por el borrador del proyecto de Estatutos de la profesión presentado por el organismo colegiador. Esa atención al contexto sería beneficiosa para evaluar de manera realista si el canon de definiciones impulsado por diferentes organismos internacionales sobre las condiciones que articulan la práctica avanzada es asimilable en nuestro entorno, o por otro lado, si resultara mucho más efectivo el considerar e incluso fomentar versiones locales o más caseras de la EPA.

¿Qué necesidades de la población se solventan de manera óptima por las enfermeras de práctica avanzada?

Sin lugar a dudas, las necesidades sociosanitarias de los ciudadanos obligan o deberían obligar a una dinamización con-

tinua de las estructuras asistenciales y roles profesionales para ofrecer respuestas eficaces y éticas. Aunque dicha dinamización obedece en gran parte a mejoras continuas en la gestión de problemas de salud crónicos 'tradicionales', otras innovaciones farmacológicas han acabado por cronificar enfermedades hasta hace poco insuperables. Por ejemplo, el efecto de las terapias combinadas antirretrovirales contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha conseguido que, con un diagnóstico oportuno y el apoyo adecuado, las personas con VIH alcancen una esperanza de vida similar a la media. Sin embargo dicho aumento, unido a múltiples comorbilidades asociadas al VIH y la toxicidad resultante del propio tratamiento, han conducido a una crisis de modelo asistencial previo hasta el punto de requerir una renovación profunda, liderada oportunamente por enfermeras (Castro Sánchez, 2012).

Las necesidades de la ciudadanía han aumentado no solo desde el punto de vista de la enfermedad, sino también en cuanto a su participación en la gestión de su salud, animados por perspectivas más integradoras del papel del ciudadano en el funcionamiento de los servicios sociosanitarios. Si bien aún no puede considerarse que el sistema sociosanitario se esfuerza en fortalecer la toma compartida de decisiones ni una participación plena y como 'pares' de los ciudadanos, bien por la falta de apoyo del propio sistema sociosanitario o los profesionales, o bien por la falta de habilidades de comunicación y comprensión tales como la alfabetización en la salud de una proporción importante de la población (Sorensen, 2015).

En cualquier caso, una respuesta óptima a las necesidades sociales debería evitar centrarse solo en problemas contemporáneos e intentar prever, de manera lo más informada por la evidencia posible, cuáles

serán los problemas futuros más probables y su abordaje. Idealmente, además, también se considerarían las 'causas de las causas' de dichas necesidades y abordar determinantes estructurales más amplios. En definitiva, sería necesario intentar encontrar respuesta a preguntas como '¿Quiénes serán los pacientes y usuarios del futuro?', '¿Cuáles serán sus necesidades?', y '¿Cómo será la sociedad dentro de 25 años?'. Dicha mirada hacia el horizonte puede asimismo facilitar que las estructuras educativas, legislativas y profesionales dispongan de una 'hoja de ruta' que las habilite para ofrecer a los profesionales la adquisición de competencias y conocimientos necesarios.

Además de las necesidades clínicas o asistenciales de los ciudadanos, los cambios en las costumbres sociales pueden también haber afectado a las expectativas de las personas acerca del modo de acceder a los diferentes servicios. La flexibilidad de la EPA gracias a su experiencia y conocimientos expertos o la confianza en sus propias habilidades de toma de decisiones complejas ha facilitado que sean capaces de trabajar a caballo entre niveles asistenciales, en algunos escenarios alterando profundamente el panorama de la atención primaria, la salud familiar y comunitaria o el apoyo a los activos en salud (DiCenso et al, 2010).

Una vez más, queda claro que los debates semánticos y enfrentamientos teóricos que se han producido no sólo entre diferentes profesiones sino también dentro de la propia Enfermería por la posible 'pérdida de la esencia enfermera' como resultado de la asunción de roles avanzados (Castledine, 1995) interesan muy poco a los ciudadanos. Es más que probable que los usuarios adopten posturas mucho más pragmáticas y deseen simplemente que sus problemas de salud se resuelvan con la mayor calidad

y de la manera más adecuada posible, haciendo un uso razonable de los recursos.

¿Cómo se beneficia el sistema socio-sanitario de los roles avanzados?

Quizás como resultado de ese pragmatismo ciudadano, las EPA han sido presentadas frecuentemente como una solución óptima para resolver las necesidades socio-sanitarias de la población de un modo eficiente desde el punto de vista de los recursos disponibles, gracias a sus conocimientos técnicos, dotes de liderazgo, comunicación y negociación y experiencia asistencial.

Países de nuestro entorno con estructuras asistenciales similares han impulsado el desarrollo de diferentes figuras y roles nuevos para suplir las carencias de financiación y plantilla. Aunque la eficacia de dichas figuras y la sostenibilidad de su efecto quedan por demostrar inequívocamente, estas experiencias ofrecen un punto de partida útil para reflexionar acerca de las dificultades potenciales y de los procesos previos educativos o legislativos requeridos para habilitar la implantación de la EPA. Estas experiencias en otros entornos son valiosas incluso con las lógicas diferencias en cuanto a contextos socioculturales, económicos y sanitarios.

Los datos macroeconómicos acerca de la caída sostenida del gasto sanitario público en España en el periodo comprendido entre 1995 y 2013 reflejan de manera diáfana el impacto indiscutible en resultados clínicos y asistenciales de la crisis económica y las políticas de austeridad implantadas posteriormente. Entre dichas políticas se engloban no solo medidas de cariz económico sino también ideológico, por ejemplo imponiendo restricciones de acceso a los servicios socio-sanitarios para determinados colectivos (BOE, 2012). Desde ese

prisma monetario, la optimización de recursos ofrecida por modelos de cuidados relativamente novedosos como el basado en roles avanzados enfermeros se antoja en principio como fundamental para el sistema socio-sanitario.

Sin embargo, la ausencia significativa de estrategias e iniciativas de evaluación robustas que determinen la idoneidad o aceptación de estas competencias avanzadas no es un problema menor (Martin-Misener et al, 2015). Si bien es cierto que en España el modelo no ha sido introducido aún, sería beneficioso efectuar estudios de modelado o forecasting económico que describan las características esenciales de estos nuevos modelos desde el punto de vista de los costes (Jenkins-Clarke, 1999). Entre estas características con frecuencia se utilizan indicadores de actividad o proceso tales como el número de casos resueltos o las visitas efectuadas por las enfermeras para sugerir su bondad. ¿Pero son dichos indicadores suficientes, e incluso deseables, desde el punto de vista de la evaluación? Los intentos de incorporar figuras avanzadas han de resolver la incertidumbre acerca de los deseos del gestor respecto a tales roles. Cualquier esfuerzo encaminado a la implantación de roles avanzados debería identificar previamente el objetivo a cumplir. ¿Se intenta ofrecer una cartera de servicios más amplia en respuesta a necesidades crecientes o novedosas por el mismo coste, por ejemplo incluyendo trayectorias clínicas de consulta única de práctica avanzada? Por el contrario, ¿se requiere proporcionar una mayor calidad pero conteniendo los costes? ¿Se trata por otro lado de mantener una cartera de servicios determinada con cierta calidad, pero a menor coste, como reflejan las experiencias que sustituyen a médicos por enfermeras de práctica avanzada?

Seguidamente, sería pertinente considerar si una situación de crisis económica es el momento idóneo para introducir nuevos modelos de cuidados. Aunque parece intuitivo poner en práctica soluciones radicales en momentos de mayor urgencia, parece también lógico considerar los costes de oportunidad asociados a cualquier intervención o tecnología, así como las consecuencias inesperadas o indeseadas de dichas intervenciones. A estos costes de oportunidad habrían de añadirse aquellos costes de implantación y evaluación, y las posibles interacciones entre nuevas intervenciones entre sí. Es decir, ¿cuál sería el impacto de las modificaciones en el panorama sanitario en la efectividad y coste efectividad de la EPA? En vista del nacimiento de este modelo de cuidados hace casi 50 años, se hace necesario explorar qué factores pueden haber retrasado su introducción con anterioridad, y determinar si dichas barreras ya han sido resueltas o cómo podrían afectar a la implantación y resultados.

En definitiva, la implantación de roles avanzados requiere por parte de todos los agentes implicados de una planificación exhaustiva de los indicadores, procesos de evaluación y calidad que se pretenden aplicar a tales roles avanzados. Esta planificación no puede obviar la curva de aprendizaje que cabe esperar tanto de los individuos como de las instituciones y del propio sistema sociosanitario, y que sin duda impactará de manera cuantiosa en la productividad y coste-efectividad del modelo.

Conclusión

En resumen, quizás el factor crucial a la hora de plantear qué define a la práctica avanzada sea el nivel de independencia a la hora de tomar decisiones complejas y con un factor de incertidumbre y responsabilidad elevados, más que la naturaleza o la dificultad de las tareas llevadas a cabo.

Pero también parece esencial recordar que la etiqueta utilizada finalmente para identificar a las enfermeras de práctica avanzada es mucho menos importante que su fin último, el proporcionar los cuidados de mayor calidad posible, al coste más éticamente bajo posible, de la manera más conveniente para el ciudadano y con la suficiente humildad como profesión para poder evaluar dichos cuidados y modelos.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, OPORTUNIDAD PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO

Dolors Juvinya Canal

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud, impulsó en el 2012, una reforma estructural que incorpora unas medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad de dicho sistema y para contribuir a mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones. La reforma indica que el Sistema Nacional de Salud debe ser universal, gratuito, justo, equitativo, sostenible, de calidad, eficaz, eficiente y profesional.

Incorporar estas medidas implica una reorientación de los servicios de salud, requiere incorporar el enfoque de derechos humanos, el de los determinantes sociales de la salud, empoderando a las personas para mejorar su salud y la de la comunidad. Esta perspectiva comparte en gran medida los valores de la promoción de la salud, lo que comporta reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud.

El enfoque de derechos está basado en la Declaración Universal de los derechos humanos donde, en su artículo 25, indica que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar,... la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidado y asistencia especiales". Incorporar este enfoque en los servicios de salud pasa por tener en cuenta, e incluir, principios como la responsabilidad, rendición de cuentas, universalidad, no discriminación, equidad, y participación en la toma de decisiones. Como puede verse algunos de estos principios coinciden con los descritos en la reforma del Sistema Nacional de Salud.

El enfoque de determinantes sociales de la salud nos brinda información valiosa para conocer las causas de las causas de la situación de salud de las personas y grupos

más allá de la herencia genética y los estilos de vida. Son las condiciones sociales y económicas las que influyen en las diferencias individuales y colectivas en el estado de salud. El contexto socioeconómico y político, el de la estructura social, clase social, etnia, género, educación, trabajo y los servicios de salud entre otros. Considerar los servicios de salud como un determinante nos abre una nueva orientación del papel de los servicios sanitarios en la mejora de la salud de las personas y va más allá del control y prevención de la enfermedad.

La promoción de la salud fue definida en el año 1986 por la Organización Mundial de la Salud como el "proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla". A la vez determinó cinco áreas de acción propias de la promoción de la salud, entre las cuales se encuentra la reorientación de los servicios de salud.

2. DESARROLLO DEL MODELO

Reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud.

Reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud tiene como misión ofrecer unos servicios orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, considerando la salud como una dimensión más amplia que la ausencia de enfermedad y más cercanos, integradores y resolutivos que los servicios que no han iniciado un proceso de reorientación. Esta nueva generación de servicios de salud cuenta con profesionales más comprometidos, utiliza las TIC como canal de comunicación y conocimiento, contribuye a cerrar las brechas de la inequidad y basa su acción en buenas prácticas.

Las experiencias, resultados y evidencias de centros que ya orientan su acción hacia la promoción de la salud han contribuido a que este año 2015 la Organización Mundial de la Salud haya desarrollado la estrategia “WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026” que describe el marco conceptual de los servicios de salud integrados, centrados en las personas tal y como puede observarse en la **Figura 1**. Aboga por unos servicios de salud universales, equitativos, integrados, que se centren en la persona y tengan en cuenta el entorno dónde ésta vive. Para poder construir estos servicios, el marco, se basa en el entorno y el estado de desarrollo del país, y enfatiza las necesidades de un trabajo intersectorial y de tener en cuenta aspectos del sector salud de dicho país (gobernanza, financiación y recursos), y de la prestación de servicios del mismo país (redes, infraestructuras y profesionales).

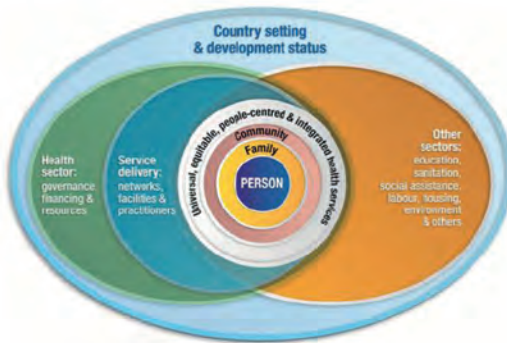


Figura 1. Marco conceptual de los servicios de salud integrados centrados en las personas.

Fuente: WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 (2015)

Un ejemplo de buena práctica, en el ámbito que nos ocupa, es el movimiento de hospitales y servicios promotores de salud iniciado en Europa en la década de los noventa y que se materializó con la creación de la Red

Internacional de Hospitales Promotores de Salud en el año 1997. En la actualidad agrupa a más de 900 hospitales de 40 países diferentes.

Con el objetivo de promover este movimiento en Cataluña se impulsó en el año 2007 la creación de la Red Catalana de Hospitales y Servicios Promotores de la Salud, aprovechando el interés explicitado por incorporar la promoción de la salud por parte de algunos hospitales del territorio con el apoyo de la Cátedra de Promoción de la Salud de la Universidad de Girona. A día de hoy la red la forman 22 centros y la secretaria de coordinación reside en la Cátedra de Promoción de la Salud: www.catedrapromociosalud.udg/hph

El hospital promotor de la salud: evidencias

El papel de la promoción de la salud en los hospitales está cambiando. Ya no se limita a ofrecer información complementaria relacionada con los estilos de vida a los pacientes una vez han finalizado los procedimientos clínicos. La promoción de la salud se está convirtiendo en parte integral del proceso de atención sanitaria y está muy relacionado con aspectos clínicos, educativos, de comportamiento y de organización.

La implementación de la Promoción de la Salud en los hospitales, basada en los estándares marcados por la OMS, es útil e implica cambios positivos siempre que ésta vaya acompañada de una coordinación y tenga el soporte de una infraestructura y un marco normativo. Además, la implementación de la Promoción de la Salud en los hospitales y los servicios de salud se asocia, también, a una mejora en la calidad de los servicios prestados (Mchugh et al; 2010).

Un hospital promotor de la salud incorpora los valores de la promoción de la salud en su cultura y estructura con el objetivo de contribuir a la mejora de la salud global incidiendo en la calidad de la atención respecto a las condiciones y satisfacción de los pacientes, de su comunidad y de los trabajadores. Incorporar la Promoción de la Salud requiere una evaluación continuada, sobre todo de aspectos relacionados con la calidad, y también la figura de un coordinador. Éstos aspectos mejoran, significativamente, la estrategia y la propia gestión del proceso de implementación, mejorando los resultados (Röthlin et al; 2013).

Para realizar este propósito la OMS desarrolló una serie de estándares en 2006 con el objetivo de orientar la implementación de la promoción de la salud en los hospitales (Tabla 1). Éstos pueden considerarse también una herramienta de autoevaluación útil para el proceso de acreditación de un hospital promotor de la salud, ya que incluye la evaluación de aspectos de gestión, administración y actividades de promoción de la salud (Groene et al; 2010).

Conclusiones

- Los hospitales son entornos significativos para las personas. El proceso de curación de las enfermedades puede constituirse en referente de lo saludable y en un apoyo al proceso poblacional de crear salud.
- Reorientar los servicios hacia la promoción de la salud significa centrarlos en las personas y nos ofrece la oportunidad de impulsar un cambio dirigido a mejorar la calidad de los servicios, impulsar un trabajo intersectorial en red, apostar por un liderazgo eficaz y abogar por incorporar la promoción de la salud en las

agendas y programas políticos en favor de la salud.

- Promover acciones de promoción de la salud dirigidas a la promoción de estrategias de trabajo saludables y al aumento de la gestión de los recursos humanos tienen efectos positivos en la calidad de la atención y en la mejora de la productividad (Juvinyà et al; 2014).
- Incorporar la promoción de la salud en los hospitales implica cambios en la estructura y cultura organizacional, destacando el liderazgo y la implicación del personal como aspectos claves en el proceso de cambio (Lee et al; 2012).

Tabla 1. Estándares e indicadores de implantación de la promoción de la salud en los hospitales.

Estándar/ámbito	Indicador
Política de gestión	% del personal que conoce la política de promoción de la salud. % de pacientes que conocen los estándares de promoción de la salud. % del presupuesto destinado a actividades de promoción de la salud entre el personal.
Evaluación de pacientes	% de pacientes a los que se les evalúa algún factor de riesgo genérico. % de pacientes a los que se les evalúan factores de riesgo específicos de enfermedades de acuerdo con los estándares. Puntuación obtenida en el estudio de satisfacción de los pacientes con el procedimiento de evaluación.
Información facilitada a los pacientes e intervenciones	% de pacientes que han recibido información sobre medidas concretas para controlar por sí mismos su estado. % de pacientes que han recibido información sobre las opciones de modificación de factores de riesgo y de tratamiento de la enfermedad posible por su estado. Puntuación obtenida en el estudio de la opinión que tienen los pacientes sobre los procedimientos de información e intervención.
Promoción de un sitio de trabajo saludable	% de informes de alta enviados al médico generalista o a la clínica de procedencia en un término de dos semanas o entregados a los pacientes juntamente con el alta. Tasa de reingreso en el caso de problemas que requieran atención ambulatoria en el término de 5 días. Número de pautas desarrolladas o revisadas con la colaboración de usuarios y proveedores de atención médica externos. Puntuación en el estudio sobre la participación de altas de pacientes.
Continuidad y cooperación	% de informes de alta enviados al médico generalista o a la clínica de procedencia en un término de dos semanas o entregados a los pacientes juntamente con el alta. Tasa de reingreso en el caso de problemas que requieran atención ambulatoria en el término de 5 días. Número de pautas desarrolladas o revisadas con la colaboración de usuarios y proveedores de atención médica externos. Puntuación en el estudio sobre la participación de altas de pacientes.

Fuente: La implementación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007

GESTIÓN Y LIDERAZGO A TRAVÉS DE LAS PERSONAS

Zulema Gancedo González

1. INTRODUCCIÓN

La planificación estratégica dentro de las organizaciones sanitarias es una herramienta necesaria sin duda alguna, para marcar el rumbo hacia dónde dirigir, con un orden y sentido. Agrupa e integra al equipo y los participantes en torno al plan. El tipo de planificación depende del nivel, de su complejidad, de diagnóstico de partida, etc. y su sistematización nos permite ordenar y liderar bajo premisas y principios de modelos de calidad. Así mismo, la evaluación como excusa para la mejora continua, para rehacer el diseño, proporciona crecimiento y valor añadido a los procesos, ideas, personas, clientes, sociedad, etc.

Los nuevos modelos de gestión requieren añadir matices al significado de coordinar y dirigir personas para alcanzar los objetivos que se esperan de la organización. Además de la participación de los profesionales, como conocedores de la información, poseedores del conocimiento y de la experiencia, hemos de incorporar pilares fundamentales para un liderazgo eficaz a través de instrumentos y herramientas que fuercen a sentir la cohesión disciplinar; la adherencia a los proyectos, por la consecución de objetivos comunes y la pertenencia a la organización que representan.

La gestión de los Servicios Sanitarios ha de basarse en la consecución de distintas estrategias para la producción de servicios de calidad, adecuados a la demanda y a la satisfacción del cliente: un desarrollo científico-técnico acorde con el incremento de exigencia de la institución y de la sociedad.

La aplicación de un Plan Estratégico de Calidad en el Área de Enfermería como herra-

mienta de gestión del cambio supone una buena herramienta con resultados constatables en salud de los pacientes y a través de la participación de los profesionales.

Nuestra ambición departamental desde un punto de vista ético se basa en la necesidad de posicionar al paciente protagonizando los procesos asistenciales y por tanto orientándolos hacia el mismo, en cualquiera de las necesidades detectadas dentro de nuestra organización y en las relaciones con otros stakeholders o socios. Necesitamos entender esa premisa como única y necesaria para el cambio de mentalidad pues el resto de cambios son sólo herramientas e instrumentos para alcanzarlo, a través de las personas.

- 1) Transmitir el concepto de innovación y desarrollo como valor necesario y primordial para la institución, para uno mismo, para los demás, para el funcionamiento, para el propósito de la organización.
- 2) Puesta en marcha de iniciativas, toma de decisiones y asunción de responsabilidades, profesionalidad, gestión de conflictos, fomento de las relaciones interprofesionales.
- 3) Ser diferente, valorar las especificidades de cada uno, potenciar el talento e identificar el liderazgo.
- 4) Estética en la esencia, satisfacción y gusto por lo bien hecho.
- 5) Investigar y formarse de manera continuada, garantizando la capacitación adecuada a su entorno.

Nuestro modelo de participación de los profesionales a través de nuestro plan de calidad nos permite establecer líneas de puesta en común y grupos de trabajo como herramienta o instrumento y a través de la metodología de mejora continua, lo que lo hace absolutamente innovador en sí mismo ya que además de contemplar de manera anual el plan, el hecho de basarse en un ciclo de mejora continua, innova per se al incorporar los distintos aspectos de mejora a los procesos, personas, clientes y sociedad.

El despliegue del plan ha de llevarse a cabo en fases, con la participación de las personas, implicándolas desde el compromiso ético-profesional y la satisfacción del reconocimiento en el logro. Un despliegue basado en la comunicación y el liderazgo convencido y transformacional para una correcta gestión del cambio.

La propia gestión del cambio, si es efectiva, redundará en beneficios incluso inesperados, la adhesión en torno a una estrategia común, la pertenencia y la cohesión con identidad profesional y corporativa.

A modo de resumen se destacan tres acciones innovadoras como resultado de la operatividad del plan y como instrumento de gestión.

2. DESARROLLO DEL MODELO

Implantación de reservorio braquial, avanzando en competencias: una gestión eficaz y eficiente.

La Formación Continuada es un aspecto estratégico en la gestión de las personas de la organización, siendo necesaria para que los profesionales desempeñen de manera excelente los cometidos asignados a sus puestos de trabajo. Permite alcanzar la excelencia en el servicio al paciente y constituir un elemento diferenciador. No sólo

debe servir para adquirir conocimientos, sino también para conocer técnicas y herramientas que permitan poner en práctica habilidades. La formación es algo de lo que se benefician todos los profesionales del centro, y es misión de la dirección el definir la estrategia más adecuada o, en su defecto, dar la libertad suficiente como para que cada unidad o servicio pueda definir la suya propia.

Fundamentalmente los dos componentes del objetivo de la formación continuada son:

- Mantener las competencias profesionales adquiridas durante la formación básica o de especialización.
- Mejorar las competencias profesionales adaptándolas a la incorporación de nuevos conocimientos, tecnologías y a los cambios organizativos y estructurales de las organizaciones y servicios.

Las ventajas de los programas de formación se pueden clasificar en dos vertientes:

1) Con respecto a la persona, un adecuado programa de formación permite: mayor satisfacción laboral, mejora de la confianza de la persona en sus propias capacidades, ayuda en la toma de decisiones y resolución de problemas, consecución de objetivos personales, aumento de la motivación, manejo del estrés, la frustración y el conflicto, mejora de la capacidad de innovar y adaptarse a los cambios.

2) Con respecto a la organización, las principales ventajas son las siguientes: mejora de la productividad, incremento de la calidad de los servicios prestados, dota a la organización de mayor adaptabilidad y le permite un uso más flexible de los recursos humanos; mejora la imagen de la organización y las relaciones laborales; reafirma los valores culturales de la organización

facilitando que las personas se identifiquen con los objetivos, desarrolla la capacidad de liderazgo, la motivación y las actitudes positivas de directivos y trabajadores, así como el desarrollo de la promoción interna.

Los datos de Incidencia del cáncer en España en 2012 eran de 215.534 casos (alrededor de 2/3 partes en pacientes ≥ 65 años), con una tasa estandarizada por edad de 215,5 casos por 100.000 habitantes por año, y un riesgo de presentar cáncer antes de los 75 años de 25,1%. La predicción para 2015 es de 227.076 casos, con un crecimiento de nuevos casos que se produce en mayor medida a costa de la población ≥ 65 años. El crecimiento de la población y su envejecimiento explicarían fundamentalmente este incremento (30).

Entre las distintas opciones terapéuticas, la quimioterapia forma parte de la gran mayoría de los abordajes terapéuticos en el paciente oncohematológico. Para este tipo de terapias, además de para la realización de otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los catéteres venosos centrales permanentes constituyen la mejor alternativa en este grupo de pacientes, siendo el reservorio venoso subcutáneo el que mayores ventajas presenta.

El reservorio venoso subcutáneo puede

insertarse en diferentes emplazamientos, siendo los más habituales en tórax y en los miembros superiores (reservorio braquial). En nuestro centro se planteó la necesidad de dar respuesta a la amplia lista de espera que presentaba la implantación de reservorios torácicos. En este marco de nuestro plan estratégico, y utilizando el ciclo de mejora continua como herramienta, identificamos la expertez del equipo de Enfermería de Radiología Vasculosa Intervencionista en la implantación de PICCs, para desarrollar una acción de mejora: la implantación por parte de este equipo de reservorios braquiales.

Ventajas de los reservorios:

- Disponer de una vía venosa central accesible, rápida y fácil de utilizar para el personal cualificado, con baja tasa de complicaciones.
- Sistema cerrado con disminución del riesgo de infecciones y flebitis.
- Permite una buena movilidad y confort para el paciente.
- Buena posibilidad de tratamiento ambulatorio.
- Necesidad de cuidados mínimos si se realizan de forma protocolaria.
- El tiempo de permanencia del sistema de acceso venoso puede ser prolongado (años).

Tabla 1.- Incidencia de cáncer en España por edad en 2012 y predicción para 2015.

Año	Número estimado de nuevos casos	Hombre	Mujer	Ambos sexos
2012		128550	86984	215534
	< 65 años	46202	39225	85427
	> = 65 años	82348	47759	130107
2015		135954	91122	227076
	< 65 años	48555	40487	89042
	> = 65 años	87399	50635	138034
Cambio demográfico		7404	4138	11542
	< 65 años	2353	1262	3615
	> = 65 años	5051	2876	7927

ESPAÑA, Todos los cánceres excluyendo cáncer de piel no melanoma

Fuente: Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012: v1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC.

Análisis de situación:

En nuestro centro se objetivaron dos factores estructurales a tener en cuenta: amplia lista de espera por parte de cirujanos en la implantación de reservorios torácicos y la experiencia previa exitosa en la implantación de PICCs por parte de la Enfermería del Servicio de Radiología Vascular Intervencionista (ver figura 5). Además se sumó la necesidad de dar respuesta a las necesidades de un grupo de pacientes que no estaban cubiertas. De forma adicional la bibliografía consultada avala la localización de estos dispositivos en antebrazo frente al tórax: alternativa en pacientes con lesiones torácicas, menor número de complicaciones y menor coste, y mejor calidad de vida percibida por parte de los pacientes.

de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (35), la nueva acción queda al amparo de dicha ley a través de una delegación de competencia debidamente formulada, para la que se diseñó un documento de delegación de competencia para ser firmado por las partes interesadas, Jefe de Unidad de Radiología Vascular del Servicio de Radiodiagnóstico, como responsable del equipo del mismo, Dirección de Enfermería y Dirección Gerente, se delega en la enfermera responsable de la citada Unidad el proceso de implantación de Reservorio braquial, según las condiciones legislativas y conforme al protocolo respectivamente acordadas y aprobado en el seno del equipo.

Capacitación formativa:

La formación se realizó en un Hospital externo dada su amplia experiencia en lo mismo. Se realizaron siete horas de docencia implantando seis reservorios braquiales. Se realizó un protocolo de actuación para la implantación del reservorio como descripción de los pasos a lo largo del procedimiento.

Implantación de un aplicativo informático de gestión de cuidados de enfermería



Figura 1. Análisis de situación implantación de reservorios en Valdecilla.

Se solicitó informe a la asesoría jurídica del hospital para que a través de sus técnicos informaran, basándose en las normativas y legislación vigente, sobre la viabilidad del proyecto en cuanto a competencias se refiere desde el punto de vista de las profesiones sanitarias y sus interrelaciones. Del informe se deriva que tal y como queda dispuesto en el artículo 9.4 de la Ley 44/2003,

En relación con los procesos, la informatización del proceso de enfermería e integración en la historia clínica digital, fue un hito para nuestra área, y también la excusa necesaria para comenzar el cambio y romper con la estática que topa el avance y la mejora, una nueva forma de dar valor a los procesos, describirlos, monitorizarlos, evaluar resultados y mejorar. Tras un análisis inicial del grado de implantación del proceso de atención de enfermería (PAE) como método de traba-

jo en la práctica clínica en nuestra organización, se objetivó una baja adherencia y falta de formación metodológica en el mismo, por lo que se realizó la implantación del aplicativo informático de gestión de cuidados en 2 fases:

1) Informatización de la documentación de Enfermería.

2) Informatización del PAE.

Profesionales implicados y formados previamente en el aplicativo, pasaron a ser impulsores/tutores del despliegue durante ambas fases. Esta medida conllevaba dos objetivos: que los profesionales se sintiesen

implicados con el proyecto y, por otro lado, el ahorro económico de no externalizar el proceso de implantación, haciéndolo sostenible en el tiempo desde el punto de vista económico porque lo lideran los propios profesionales. Ello fue generando un movimiento de responsabilidad y protagonismo profesional para los procesos propios e interdisciplinares a encontrar la motivación necesaria de satisfacer necesidades formativas, de medir, compararse, de competir y de empoderarse como líderes del cuidado (37). En las figuras 7 y 8 se muestran los resultados de las acciones emprendidas en ambas fases.



Figura 2. Fase de informatización de la documentación de Enfermería en cifras.

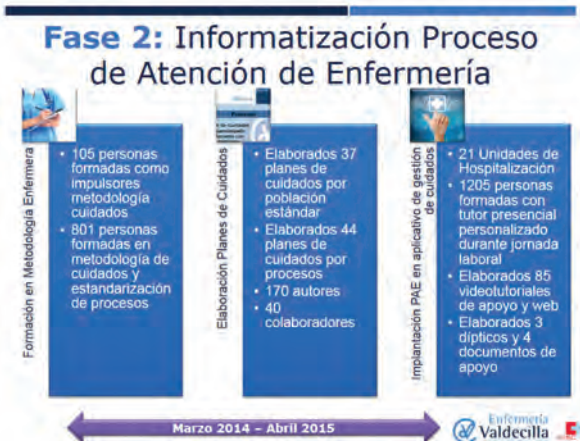


Figura 3. Fase de implantación del PAE en cifras.

Eje estratégico: clientes. Percepción de seguridad de los pacientes

Dentro de un ejercicio de autoevaluación, utilizando el modelo SENECA-100, en mayo de 2014 se realizó una encuesta sobre percepción de seguridad de los pacientes (38). Se trata de un cuestionario realizado al efecto, que consta de datos sociodemográficos (edad, sexo y nivel de estudios) y de dos dimensiones principales: información y seguridad, cuya consistencia interna se sitúa en valores para el alfa de Cronbach de 0,66 y 0,65, respectivamente.

El cuestionario fue autocumplimentado por los pacientes. Se determinó un tamaño muestral de 204 pacientes (IC 95 %, pérdidas 2%, porcentaje poblacional 94%). Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

El muestreo se realizó por conveniencia al alta del paciente, excepto en Hospitalización Domiciliaria y en Hemodiálisis que se realizó por número de puesto y turno de

manera aleatoria. Se recogieron 222 cuestionarios: 46,4% de mujeres, edad media 58,64 años (DE: 17,64). En cuanto al nivel cultural, el 7,4 % (n=16) no tenía estudios, el 72,4% (n=154) tenía estudios básicos y el 20,3% (n=44) estudios universitarios.

Los resultados de los indicadores de percepción de seguridad referidos por los pacientes se muestran en los gráficos 1, 2 y 3. La mediana de dolor fue de 4 (rango 1-7).

El 90% calificaron el grado de seguridad percibido como 8 o superior en una escala del 0 al 10. La mediana fue de 10 (rango 8-10). Los pacientes ingresados en nuestro centro tienen una percepción de seguridad muy elevada, en la que destacan la labor de los profesionales que prestan los cuidados (enfermeras y auxiliares).

Sin embargo existen áreas de mejora como un mejor manejo del dolor, mejoras en la accesibilidad/entorno hospitalario y en el proceso de pruebas diagnósticas/terapéuticas.

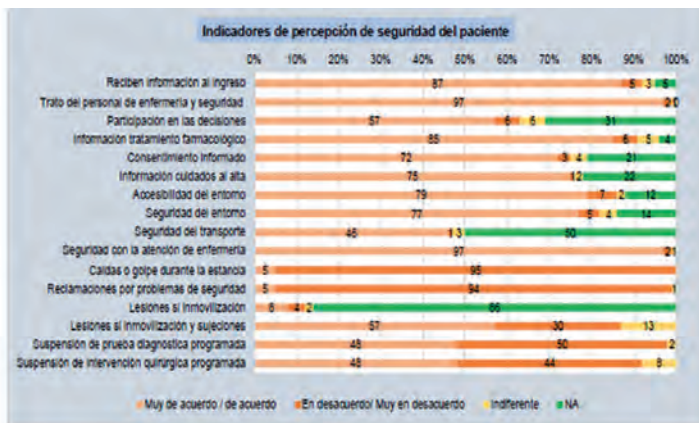


Gráfico 1.- Resultados en número y porcentaje de los indicadores de percepción de seguridad referidos por los pacientes.

"Califique de 0 a 10 el grado de dolor que ha tenido durante su estancia en el hospital"

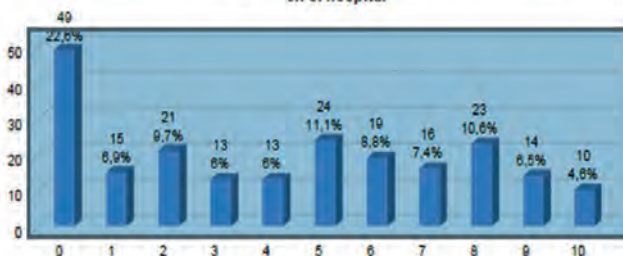


Gráfico 2.- Percepción de dolor referido por los pacientes estudiados.

"Califique de 0 a 10 el grado de seguridad que ha percibido durante su estancia en el servicio/ unidad."

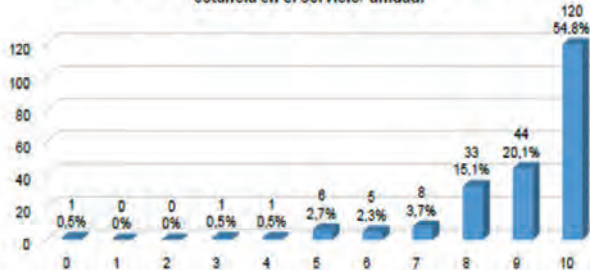


Gráfico 3.- Percepción de seguridad de los cuidados percibida por los pacientes estudiados.

Línea estratégica transversal: cuidados de la salud basados en la evidencia. Jueves Enfermeros Valdecilla.

Los Jueves Enfermeros Valdecilla (JEV) son un espacio para la reflexión y el aprendizaje, en forma de Sesiones Clínicas de Enfermería de periodicidad mensual, en donde se tratan temas de actualidad en torno al liderazgo, la profesionalidad, el compromiso y desarrollo de los profesionales con el Cuidado Enfermero. Esta iniciativa surge como estrategia de comunicación interna, externa y de benchmarking en el marco del plan estratégico de calidad.

Los objetivos para los asistentes de este ciclo de sesiones son:

- Conocer estrategias de liderazgo enfermero.
- Reflexionar sobre lo que implica saberse líderes en cuidados, en su gestión y en su conocimiento.

La visión de JEV se basa en el liderazgo de los profesionales de Enfermería:

- El liderazgo es una forma de ser y de pensar no una descripción de un puesto de trabajo. Líderes son aquellos individuos expertos en su trabajo, que consideran que sus prioridades son la atención al paciente y conseguir la excelencia en los cuidados.

- El liderazgo requiere actuaciones. Los cambios pueden perder su impacto si consideramos que tenemos que tener las condiciones adecuadas para actuar. Es conveniente arriesgarse y actuar.
- El liderazgo debe tratar de reconocer y apoyar lo que las enfermeras son y no sólo lo que hacen. Hay que fomentar el desarrollo de una cultura en la que se promueva el aprendizaje continuo y en la que se facilite el que los profesionales identifiquen qué necesitan para llegar a ser los mejores, el que sepan adaptarse a entornos cambiantes y que favorezca su crecimiento, profesional y personal.
- Las personas con responsabilidades directivas, con su liderazgo, deben ayudar a asegurar el éxito en su trabajo a los profesionales de la organización, facilitando el que los profesionales hagan lo que es mejor para los pacientes, de manera congruente con la visión de la organización.
- Cada profesional puede llegar a ser líder en su entorno, generando cambio.

Para la difusión interna y externa de JEV se tomaron las siguientes acciones:

- Creación una imagen de marca específica, acorde con la imagen corporativa de nuestro hospital, fácilmente identificable con el mismo y con la marca "Enfermería Valdecilla".
- Creación de una web específica, que recoge toda la información relacionada con las sesiones.
- Creación de cuentas en redes sociales (Twitter, Facebook, Google Plus y YouTube).

- Creación de un apartado específico en la plataforma Somos Valdecilla.
- Retransmisión en directo de las sesiones en video streaming y tweetstreaming.
- Difusión mediante otras herramientas de comunicación interna: Intranet, Boletín Informativo Enfermería Valdecilla, correo electrónico corporativo.

Los temas elegidos a tratar en este ciclo de sesiones están vinculados al Plan Estratégico de Calidad de nuestro centro; que a su vez está alineado con la estrategia de calidad del Servicio Cántabro de Salud y del Ministerio de Sanidad.

CONCLUSIONES

La necesidad de planificar con un horizonte y una meta en las organizaciones sanitarias es un reto que requiere la identificación previa de necesidades. Un proceso de cambio liderado desde la creencia que el valor de las personas, es necesario, volcarlo en la consecución de los objetivos a través del conocimiento, como herramienta necesaria para caminar hacia la excelencia.

Un liderazgo efectivo y una comunicación eficaz han de adaptarse a la situación del momento, es necesario impulsar y gestionar un cambio sustentado en la participación de los profesionales. Trasladar cada intención y cada fase de ejecución para comprometer y hacer sentir como algo propio a cada profesional implicado el verdadero cambio, cambios que suponen mejoras en cuanto a desarrollo profesional y competencial, e identidad corporativa. Dichas transformaciones, son las necesarias para ir adaptando la organización hacia un nuevo marco de asistencia más acorde con el tipo de cliente y sociedad, y

también de profesionales que en el marco de la bioética ha de adaptarse, necesariamente, a lo requerido por la demanda de nuevos modelos y entornos influyentes haciendo un sistema por todos sostenible. Sirva de ejemplo la acción innovadora de la implantación del reservorio braquial por profesionales enfermeros, como modelo o guía para revisar muchos otros procesos susceptibles de ser revisados y por tanto de resolver aspectos que mejorarán la eficiencia.

Los resultados medibles tanto en acciones realizadas como en impacto de cambio comportamental y de resultados en salud y también la mejora de procesos son necesarios para seguir avanzando. Varias de las acciones destacadas por su impacto recogen el espíritu innovador, tanto por la acogida de los profesionales como por la influencia y éxito interno y externo, por la proyección de profesionales, de la organización, la visibilidad, el liderazgo, el posicionamiento en la organización, por las oportunidades de crecimiento, de eficiencia, retorno y por la mejora de procesos en términos de calidad de vida para el paciente.

RESULTADOS ECONÓMICOS

GESTIÓN DEL CAMBIO. LA ENFERMERÍA EN EL LIDERAZGO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GUADARRAMA

Con la aplicación del modelo: El gasto ha disminuido un 5% en estos años. Y ha mejorado su actividad en comparación con otros hospitales similares de la comunidad de Madrid.

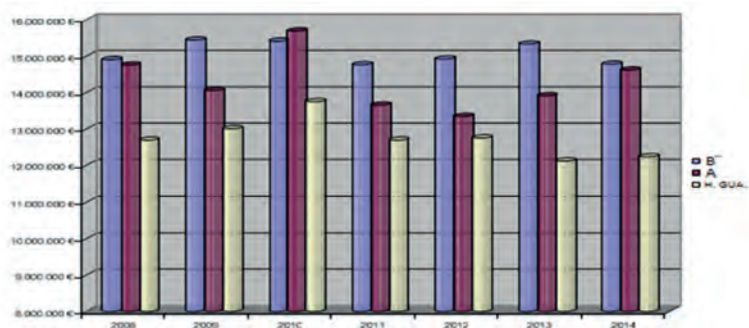
- La Actividad ha aumentado, llegando a 1.112 altas al año, cifra impensable para este perfil de pacientes, niveles de dependencia de cuidados 3 y 4 y en comparación con los hospitales de nuestro nivel, de mayor dependencia en el caso de los pacientes con Ictus.

- Ha disminuido la Estancia Media: en 2014 esta es de 36 días y se ha mantenido el índice de ocupación en 89% generándose 35.000 estancias aproximadamente.

Se han recibido en 2014: 30 felicitaciones frente a 15 reclamaciones.

- Se han entrenado en la escuela de cuidadores de manera individual una media de 50 a 70 familias por año. Además de un proyecto de entrenamiento para cuidadores formales en formación continuada, para su alineamiento con el proyecto en el medio comunitario.

Respecto al coste por estancia: Disminución del -8,43% entre los años 2008 y 2010 y un -20,58% entre los años 2011 y 2014.



	COSTES POR ESTANCIA (EUROS)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
URF	284,43	290,25	301,27	285,68	262,92	271,47	289,31
COSTE MEDIO H.GUA	362,01	335,01	331,48	320,14	282,45	290,45	299,56

Existe un cuerpo creciente de evidencia económica acerca del impacto y beneficio de los roles avanzados, aunque por las razones ya expuestas esta evidencia proviene mayoritariamente de entornos anglosajones, con las diferencias obvias en cuanto al papel de los sistemas sociosanitarios. Las EPA parecen tener efectos beneficiosos sobre el coste de los cuidados (Gross et al, 2004; Meyer et al, 2005; Sise et al, 2011; Collins et al, 2014), un menor uso de recursos (Roots et al, 2014), menores ratios de complicaciones y efectos adversos (Russell et al, 2002; Fry et al, 2011) así como unas altas de mayor calidad (Ettner et al, 2006). Por ejemplo, en los Países Bajos, la evaluación económica acerca del desempeño de las EPA frente a los médicos de atención primaria en el tratamiento de patologías frecuentes arrojó costes directos menores para las EPA, aunque dichas diferencias eran realmente consecuencia del menor coste salarial de las EPA (Dierick-van et al, 2010). Un estudio posterior re-examinó la coste-efectividad de las EPA en atención primaria y consultas externas. Según el estudio, las EPA incurrían en menos costes sanitarios (diferencia media: -€6,41; IC 95% -€9,28 a -€3,55; $p < 0.0001$). Asimismo, en dos de los ensayos clínicos estudiados, los cuidados ofrecidos por las EPA eran equivalentes a los cuidados médicos en todos menos tres de los resultados cotejados.

Otra revisión sistemática sobre la calidad de los estudios existentes acerca de la coste-efectividad de las EPA y enfermeras especialistas sugería que al menos la mitad de las publicaciones parecían tener riesgo bajo de sesgo, pero bastantes estudios adolecían de información fundamental acerca del nivel formativo o experiencia de los profesionales estudiados, dificultando las comparaciones (Donald et al, 2014). En definitiva, como profesional encargado de la provisión de servicios en

AP, las EPA obtienen resultados clínicos o de salud equivalentes o mejores que otros profesionales con ahorros en los costes.

GESTIÓN Y LIDERAZGO A TRAVÉS DE LAS PERSONAS

Implantación de reservorio braquial, avanzando en competencias: una gestión eficaz y eficiente.

Se realizó un estudio sobre tiempos y costes en una muestra aleatoria de diez pacientes en cada uno de los periodos (implantaciones torácicas de 2002 a 2012: 86 reservorios; implantaciones braquiales: noviembre 2012 a noviembre 2013: 65 reservorios). Se disminuyó el tiempo de implantación de 450 a 75 minutos, y el coste de la implantación de 1.910,90 € a 659 €, desapareciendo la lista de espera (ver Figura 6).

La adquisición de esta nueva competencia por parte de Enfermería de Radiología Vasculosa Intervencionista ha disminuido el coste, eliminado la lista de espera y aumentado la continuidad del proceso. Se disminuyó la complejidad del proceso y también la de gestión del proceso en sí mismo, así como la mejora de calidad de vida tanto en relación con los tiempos de espera como en la portabilidad local del dispositivo.

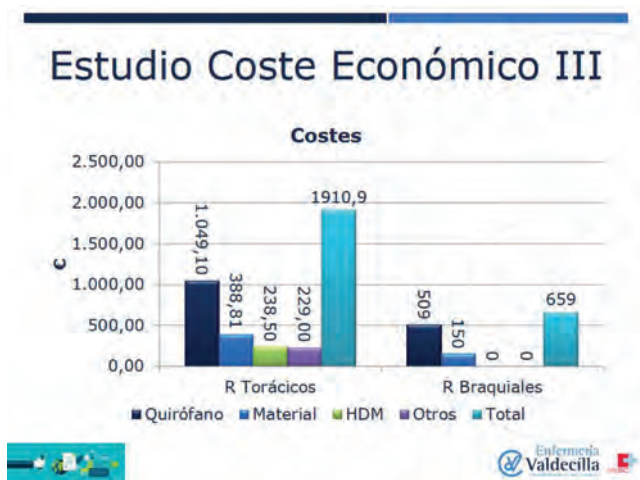


Figura 6. Comparativa de costes entre la implantación del reservorio torácico por parte del cirujano torácico y el reservorio braquial por parte de Enfermería de Radiología Vasculosa Intervencionista.

ÁREA 4: LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA SALUD. INNOVACIÓN, EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD

Coordinador:
Alberto González García



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

INTRODUCCIÓN

La crisis económica actual hace que temas como la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, la sostenibilidad del Sistema Sanitario Español, la innovación y la eficiencia general del sistema preocupen a instituciones, profesionales y ciudadanos (Gómez Camuñas, 2015).

Hoy en día, estamos asistiendo a un intenso debate ético y político en el que se pone en cuestión la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Entre los argumentos más utilizados a nivel “mediático” sobre el tópico de la “insostenibilidad” del SNS español, están la supuesta tendencia al endeudamiento incontrolado del gasto sanitario, el impago a proveedores, la falta de voluntad política para financiar y mantener un sistema sanitario que aparentemente es totalmente universal y gratuito, el cuestionamiento de la coste-efectividad de la financiación de determinados medicamentos, productos o tecnologías sanitarias, así como la necesidad de reconocer la limitación real de los recursos y plantear en consecuencia, su racionalización, entre otras numerosas cuestiones (Rumbo Prieto, 2011), hacen que tengamos que revisar los tradicionales modelos de gestión, o más allá de modelos de gestión, formas de hacer, de desarrollar, de proveer servicios bajo consideraciones de calidad y alta eficiencia en esta provisión de servicios lo que nos obliga a incluir tres variables fundamentales en la ecuación de la Sanidad Española actual.

*Salud = Competencia + sostenibilidad
(Eficiencia + Innovación)*

El factor con una mayor influencia en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos 10 años continuará siendo

previsiblemente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico.

Una demografía marcada por una pirámide poblacional que invariablemente se va invirtiendo, donde las personas de mayor edad cada vez tienen más peso en ella y donde esta tendencia no tiene visos ya no solo de ralentizarse si no de seguir aumentando.

El crecimiento del gasto sanitario público atribuible a los cambios en la demografía resultaría sostenible sin ningún tipo de problemas, si el resto de los factores que impulsan el gasto se mantuviera invariable (Puig, 2006).

Este fenómeno de invariabilidad en los factores de gastos evidentemente tampoco muestra señales de producirse fundamentalmente por:

- Crecimiento exponencial del gasto en farmacia.
- Crecimiento del gasto por introducción de alta tecnología sanitaria.
- Crecimiento del gasto en cronicidad y dependencia.

Los centros sanitarios en la actualidad son considerados empresas de servicios donde el producto a proveer es la salud, el cuidado y el bienestar y donde cada uno de los profesionales intervinientes en este proceso incorporan su cuerpo competencial para alcanzar este objetivo.

Esta línea argumental viene siendo utilizada desde hace unos años en el cuidado de la salud, en distintos países como un planteamiento global de mejora de los procesos integrados de las organizaciones de

atención de la salud con resultados de contención de costes, mejora de la calidad y eficiencia dando un enfoque innovador e introductorio para un cambio organizacional efectivo (Torrubiano J, 2009).

La consecuencia básica para todos los profesionales que desempeñan su actividad en el entorno actual es una orientación costo eficiente generadora de la mayor satisfacción y con la implementación de nuevos modos de actuación profesional que logren esta satisfacción traducida en resultados en salud y cuidados.

En este contexto identificamos unos problemas comunes en todos los servicios de salud del país y que se agudizan algunas de ellas de forma importante en el colectivo enfermero como son (Coronado, 2002):

- Falta de información acerca de la eficiencia y costes de las actuaciones.
- Falta de orientación de los incentivos hacia la eficiencia y sostenibilidad.
- Carencias en la implementación de prácticas de promoción y prevención de la salud.
- Excesiva influencia de la industria farmacéutica en la práctica asistencial.
- Excesiva politización de las actuaciones en salud.

La sostenibilidad del sistema sanitario va a depender en gran medida de la capacidad que tengamos de corresponsabilizarnos con el mismo concepto y adecuarnos a la situación y coyuntura económica, así como la capacidad para medir y evaluar los costes visibles e invisibles que se producen en el desarrollo del proceso de salud.

Las enfermeras tanto a nivel individual como colectivo constituyen un cuerpo profesional tradicionalmente implicado con la innovación en su práctica asistencial

diaria, con la eficiencia general de todas y cada una de las actuaciones que desarrollan en su día a día valorando en todo momento que recursos son los más adecuados para la aplicación de los cuidados a sus pacientes y comprometidas con la sostenibilidad general del sistema sanitario.

Las enfermeras realizan su ejercicio profesional observando desde los pequeños detalles de la práctica asistencial directa hasta los grandes detalles que repercuten en el resultado final del producto sanitario.

Variables de la confortabilidad de los pacientes a su cargo, condiciones de luz, climatización, descanso, aislamiento acústico son contemplados por el personal de enfermería de nuestros centros sanitarios.

Variables categorizadas dentro de lo que se denominan cuidados invisibles y que a menudo no son evaluados ni tenidos en cuenta, ni su impacto en el gasto económico ni los beneficios que aportan al producto sanitario.

Estos cuidados invisibles pueden ser denominados como:

Aquellas 'acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían 'registrables' (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como la relación terapéutica, etc.).

Por otra parte las enfermeras desarrollan actuaciones dirigidas al cuidado, protección, promoción de la salud, provisión de necesidades básicas, de seguridad, de

realización y de mejora de los sentimientos de pertenencia al entorno y grupos de referencia.

Son las enfermeras las que han ido asumiendo cada vez más actividades y responsabilidades en el entorno sanitario y social como son entre otras (Miguélez Chamorro, 2009):

1. Promocionar y difundir acciones de autocuidado de forma que motivan al paciente para conseguir un cambio de actitud a demás de desarrollar planes de cuidados estandarizados y adaptados a sus pacientes.

2. Realizan con autonomía diferentes procedimientos: suturas, tratamiento de úlceras cutáneas, quemaduras y heridas, sondajes, cuidado del catéter subcutáneo con reservorio, vendajes, etc.

3. Trabajan en el cumplimiento terapéutico, adherencia al régimen terapéutico de los pacientes en gran cantidad de patologías entre las que destacan tales como la diabetes (DM), la cardiopatía isquémica o el EPOC.

4. Están comprometidas con la promoción y la prevención de la salud y lideran la Educación para la Salud, tanto en entornos de atención primaria como de atención hospitalaria.

5. Lideran la prevención de complicaciones en patologías crónicas y en la atención a la dependencia (Úlceras por presión, complicaciones secundarias en CI, en DM, en pacientes polimedcados, etc.) (Huericanos Esparza, 2010).

A la vista de esto es sencillo ver en la enfermera a un líder en gestión sanitaria que gobierna de tal forma su área competencial y de responsabilidad respondiendo a

la misión, la visión y los valores de su organización. Es decir, alinea las personas de cada ámbito y su trabajo con la consecución de unos objetivos que reflejen la razón de ser de la organización.

La forma en la que esta dirección se conduce incluye la comunicación de un horizonte claro, la motivación a sus colaboradores y unión de los esfuerzos y resultados de las áreas de trabajo individuales, los valores y principios éticos y el desarrollo de una cultura y un sistema de gobierno orientado a la persona, la identidad de los grupos de interés: pacientes, familias, entorno comunitario, entorno sanitario asistencial y de investigación, la contratación y el mercado de provisión, etc., y también incluye la respuesta adecuada a cada uno de ellos, la búsqueda de la coherencia que genere confianza y compromiso, la capacidad de adaptación y reorientación en función del entorno, el esclarecimiento de la razón de ser de la organización a todos los profesionales que dependen de ella (Rodó Cobo, Torres Egea, & Tresserras Gaju, 2014).

APORTACIÓN DE LAS ENFERMERAS DE UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA, A LA ADHERENCIA DIETÉTICA DEL PACIENTE CRÓNICO

INTRODUCCIÓN

Grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, se enfrentan a la falta de adherencia a las recomendaciones dadas por los profesionales sanitarios, como importantísimo obstáculo para cumplir con el propósito de mejora de la salud.

La falta de adherencia es un problema inquietante por su tamaño y complejidad. Se cifra en un 50% de incumplimiento en los países desarrollados, no existiendo enfermedad, tipo de paciente o grupo geográfico que no se vea afectado; es una dificultad siempre presente.

La OMS califica la falta de adherencia como “problema mundial de gran magnitud”, considerando la modificación de los hábitos de vida el mayor obstáculo.

Podríamos decir que la consecuencia general de la adherencia, es la mejor evolución de la enfermedad, permitiendo al individuo una mayor normalización de su situación. Por ende, las consecuencias de la no adherencia se enumeran en: incremento de los riesgos, morbilidad y mortalidad del paciente por fracaso en los objetivos terapéuticos, errores en el diagnóstico y en el tratamiento, crecimiento del coste sanitario, además del desarrollo de sentimientos de insatisfacción en el profesional y paciente.

Es más que sabido, que los hábitos dietéticos saludables son fundamentales para prevenir y tratar la cardiopatía isquémica, tanto en la prevención primaria como en la secundaria.

Y evidente, la necesidad de nuevas estrategias profesionales de intervención a largo

plazo, que impulsen la adherencia, la diversifiquen en sus maneras posibles, y la cimenten a lo largo de los años.

Los pacientes incluidos en programas de Rehabilitación Cardíaca precisan seguimiento en la consulta de enfermería. En ésta se implementan intervenciones enfermeras dirigidas a la adherencia de las recomendaciones terapéuticas para el manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

Desde la Unidad de Rehabilitación Cardíaca de nuestro hospital, y recogiendo el gusto actual por la gastronomía (evidenciado en numerosos programas televisivos), las enfermeras se plantean cómo ayudar a sus pacientes en el cambio de hábitos de vida hablados en consulta; e idean la elaboración de un libro de recetas cardiosaludable para uso diario.

OBJETIVOS

- Promover la relación terapéutica entre profesionales y usuarios del Área de Salud VII del Servicio Murciano de Salud, a través de un proyecto conjunto.
- Fomentar el liderazgo de los pacientes integrados en agrupaciones independientes del sistema sanitario, pero apoyadas por éste.
- Propiciar la cocina sana, no desde la restricción sino desde una perspectiva creativa y sabrosa.
- Facilitar instrumentos y estrategias culinarias para conseguir compatibilizar sabor y salud cardiovascular. Trabajar por la adherencia mantenida en el tiempo.

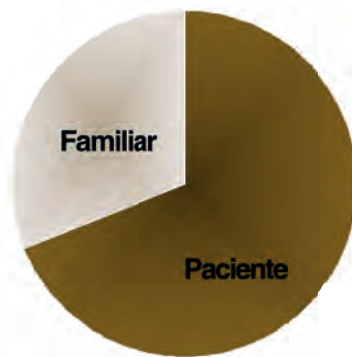
MÉTODO

- Se planifica la elaboración y diseño de un recetario cardiosaludable hecho por pacientes y familiares cardiológicos, que hayan pasado por el programa de rehabilitación.
- Se diseña tríptico para la convocatoria donde se explicita objetivo del proyecto, normas para la presentación de las recetas, plazo, etc. y se difunde a través de AMURECAR (Asociación Murciana Pro Rehabilitación Cardíaca) y a través de los pacientes de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca.
- Las recetas recibidas se revisan por las enfermeras de la Unidad de Rehabilitación y la enfermera de la Unidad de Nutrición del hospital, valorando sodio contenido, perfil lipídico y calórico. Se consensúan con el autor las modificaciones pertinentes. Algunas recetas son rechazadas por definitivamente inadecuadas con el objetivo del recetario.
- Se dividen las recetas en tres categorías, y ante la ausencia de postres cardiosaludables, son las enfermeras de estas dos unidades, las que proponen nuevas elaboraciones dulces.
- Se complementa el recetario con los testimonios de profesionales y pacientes implicados en la Unidad, además de información considerada básica para “comer mejor”.

RESULTADOS

Edición del libro *Del fogón al corazón*, recetas para un corazón rehabilitado con 43 recetas propuestas por 17 autores en 95 páginas.

La autoría se reparte a partes iguales entre mujeres y hombres, siendo mayoritariamente pacientes de la Unidad. Figura 1 y 2.



El libro queda ordenado en los siguientes apartados:

1. Prólogos
2. Recomendaciones cardiosaludables generales
3. Entrantes
4. Platos principales de pescado
5. Platos principales con carne
6. Otros platos principales
7. Postres



Receta, portada y contraportada del recetario.

Para su difusión se celebra una jornada gastronómica hospitalaria, con la asistencia plural de gestores sanitarios, profesionales, pacientes y familiares, autores del recetario e interesados en general en una cocina cardiosaludable. También, a través de la consulta de enfermería de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, se reparte un ejemplar a todos los pacientes que estén o hayan pasado por el programa. Se edita versión digital para poder ser consultada por cualquier hispanoparlante, quedando disponible en la página Web de Murciasalud, en la página de la AEEC dentro de la etiqueta de la filial murciana (Asociación Española de Enfermería Cardiológica), y en la página de la asociación de pacientes AMURECAR. Se pacta con la televisión autonómica TV7 Región de Murcia, dos programas en «La cocina de Baró», para presentar el recetario y elaborar una de sus recetas el paciente/autor y enfermera de la Unidad. Dentro de las actividades organizadas por el Ayuntamiento de Murcia, en el Aula de la Salud y los Sentidos, que tiene lugar en la plaza de abastos de Verónicas, se protagoniza dos talleres de cocina en directo. Y además, se publicita tanto la jornada gastronómica hospitalaria como la existencia y disponibilidad del recetario en prensa escrita y digital, emisoras de radio autonómicas (con entrevistas a profesionales y pacientes), redes sociales del Servicio Murciano de Salud y Asociaciones profesionales y de pacientes, informativos TVE-1 (sección regional), informativos de televisión autonómica TV7 Región de Murcia y Canal de TV GTM.

Del fogón al corazón. Recetas para cuidar un corazón rehabilitado:

http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2349&idsec=88

<http://www.amurecar.org/recetario/>

<http://www.enfermeriaencardiologia.com/filiales/murcia/recetario.pdf>

CONCLUSIONES

- Se consigue desarrollar un proyecto que vincula en relación igualitaria profesionales y pacientes, dentro del marco de colaboraciones programadas de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.
- Los pacientes son la fuente y los transmisores del conocimiento.
- Se apuesta por dos ediciones posibles, en papel y digital, para brindar a cada usuario el formato más favorable, y salvar las distancias geográficas y temporales en la accesibilidad del mismo.
- Son enfermeras de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca las ideólogas y coordinadoras del proyecto.
- La aportación de este proyecto a la sostenibilidad del sistema sanitario se basa en la evidencia de que la prevención de las patologías crónicas es siempre “más barata” que la asistencia sanitaria de las mismas, no sólo por el coste asistencial de la cronicidad, sino también por su repercusión social y laboral. Sin contar, con que la salud es uno de los motores principales del ser humano y su comunidad.

DEPORTE Y EMBARAZO: PREPARACIÓN FÍSICA EN EL EMBARAZO: ACTIVIDAD ACUÁTICA EN DOS DEPARTAMENTOS

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Estudios recientes afirman que el ejercicio físico mejora la finalización del parto^{1, 2, 3, 4, 5}, la condición física de la gestante^{6, 7, 8} y reduce la morbilidad materna y fetal^{9, 10, 11, 12, 13, 14}.

Los cambios sociológicos ocurridos en las dos últimas generaciones de mujeres con la introducción de la mujer en el mercado laboral han hecho que la mujer trabaje mayoritariamente en posturas de pie o sentadas lo que ha producido la reducción del trabajo en la musculatura pélvica y en la distensión de los ligamentos pélvicos dificultando la capacidad pélvica para el parto.

Para poder finalizar el parto requerimos posturas pélvicas como la flexión, abducción y rotación externa en la fase de expulsivo y consideramos fundamentales la rotación interna femoral, flexión de la cadera, nutación y contranutación sacra que requiere un alto requerimiento musculoligamentoso y tendinoso^{16, 17}.

Las posturas que adoptemos en el parto facilitarán en cada momento del parto, los movimientos fetales y la amplitud de los diámetros necesarios¹⁸.

Un buen programa de ejercicios durante el embarazo sobre toda la musculatura, estructuras óseas, articular y ligamentosa de la región sacro-iliaca y sacro-lumbar mejorarán la movilidad pélvica y así la finalización del parto⁵.

El trabajo de todos los músculos, ligamentos y tendones requieren normalmente un alto esfuerzo lo que en el embarazo su-

pondría un alto riesgo de lesión. Por ello se recomienda la realización de ejercicios dentro del agua debido a que la flotabilidad del agua requiere soportar sólo un 50 % de su peso corporal, reduce el riesgo de estrés relacionado con las lesiones, y la compresión del agua es calmante en las articulaciones y los músculos que están estresados por el peso adicional del embarazo.

Basándose en todo esto se diseñó el Método AIPAP®, un método de acondicionamiento integral y pélvico en el agua. Un programa de ejercicios en el agua que trabajan todos los músculos, ligamentos y tendones que intervienen en los movimientos y posturas que facilitan el parto.

Se divide en 10 sesiones de 50 minutos que se repiten de forma cíclica con un total de 86 ejercicios, con estos se trabaja capacidad aeróbica, fuerza, elasticidad pélvica y coordinación respiratoria de la embarazada.

El método AIPAP es un método de preparación al parto y previo a este se realizó un ensayo clínico con un análisis estadístico. Para las variables cuantitativas utilizamos la prueba de t de Student y para las categóricas utilizamos la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Se asumió un nivel de significación estadística de $p < 0.05$ para pruebas bilaterales con $n=117$. Los resultados fueron que asistir al programa AIPAP® supone: 10,18 menos probabilidad de tener cesárea y 7,87 menos probabilidad de tener un parto instrumentado. El índice de partos eutócicos a las gestantes asistentes al programa es del 96,58%⁵.

El grupo AIPAP® presenta un tiempo me-

dio de ingreso en la sala de dilatación de 136,38 minutos frente a 486,08 minutos del grupo no AIPAP®. El grupo AIPAP® llega a paritorio en fase activa y se quedan directamente en la sala de dilatación, por lo que el tiempo de ingreso es menor en este grupo.

Al unir las variables de tiempo de dilatación en la fase activa de parto con el tiempo de expulsivo se observa una diferencia de 45,14 minutos un parámetro significativo en la duración del parto.

Además el grupo AIPAP® presento una EM de 2.10 y el grupo sin intervención 2.50.



OBJETIVO

Objetivo principal:

- Mejorar la condición física general de la mujer gestante para el día del parto y que este se desarrolle de la forma más rápida y con menor número de complicaciones para su salud y la de su hijo.

Objetivos específicos:

- Mejorar la fuerza de los músculos que intervienen en el parto así como distender los ligamentos pélvicos que permitan una mayor movilidad de las articulaciones pélvicas y aumentar los diámetros pélvicos para facilitar el parto.
- Unificar los criterios de actuación de todo el personal implicado en la preparación física del parto del parto.
- Conseguir los beneficios que se obtienen de la práctica del deporte durante el embarazo para la madre y el feto.

- Lograr un mayor número de partos eutócicos y disminuir del porcentaje total de cesáreas.
- Mejora notable en la sostenibilidad del sistema en la reducción de costes, dado que se evitan complicaciones que generen más días de estancia hospitalaria así como optimización de las instalaciones.
- Aumento de la satisfacción materna y sensación de bienestar durante el último trimestre del embarazo.
- Acercarse al usuario y a nuestros propios trabajadores. Ofrecer información sanitaria de calidad. Dar información veraz y basada en la evidencia científica sobre cuestiones relacionadas con el parto.

- Empoderar a la mujer sobre el conocimiento de las posturas que facilitan el parto y sobre el conocimiento de su propio cuerpo.

CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

A todas las gestantes y profesionales del Servicio de Obstetricia y Ginecología de los Departamentos de Torreveja y Vinalopó (departamentos 22 y 24).

METODOLOGÍA

El hospital facilita la formación en el método AIPAP® a todas las matronas de ambos departamentos para que dispongan de un aprendizaje unificado durante los años 2012-2013.

Se realiza una gestión de las piscinas municipales con los ayuntamientos y las concejalías de deportes para la cesión gratuita de las instalaciones para nuestra población, de forma que no genere un desembolso económico en las gestantes.

La matrona de atención primaria informa y oferta a las gestantes entre las 27-30 semanas de gestación a participar en esta actividad gratuita.

La puesta en marcha fue en agosto 2012 en las zonas básicas de salud de: Aspe, Crevillente, Torrevieja, Elche, Guardamar, Pilar de la Horadada, de forma progresiva y por este orden. En la actualidad son 6 piscinas disponibles.

Como criterios de inclusión, todas las gestantes de nuestros departamentos que sepan nadar y deseen realizar la actividad y como criterios de exclusión, las gestantes que tengan contraindicación médica de actividad física.

EVALUACIÓN

Los indicadores de calidad y actividad en las áreas son monitorizados por la dirección de enfermería a través de la información que nos proporciona Florence clínico y Gestión, Abucasis y registros internos en las diferentes unidades.

Fundamentalmente los indicadores hacen referencia a los plasmados en los acuerdos de gestión, las recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Sanidad, siguiendo siempre la evidencia científica para el logro de los objetivos.

Los indicadores asistenciales que hemos analizado son:

- Número de partos eutócicos e instrumentales y porcentaje de cesáreas y partos.
- Integridad perineal en partos vaginales; distócicos y eutócicos.
- Días de estancia/ ingreso hospitalario.

RESULTADOS

El periodo de estudio fue del 1 de Mayo de 2014 y el 31 de Mayo de 2015.

POBLACIÓN	Nº PARTICIPANTES
CREVILLENTE	141
ELCHE	118
ASPE	110
PILAR HORADADA	75
GUARDAMAR	11
TORREVIEJA	111
TOTAL MUESTRA	566

Para la muestra solo se analizan aquellas gestantes que habían realizado al menos 8 sesiones antes de la fecha de su parto.

La muestra final alcanzó un total de 566 gestantes, repartidas en sus zonas básicas.

Los resultados en cuanto a la finalización del parto en nuestra muestra, fueron de un porcentaje total de 84% de partos vaginales y un 16% de cesáreas.

TOTAL DE PARTOS SEGÚN FINALIZACIÓN		
TIPO DE PARTO	FINAL DE PARTO MUJERES AIPAP®	PORCENTAJE
EUTÓCICO	391	69,08%
DISTÓCICO	84	14,84%
CESÁREA	75	91
TOTAL	566	100,00%

Se analizaron las lesiones perineales de todos los partos vaginales, observando que las de bajo grado e integridad perineal suman un porcentaje total de 64,41 %, no obteniendo ningún desgarró de IV grado y un porcentaje menor al 1% de lesiones de III grado.

LESIÓN PERINEAL EN PARTOS VAGINALES		
LESIÓN PERINEAL	INTEGRIDAD PERINEAL MUJERES AIPAP®	PORCENTAJE
INTEGRO	102	21,47%
DESGARRO GRADO I	120	25,26%
DESGARRO GRADO II	84	17,68%
DESGARRO GRADO III	3	0,63%
DESGARRO GRADO IV	0	0,00%
EMLD	166	34,95%
TOTAL PARTOS VAGINALES	566	100,00%

Si analizamos las lesiones en el grupo de partos vaginales eutócicos, observamos que los porcentajes anteriores mejoran, no hay desgarros ni de III y ni de IV grado y es mayor el porcentaje de lesiones de bajo grado (78%).

Si analizamos el porcentaje de cesáreas, este es inferior en las gestantes que participaron en el programa AIPAP comparándola con la misma población sin la intervención, aunque estos datos pueden estar influenciados por otras variables de confusión no analizadas en este estudio. Se ha logrado que el porcentaje de cesáreas en ambos departamentos sea inferior al 20%.

Si analizamos el gasto que en nuestra organización supone la realización de un parto o cesárea, obtenemos que el GRD371 Cesárea sin complicación, lleva un coste medio estimado entre costes directos e indirectos de 1.552,23 €, mientras que el GRD373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado supone un coste medio estimado de 1.085,87 €.

La estancia media de ingreso en el hospital también fue mayor en el grupo que no recibió la intervención, con un día más de media entre ambos lo que supone un coste añadido de unos 400 €/día de hospitalización de 400 matronas en Cataluña, Madrid, Comunidad valenciana, Andalucía, Canarias Murcia y Castilla León a través de un curso acreditado por la comisión nacional de formación continuada. La formación sigue siendo solicitada por los colegios de enfermería y organizaciones de matronas, por el interés que despierta en todos los profesionales.

LESIÓN PERINEAL EN PARTOS EUTÓCICOS		
LESIÓN PERINEAL	INTEGRIDAD PERINEAL MUJERES AIPAP®	PORCENTAJE
INTEGRO	101	25,83%
DESGARRO GRADO I	120	30,69%
DESGARRO GRADO II	84	21,48%
DESGARRO GRADO III	0	0,00%
DESGARRO GRADO IV	0	0,00%
EMLD	86	21,99%
TOTAL PARTOS VAGINALES	391	100,00%

RECOMENDACIONES

- El método AIPAP®, beneficia el parto normal, aumentando el porcentaje de partos vaginales y disminuyendo el de cesáreas, aunque harían falta más estudios.
- Los dos departamentos son pioneros en esta actividad, ofreciéndola de forma gratuita a toda la población.
- Las embarazadas de ambos departamentos, de forma integrada, disponen de un espacio lúdico en el que se mejoran los resultados de salud a través del ejercicio acuático y el trabajo en equipo.

Este trabajo contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, ya que proporciona mejores resultados en cuanto a partos eutócicos y menor número de cesáreas, que llevan implícito más coste y complicaciones para la gestante. Además supone menos días de ingreso hospitalario y menos complicaciones relativas a la integridad del suelo pélvico en la mujer gestante.

Con el método AIPAP se han formado más de 400 matronas en Cataluña, Madrid, Comunidad valenciana, Andalucía, Canarias Murcia y Castilla León a través de un curso acreditado por la comisión nacional de formación continuada. La formación sigue siendo solicitada por los colegios de enfermería y organizaciones de matronas, por el interés que despierta en todos los profesionales.

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROCESOS ASOCIADOS A LA CRONICIDAD PARA LA OPTIMIZACIÓN DE COSTES Y MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

En la actual encrucijada del siglo XXI, el Sistema Sanitario Público se encuentra en un momento decisivo. No solo tiene que resistir las acometidas de los mercados con las restricciones presupuestarias, sino que además tiene que afrontar las inevitables reformas que le exigen las necesidades generadas por los cambios demográficos y sociales que se están produciendo durante los últimos años en todo el mundo. Se estima que para el año 2050 España será el segundo o tercer país más envejecido del mundo y pasaremos del 16 al 34% de la población con más de 65 años de edad. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente identificada. A pesar de su rápido crecimiento y distribución desigual, gran parte del impacto social y humano, creado cada año por las enfermedades crónicas, puede ser evitado mediante intervenciones bien estudiadas, coste-efectivas y factibles¹.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud establece objetivos y recomendaciones que permiten orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. Ello facilitará un cambio de enfoque en el Sistema Nacional de Salud que pasará de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en parti-

cular, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca su autonomía personal^{2,3}.

Muchos de los procesos clínicos que se siguen en la actualidad no se han implementado con principios de eficiencia, aspecto que afecta la calidad de vida de los pacientes y que genera costes adicionales que podrían reducirse utilizando una estrategia de gestión de procesos. Es preciso remarcar que cualquier ineficiencia en los procesos de atención a crónicos se multiplica por la atención continuada al paciente, generando unos costes elevados que deben ser asumidos, por el paciente, familiares y el propio sistema sanitario.

Existe un consenso generalizado sobre la necesidad de nuevos modelos conceptuales de gestión de enfermedades crónicas (GEC) que permitan reordenar las organizaciones asistenciales y centrarse en enfoques orientados en la mejora de la eficiencia de los procesos clínicos y la mejora de la calidad de vida del paciente. Uno de estos modelos de referencia es el Chronic Care Model (CCM) desarrollado en Estados Unidos por Wagner EH y colaboradores del MacColl Institute for HealthCare Innovation de Seattle.

Entre uno de los pilares fundamentales del modelo se encuentran las tecnologías de la información como medio para alcanzar dichos objetivos, centrados en el apoyo del autocuidado, las tomas de decisiones, la disponibilidad de la infor-

mación y la propia organización del sistema de salud.

El seguimiento de un paciente crónico resulta especialmente necesario para controlar la enfermedad crónica que sufre y evitar que se agrave y genere otras enfermedades o incluso que sea necesario un ingreso hospitalario de urgencia. Cuando la enfermedad está controlada, el seguimiento suele reducirse a visitas periódicas al centro de salud por parte del paciente, comunicando éste a los profesionales sanitarios su evolución. Este método de seguimiento depende totalmente de la formación y voluntad de los pacientes, quienes deben seguir las indicaciones de los profesionales sanitarios (por ejemplo, no es lo mismo tomarse la tensión a primera hora de la mañana antes de desayunar que después de cenar). Iniciativas como la descrita en este proyecto facilitará la incorporación de conceptos como “alfabetización en salud” y “el paciente experto” que se basan en un cambio de rol del paciente haciendo que este deje de ser pasivo y se implique más en el cuidado de su salud. Este cambio permitirá reducir costes y visitas innecesarias a los centros de salud, a la vez que ayuda a los enfermos crónicos a tener un mejor control de su enfermedad.

En este proyecto se van a estudiar los procesos de la cronicidad relativa a dos situaciones de prevalencia epidemiológica de distintas características, diagnóstico, seguimiento y control de las mismas por parte de los sistemas sanitarios y del autocontrol de la persona. La primera de las patologías que se van a tratar en este proyecto es la hipertensión arterial (HTA), considerada un riesgo de enfermedad cardiovascular y con una alta prevalencia en la población. Expertos de la Sociedad Española de Hi-

pertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial⁴ estiman que 588 millones de personas podrían ser hipertensas en 2025. En España, esta enfermedad afecta a cerca del 40% de la población adulta, porcentaje que se incrementa hasta el 85% cuando hablamos de mayores de 65 años. Además, es destacable que entre los menores de 18 años la prevalencia es de entre el 3,5% y el 5% y que los niños/jóvenes hipertensos tendrán un mayor riesgo cardiovascular en la edad adulta.

La segunda patología a estudiar es la enfermedad de Crohn (EC), que es una patología crónica que en España afecta al 1% de la población y que tiene un importante impacto en la calidad de vida de los enfermos y para la cual no existe cura actualmente según datos de, la Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España⁵. Esta enfermedad produce una serie de trastornos, que en general, y por resumir, recuerdan a una gastroenteritis que no se cura e incluso produce sangrado y necrosis intestinal. La EC presenta dificultades de diagnóstico y tratamiento debido a la sintomatología variable y a la peculiaridad de la misma; además, los pacientes se ven expuestos a una falta de comprensión antes del diagnóstico por parte de los profesionales sanitarios, debido precisamente a la dificultad en el mismo. A esto hay que unir el número elevado de pruebas diagnósticas, la mayoría invasivas, hasta que consiguen ser diagnosticados por EC y todo ello acompañado por un sentimiento de desinformación por parte de los expertos de la salud en torno a la etiología y evolución de la misma, llevando a los afectados a mantener un sentimiento de frustración constante.

Existen iniciativas de investigación destinadas mejorar la atención a pacientes crónicos con distintas patologías como el proyecto iCOR llevado a cabo por el servicio de cardiología del Hospital del Mar de Barcelona y Telefónica I+D para la atención sanitaria domiciliaria de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (IC) de alto riesgo⁶; el proyecto europeo PALANTE (PATient Leading and managing their healthcare through EHealth) en el que se intenta primar el autocontrol por parte de los pacientes utilizando como soporte herramientas de comunicación con los profesionales⁷; el programa VALCRONIC de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana en el que se plantea el uso de telemonitorización como elemento principal en la atención continuada de pacientes crónicos⁸. La diferencia fundamental de nuestro planteamiento con estos proyectos y otros que se pueden encontrar es la gestión integral del proceso clínico que se plantea en este proyecto.

El proyecto se fundamenta en la gestión de los procesos asociados al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad mediante Business Process Management (BPM) así como en la incorporación de técnicas de inteligencia artificial (aplicadas principalmente a sistemas de ayuda a la decisión) para mejorar la eficiencia de estos procesos clínicos; además, uno de los problemas importantes en el desarrollo de estos proyectos es el coste de su implantación y mantenimiento, factores que se tienen muy en cuenta en nuestro planteamiento.

A continuación profundizaremos en el estado del arte de tres aspectos directamente relacionados con el proyecto: la monitorización, los sistemas de ayuda a la decisión clínica y la integración de sistemas.

MONITORIZACIÓN Y CONTROL DE PACIENTES

En el ámbito de la monitorización clínica en los últimos años destaca la investigación y desarrollo de soluciones basadas en tecnologías de la información y las comunicaciones que permitan monitorizar pacientes a distancia, o de forma simultánea y autónoma en distintos escenarios de atención^{9,10}. Son multitud los trabajos publicados dentro de este campo, y revisándolos podemos advertir una serie de características que nos dan una idea de la situación actual de la investigación en telemonitorización. También encontramos propuestas de sistemas más complejos, llegando a alcanzar la fase de implementación y prueba, pero que salvo alguna excepción no han pasado de ensayos piloto. Estos sistemas están orientados a una única patología o un conjunto de ellas propio de una especialidad médica: cardiología^{11,12}, diabetes^{13,14}, neurología¹⁵ y enfermedades respiratorias¹⁶. Finalmente podemos encontrar trabajos que tienen como propósito la evaluación clínica y tecnológica de este tipo de sistemas. Hay trabajos que se centran en evaluar un sistema o tecnología concreta^{17,18}, su posible aplicación en entornos sanitarios concretos¹⁹, y otros que pretenden fijar las pautas a seguir a la hora de evaluar sistemas de telemonitorización^{20,21}.

SISTEMAS DE AYUDA A LA DECISIÓN CLÍNICA

Analizando la práctica clínica, una gran cantidad de autores establecen que consiste en un proceso continuo de toma de decisiones: emisión de diagnósticos, elaborar pronósticos, establecer tratamientos, etc.^{22,23}. Por tanto, parece natural emplear en este contexto elementos o técnicas incluidos en el campo de los sistemas de ayuda a la toma de decisión, con fines diagnósticos. Para emitir un diagnóstico, puede ser de gran ayuda utilizar un sistema automático capaz de ayudar al experto a obtener una mejor decisión²⁴.

En el contexto de este proyecto, la ingente cantidad de información asociada al estado del paciente (valores fisiológicos, datos personales, antecedentes, factores de riesgo...) hace que para un experto humano sea costoso analizar de forma simultánea todos esos datos. Existen propuestas que incorporan sistemas expertos con el fin de ayudar a las tareas del personal sanitario. Los hay que se limitan a controlar los valores de ciertos parámetros, y en caso de que estos salgan de unos umbrales prefijados activan un sistema de alarma^{25,26}; en el mejor de los casos, poseen la capacidad comparar patrones, detectando anomalías en ciertas señales que generan la alarma²⁷. Por otra parte encontramos sistemas más ambiciosos¹³, que realizan operaciones de tratamiento de los datos clínicos utilizando técnicas estadísticas o de aprendizaje para detectar el deterioro del paciente^{28,29}; o prever necesidades del paciente¹⁵. Estos sistemas no suelen ser generalizables y una vez entrenados son difíciles de actualizar, ya que no se adaptan a las habilidades tecnológicas del personal sanitario. Al mismo tiempo, la inteligencia incluida tiene

como fin detectar situaciones anómalas, limitándose a una revisión de los valores de entrada al sistema, sin interrelacionarlos y sin extraer nuevo conocimiento a partir de dicha entrada, que pueda ser útil para el personal sanitario e incluso para el propio paciente, favoreciendo su autonomía.

MODELOS DE INTEGRACIÓN

El desarrollo de las tecnologías informáticas ha propiciado que, en muchos sectores, se hayan incorporado herramientas tecnológicas según iban apareciendo necesidades concretas, sin tener en cuenta las posibles interacciones entre las diferentes tecnologías que se incorporaban. El resultado de este comportamiento ha sido la aparición, en una misma organización, de islas tecnológicas rígidas que, en muchas ocasiones, constituyen un lastre para el correcto funcionamiento de la organización debido a problemas de comunicación entre ellas³⁰. Además, estos problemas de funcionamiento conllevan en la mayoría de las ocasiones elevados costes para establecer mecanismos ad-hoc que permitan que la información sea compartida entre las diferentes islas tecnológicas.

El sector empresarial fue uno de los primeros sectores que comprendió la necesidad de integrar de forma consistente los diferentes sistemas que podían concurrir en una empresa. Esta integración permite que la información fluya de forma natural entre las diferentes divisiones de la empresa (clientes, almacén, proveedores, etc.) y, por ende, una reducción de los costes en adaptación de la información para enviarla de una división a otra. Se han desarrollado multitud de estrategias asociadas a la integración como: Enterprise Application Integration, Business To Business,

Business Process Management, etc., así como métricas y modelos de integración³¹. Este último es el enfoque seguido a través de la estrategia de gestión BPM, centrado en la mejora continua de los procesos de negocio para mejorar la eficiencia de los mismos y alcanzar la satisfacción del cliente a través de las tecnologías de la información.

MÉTODO

Análisis de los procesos clínicos actuales relacionados con las patologías. Modelado y rediseño de los mismos siguiendo una metodología de gestión de procesos de negocio (BPM). Se empleará la Investigación Acción participativa (incluyendo profesionales y pacientes), la estrategia DAFO para identificar debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de los procesos clínicos. Se crearán los indicadores de control de los procesos para cada fase consensuada. Se han realizado revisiones bibliográficas de los procesos clínicos sobre las patologías seleccionadas y de las evidencias científicas de mayor peso en cuanto a tratamientos y cuidados de las mismas. Se ha tenido en cuenta la organización de sus procesos en distintos contextos nacionales e internacionales. Se ha utilizado el método Delphi de prospección para la inclusión de la percepción de los profesionales de la Salud considerados profesionales-expertos. Se llevarán a cabo grupos focales que incluyan a los pacientes-expertos.

RESULTADOS

Se presentan los resultados parciales para ambas patologías. En el caso de la EC una vez realizada la evaluación mediante la herramienta AGREE-II, han sido estudiadas 20 guías de práctica clínica Nacionales e internacionales y, tras

ser sometidas a las recomendaciones de la herramienta, 11 de ellas fueron evaluadas³²⁻⁴². Los mejores resultados metodológicos la obtiene la elaborada por la Nurses-European Crohn's & Colitis Organisation (N-ECCO). World Gastroenterology Organization obtiene baja puntuación en todos los dominios. Se aconseja, por su claridad para pacientes, la guía del Grupo enfermero de trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (GETEII). A continuación se elaboró un documento con las generalidades de las diferentes guías y se envió a diferentes profesionales para obtener su opinión y recomendaciones acerca del seguimiento de los afectados por la EC. El formulario consistía en 6 preguntas abiertas acerca del proceso de atención integral, dos preguntas específicas acerca del proceso atención integral que acompaña al seguimiento de la EC y seis preguntas específicas acerca de su experiencia profesional con personas afectadas por la EC (anexo mediante código QR). En este estudio se presentan los resultados de la primera vuelta.

AGREE-II	
Dominio 1 Alcance y Objetivo	Alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana.
Dominio 2 Participación de los implicados	Se refiere al grado en la que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.
Dominio 3 Rigor en la Elaboración	Hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, lo métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
Dominio 4 Claridad de la Presentación	Tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía.
Dominio 5 Aplicabilidad	Hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adaptación y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos.
Dominio 6 Independencia editorial	Tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses.

Tabla 1. Descripción de los dominios propuestos por AGREE-II

Título	País/Año	Dominios AGREE II	
Monitoring Disease Activity and Progression in Crohn's Disease. A Swiss Perspective on the IBD.	Suiza/2014	Fortalezas	1, 2, 4
		Debilidades	3, 5, 6
Defining quality indicators for best-practice management of inflammatory bowel disease in Canada.	Canadá/2014	Fortalezas	1, 3
		Debilidades	2, 4, 5, 6
Evidence-based clinical practice guidelines for Crohn's disease, integrated with formal consensus of experts in Japan.	Japón/2013	Fortalezas	1, 2, 3, 6
		Debilidades	4, 5
Guía práctica Venezolana sobre Enfermedad Inflamatoria Intestinal.	Venezuela/2013	Fortalezas	1, 4
		Debilidades	2, 3, 5, 6
N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis.	Londres/2013	Fortalezas	1, 2, 3, 4, 5
		Debilidades	6
NICE clinical guideline (CG152): the management of Crohn's disease in adults, children and young people.	UK/2013	Fortalezas	1, 2, 3, 6
		Debilidades	4, 5
Guidelines for the management of Crohn's disease.	Corea/2012	Fortalezas	4, 5
		Debilidades	1, 2, 3, 6
Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults.	USA/2011	Fortalezas	2, 4
		Debilidades	1, 3, 5, 6
World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD.	World Gastroenterology Organization/2010	Fortalezas	4
		Debilidades	1, 2, 3, 5, 6
The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease.	Organización Europea de Crohn and Colitis /2010	Fortalezas	1, 2, 4, 6
		Debilidades	3, 5
Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of crohn's disease.	Alemania/2008	Fortalezas	1, 3
		Debilidades	2, 4, 5, 6

Tabla 2. Resultados tras análisis AGREE-II

Pregunta (resumida)	Porcentaje	Análisis de los comentarios
Definición general del PAI a las personas afectadas con EC.	64.3% De acuerdo	
El PAI debe contener: etiología, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento y autocontrol.	56.3% De acuerdo	Añadir seguimiento psicológico y nutricional.
El PAI debe detallar las tareas que se realizan en un problema asistencial específica.	56.3% De acuerdo	Incluir criterios profesionales y de los pacientes.
Interrelacionar ámbitos asistenciales y expectativas del paciente, entorno y evidencia científica en el PAI	56.3% De acuerdo	Incluir aspectos de comunicación, tríptico informativo y educación individual y/o grupal.
El PAI se utilizan en situaciones clínicas de evolución predecible.	53.3% De acuerdo	Humanizar los procesos. Estamos ante una evolución impredecible
Un PAI adapta las guías o protocolos clínicos a la práctica y sirven para la gestión.	68.8% De acuerdo	Es un proceso dinámico, cambiante y sometido a evaluación constante
Áreas o aspectos a incluir en el PAI de la EC.		Psicología, dietética y reumatología. Incluir el entorno del afectado
Palabras que definen el PAI en EC		Variabilidad, multidisciplinaridad, personalización de cuidados.
Conocimiento de organismos específicos de EC	60% Sin información	GETECCU, aunque no incluyen procesos asistenciales integrados
Conocimiento de inclusión de PAI en EC en el sistema sanitario		No se conoce. Las enfermeras lideran el seguimiento de los afectados con EC
Trabajo con PAI en EC en los últimos 10 años		No se trabaja con este proceso
Conocimiento de investigación científica nacional entorno al PAI en EC	50% Sin información	Necesidad de formación específica a este respecto
Profesionales que están implicados en el PAI en su centro		En general los descritos en la definición general. Enfermera especialista
Fase más importante dentro del PAI a incluir en el PAI		Conocimiento individual del paciente en todas sus fases del PAI

Tabla 3. Resultados del análisis de contenido de los cuestionarios cumplimentados por los expertos

De la HTA han sido evaluadas 15 guías de práctica clínica⁴³⁻⁵⁷ publicadas entre 2005-2015 por distintos países y/o sociedades científicas. Del análisis se desprende que la mayoría de ellas (93,4%) no incluyen información sobre puntos de vista y preferencias de los pacientes. Sólo la guía elaborada por la NICE (UK) hace mención a la perspectiva del paciente, aunque no

incluye una descripción de cómo esta información fue usada durante el proceso de elaboración de la guía y/o en la formulación de sus recomendaciones. También nos parece relevante destacar que más del 50% de las guías no indican los grupos profesionales consultados para su elaboración.

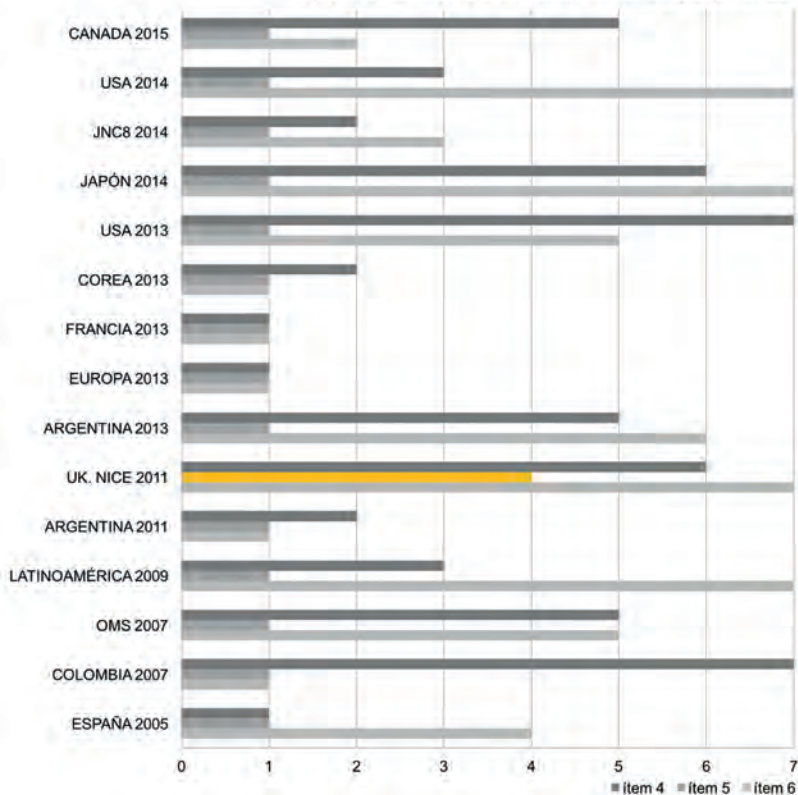
DOMINIO 2: PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	
ITEM 4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
ITEM 5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.
ITEM 6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

Tabla 4. Descripción de los ítems propuestos para el Dominio 2 de AGREE-II

AGREE-II	
Dominio 1 Alcance y Objetivo	Alude al propósito general de la guía, a los aspectos de salud específicos y a la población diana.
Dominio 2 Participación de los implicados	Se refiere al grado en la que la guía ha sido elaborada por los implicados o interesados y representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.
Dominio 3 Rigor en la Elaboración	Hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, lo métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
Dominio 4 Claridad de la Presentación	Tiene que ver con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía.
Dominio 5 Aplicabilidad	Hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adaptación y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos.
Dominio 6 Independencia editorial	Tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no esté sesgada por conflictos de intereses.

Tabla 1. Descripción de los dominios propuestos por AGREE-II

Figura 1. Puntuación de los diferentes ítems del Dominio 2 según AGREE-II



De los resultados finales de la primera ronda del estudio Delphi realizado con 14 expertos a nivel nacional se desprende que la mayoría de los participantes coinciden en que la experiencia de los pacientes en el proceso es importante. No obstante afirman que los profesionales no exploran las percepciones, emociones o sentimientos del paciente sobre su proceso, ni cómo este afecta a su vida diaria, entorno social, familiar o laboral, expresando “no se explora lo que se debería”. La entrevista es dirigida por los algoritmos de decisión, sin que pueda ser alterada por el discurso del paciente.

El profesional sanitario se considera empático, pero sin embargo no se siente capaz de reconocer las pistas/mensajes ofrecidas por el paciente, comentando “si realizamos escucha activa, se facilita este punto”. Se llega al consenso de que en la actualidad el modelo predominante es el técnico/paternalista “los profesionales no estamos acostumbrados a que nos contradigan y nos cuesta aceptar la opinión de un profano”, aunque se reconoce que la tendencia es el cambio al modelo centrado en el paciente. Existe, también, una incapacidad de conseguir compromisos explícitos por parte del paciente en el plan a seguir.

CONCLUSIONES

De la revisión de la literatura se obtienen las siguientes conclusiones: El Sistema Sanitario Público se encuentra en un momento decisivo. No solo tiene que resistir las acometidas de los mercados con las restricciones presupuestarias, sino que además tiene que afrontar las inevitables reformas. En el 2050 España será el segundo o tercer país más envejecido del mundo y pasaremos del 16 al 34% de la población con más de 65 años de edad. La relación de la edad con las enferme-

dades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente identificada. De acuerdo con la OMS las enfermedades crónicas fueron la causa del 63% de las muertes en el mundo durante 2008 y se espera que supongan el 75% en 2020. A pesar de su rápido crecimiento y distribución desigual, gran parte del impacto social y humano, creado cada año por las enfermedades crónicas, puede ser evitado mediante intervenciones bien estudiadas, coste-efectivas y factibles.

Así mismo, de la evaluación de la guías de práctica clínica publicadas no se ha encontrado, una guía que destaque en todos los dominios y, por tanto, que permita su aplicación en el contexto asistencial. El hallazgo de guías en diferentes países muestra la preocupación creciente al respecto del seguimiento de personas afectadas por EC. La multiculturalidad no presenta dificultad a la hora del análisis de las diferentes guías, por el contrario, el conocimiento de este proceso en diferentes países muestra procesos comunes a tener en cuenta a la hora de la creación de un proceso de atención integrado (PAI) específico. Si atendemos a las respuestas de los expertos, nos muestran posibles carencias en el PAI de los afectados por EC y una preocupación por disponer de esta herramienta para el trabajo diario en los diferentes centros. En el desarrollo futuro de este proyecto se finalizará el método Delphi para conocer específicamente las partes más importantes que debe contener el PAI y una vez consensuado se realizarán grupos focales con los afectados para completar nuestra propuesta de PAI. Por otra parte las guías clínicas sientan las recomendaciones sobre las que se construyen los procesos asistenciales integrados. Como se muestra en los resultados, rara vez se incluye al paciente en su elaboración, por

lo que de base se falta a los principios del “patient-centredness”, originando debilidades en el proceso y provocando una falta de integración entre los profesionales y el paciente/familia.

A raíz de este hallazgo, entendimos relevante indagar acerca de cuáles son las estrategias que utilizan los profesionales para incentivar la participación del paciente con el objetivo de incorporar estos descubrimientos al análisis del proceso asistencial actual. A partir de este análisis, el proyecto coordinador pretende realizar un rediseño del proceso siguiendo una metodología de gestión de procesos de negocio (BPM) para detectar debilidades y proponer mejoras encaminadas al ahorro de costes y al empoderamiento y mejora de la calidad de vida del paciente.

Impacto científico técnico o internacional esperable

Aunque la orientación del proyecto es generalista somos conscientes de la dificultad en el ámbito clínico de esta generalización. Por este motivo nos hemos centrado en 2 enfermedades crónicas que reflejan los dos espectros reales de la cronicidad en el mundo: alta prevalencia en la población: hipertensión arterial; carencia de un único tratamiento efectivo y además caracterizada por la invisibilidad de sus pacientes, por razones obvias relacionadas con los signos y síntomas, como es la Enfermedad de Crohn.

La alta prevalencia de la Hipertensión Arterial hace que el impacto social de los resultados obtenidos en el proyecto tanto a nivel nacional como a nivel internacional sea muy elevado. Mientras que el gran desconocimiento de la EC, especialmente en cuanto a las experiencias vividas por sus afectados desde la privacidad también hacen interesante su

inclusión. A esto hay que añadir uno de los objetivos principales a largo plazo del proyecto que es la reducción de costes, directamente relacionado con la sostenibilidad del sistema sanitario.

EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA GESTIÓN ENFERMERA: CONEXIÓN ENTRE ENFERMERAS ASISTENCIALES, MANDOS INTERMEDIOS Y DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LA TECNOLOGÍA 2.0

RESUMEN

Las transformaciones socioeconómicas que caracterizan nuestros tiempos están planteando importantes retos a los sistemas de salud derivados de la necesidad creciente de la contención del gasto y de una elevada demanda de la calidad asistencial. Nos encontramos ante una sociedad más implicada con su salud y por lo tanto más informada (Krüger, 2006). Esto ha generado que los ciudadanos exijan una mayor comunicación e implicación por parte de las instituciones sanitarias y de los propios profesionales de la salud. Ante estos retos, los sistemas de salud han reaccionado en busca de nuevas estrategias de organización y gestión en la forma en la que se proporcionan los servicios de salud, encontrando a través de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) diferentes fórmulas capaces de optimizar los recursos existentes sin dejar de proporcionar una adecuada calidad asistencial, consiguiendo así que nuestro sistema sanitario sea más sostenible.

Existen diferentes organismos Internacionales como la OMS o la UE que están trabajando en diferentes líneas de acción con el fin de desarrollar estrategias sanitarias basadas en el uso de las TICs, con objetivos muy claros que mejoren la investigación, el intercambio de información entre los diferentes sistemas y organizaciones de salud, y sobre todo, desarrollar programas de innovación en la eSalud. (Commission., 2012):

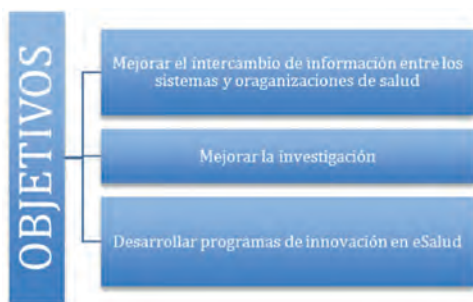


Figura 1. Objetivos internacionales en eSalud

La Comisión Europea realizó un informe basado en una Comunicación al Parlamento Europeo, incluyendo al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones con un plan de acción sobre la salud electrónica en 2012 bajo el lema "ATENCIÓN SANITARIA INNOVADORA PARA EL SIGLO XXI".

Según el informe el gasto en sanidad pública dentro de la Unión Europea ascendía al 5,9% del PIB en 1990, produciéndose una subida hasta el 7,2% en 2010 y teniendo una previsión del 8,5% del PIB en 2060.



Figura 2. Gasto Sanitario Público en la Unión Europea (1990-2060)

Según la Comisión Europea, encontraba como causa de este aumento de gasto sanitario, cambios socioeconómicos y culturales, pero sobre todo en el envejecimiento de la población, pronosticando que si en 2010 el porcentaje de personas mayores de 65 años era del 17,4% y el de personas de más de 80 años era de 4,7%, para el 2016 ese porcentaje de personas mayores de 65 años habría alcanzado el 30%, mientras que los mayores de 80 años alcanzarían el 12,1%. Estos datos arrojan la necesidad de producir reformas profundas que, garanti-

zando el acceso a los servicios sanitarios por parte de los ciudadanos, garanticen también la sostenibilidad del propio sistema sanitario.

Según el informe de la Comisión Europea, el mercado de la salud digital es fuerte y seguro, prueba de ello es un aumento de la tasa de crecimiento anual del 18,6% que revela que el mercado mundial de la telemedicina en 2010 contaba con 9.800 millones de dólares y en tan solo un año alcanzó los 11.600 millones de dólares, hasta los 27.300 millones de dólares que se preveía para el 2016. Los datos presentados en él, avalan que la telemedicina o salud digital ha pasado de ser una opción en su uso al servicio de los diferentes actores que representan la salud a ser una estrategia impuesta y necesaria de optimización de recursos y contención del gasto por parte de los poderes públicos.



Figura 3. Crecimiento del mercado mundial de la salud digital (2010-2016)

A nivel Nacional, el sector sanitario ocupa una posición relevante dentro de la economía Española, representando el 8,7% del PIB, teniendo proyecciones futuras que indican que estas cifras seguirán aumentando por las mismas causas comentadas anteriormente (cambios socioeconómicos, culturales y envejecimiento de la población). Es por ello que muchos de los estudios que investigan sobre la salud digital, abalen que el uso de estas tecnologías y gracias a los diferentes formatos o herramientas que ejecutan, como pueden ser la telesalud, teleenfermería o la teleasistencia (Vialart, 2013), (Girbau, 2010), se está reduciendo la posibilidad de reingresos, ya que estas tecnologías están permitiendo un mayor seguimiento de los pacientes, y por lo tanto proporcionando unos cuidados más personalizados y más acertados en su forma y en su fin, y aunque estos cuidados digitalizados no pretenden sustituir a los dispensados en los centros sanitarios, si demuestran que con una correcta combinación entre ambos, se puede convertir en una estrategia excelente capaz de rentabilizar los recursos de los que disponemos (Lindber, 2013).

Pero a pesar de la voluntad política en desarrollar planes estratégicos para conseguir implementar el uso de las TICs dentro de las organizaciones sanitarias, la realidad es que su repercusión en la práctica real de las enfermeras es muy limitada (Tejada, 2010). Por lo tanto y ante esta falta de estrategias globales, están surgiendo numerosas iniciativas de forma particular dentro de las diferentes organizaciones mediante la incorporación de proyectos relacionados con el uso de las TICs, en formato de páginas Webs, blogs, portales de salud, redes sociales, etc (TicBiomed, 2013), mediante las cuales el profesional y el paciente encuentran un espacio abierto donde poder

compartir, formarse, investigar, informarse, comunicar, crear y un sin fin más de posibilidades que estas nuevas tecnologías ofrecen en un tiempo reducido, de forma sincrónica y a bajo coste.

Sabemos que el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han supuesto un cambio en la forma de relación y comunicación entre profesionales, pacientes e instituciones, permitiendo que esta comunicación sea más ágil, sencilla y horizontal (Azevedo, 2010). Este nuevo paradigma que contempla una nueva forma de conexión podrá permitir a los gestores de enfermería estar en el mismo escenario que los profesionales asistenciales y los ciudadanos, con un objetivo común, el de promover la práctica enfermera, contribuyendo a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la finalidad de dispensar unos cuidados de calidad que incrementarán el valor de la organización como referente de buena praxis entre la sociedad (Román, 2010).

Todas estas tecnologías están impulsando un cambio importante en el paradigma de la salud, tanto para paciente como para profesionales y ante estos hechos los gestores de enfermería y mandos intermedios deben reaccionar comprendiendo la introducción de las TICs al mundo sanitario como una oportunidad que las nuevas tecnologías 2.0 nos brindan como vehículo potente y seguro de comunicación y cooperación (Dircom, 2010). Por lo que es importante que los gestores desarrollen ciertas estrategias, con objetivos claros que faciliten la gestión del cambio en la implementación de las TICs dentro de las organizaciones (Murray et al, 2011).

LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS TICs

Realización de encuestas: donde se recojan las inquietudes, dudas o intereses de las enfermeras.

Consideración de la edad y nivel de conocimiento sobre las TICs para adaptar una formación adecuada a cada profesional (evitar la brecha digital).

Diseño de herramientas de uso fácil que faciliten el aprendizaje mediante arquitecturas más amigables e intuitivas.

Incidir en temas relevantes para la enfermería y que sean referentes a la labor de cada profesional.

Involucrar a los receptores del cambio, difundiendo los motivos y los objetivos a seguir para que estos se sientan partícipes.

Liderazgo: (clave para generar el cambio), apoyo por parte de las enfermeras que lideran y gestionan los equipos asistenciales, siendo esta una figura experta y cercana que actuará de guía y apoyo durante todo el proceso de adquisición de competencias (Román, 2010).

Monitorización: realizar un correcto seguimiento del proceso de implementación de las TICs, con el fin de garantizar la calidad de los resultados.

Por lo tanto, tanto la enfermería asistencial como la gestora, puede beneficiarse en gran medida de las herramientas y nuevas formas de comunicación que nos proporciona internet y las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar nuestra formación enfermera, avanzar en la investigación en salud y sobre todo para mejorar la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes, rentabilizando y optimizando tanto los recursos humanos como los materiales, ayudando así a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario (Parra, 2013).

Por estas razones, el profesional que no entienda hasta que punto pueden cambiar

las TICs la forma de relacionarse entre ellos sufrirá el riesgo de quedar obsoleto no solo en su forma de comunicación, sino en la forma en la que puede mejorar su carrera profesional, y en definitiva, en la forma que puede aplicar unos cuidados de calidad (Marcia, 2010).

METODOLOGÍA

Tipo de investigación:

Cualitativa fenomenológica (para explicar la esencia de la experiencia de los sujetos, es decir, su experiencia individual desde su punto de vista), ya que lo que se pretende no es cuantificar el uso de las TIC como herramienta de trabajo entre los profesionales, es decir saber el número de veces que hacen uso de esta tecnología, si no comprender si el fenómeno de las TIC es de uso habitual entre los sanitarios, si realmente facilita la comunicación entre gestión y enfermería asistencial y si los gestores y profesionales lo perciben como una herramienta útil o por el contrario es percibido como una carga añadida al trabajo diario.

Población diana: personal de enfermería (clínicos, supervisores y gestores).

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería que trabaje en ese momento en el hospital General Universitario de Elche y tenga al menos un año de antigüedad en la organización.

Criterios de exclusión:

- Todo aquel profesional que de forma voluntaria no quiera participar en el estudio.
- Enfermeras graduadas durante el año del estudio (2014).

Muestra: Muestreo no probabilístico por cuotas y a criterio o intencional.

La muestra se dividirá entre los diferentes estamentos de enfermería a estudio, está se organizará en cuotas o subconjuntos formados por características homogéneas, seleccionadas de forma intencionada y agrupándolas por grupos de edad (de 25-35 años), (de 35-45 años) y (de más de 45 años).

Cuota 1: enfermeras/os asistenciales (8 profesionales).

Cuota 2: supervisores (4 profesionales).

Cuota 3: gestores (2 profesionales).

Tamaño de la muestra: el tamaño de una muestra en un estudio cualitativo no tiene que comprender un gran número de participantes, puesto que lo que se busca es que la muestra sea representativa dentro del contexto que queremos estudiar.

RESULTADOS

De las entrevistas realizadas, podemos extraer la idea de que las tecnologías son bien recibidas por los profesionales sanitarios. Dentro del grupo de las enfermeras asistenciales, las comprendida entre los 25-35 años reconocían el uso de internet y de las TIC tanto a nivel personal como a nivel profesional, además afirmaban no tener ningún problema en cuanto a las habilidades necesarias para utilizar las herramientas más comunes que según ellas eran la navegación a través de páginas web y el uso de diferentes redes sociales. Estas enfermeras habían recibido en algún momento formación a través de internet con la finalidad de mejorar sus conocimientos dentro de su interés, especificando dos de ellas que esta formación fue de forma independiente de la empresa, utilizando por lo tanto su tiempo y dinero. Por el contrario, las enfermeras asisten-

ciales con más de 45 años reconocían no hacer uso de las TIC con fines profesionales, aunque si comentaban, “sí he buscado información sobre una patología en internet”, por lo tanto esta enfermera sí hace uso de las TIC, pero al no comprender su desempeño y potencial, duda sobre si esa acción es realmente considerada como uso de las tecnologías. En esta situación se puede discernir la importancia de la existencia de una persona que sirva de guía en la implementación de las TIC. En este caso la enfermera presenta desconocimiento sobre las habilidades que posee o debe poseer para manejar estas herramientas, pero de manera simultánea la enfermera denota curiosidad y mucha predisposición a usarlas, porque sí reconoce los beneficios que el uso de las TIC le puede reportar para su profesión. En general estas enfermeras coinciden en que su centro no despliega los suficientes medios digitalizados para que la implementación de las TIC sea efectiva. Las enfermeras de 25-35 años reconocen que a pesar de tener una carga excesiva en las tareas asistenciales, la implementación de las TIC en su rutina diaria no supondría una carga más añadida, puesto que la digitalización de muchos procesos de enfermería supondría una reducción del tiempo que hoy utilizan por ejemplo en el registro manual de todos los procedimientos y cuidados que aplican a los pacientes. En cuanto a la comunicación horizontal del uso de las TIC, ninguna de las entrevistadas hace referencia a ello, puesto que es un canal que no se da dentro de su organización (afirman). La única enfermeras que ha hecho mención a una herramienta de comunicación dentro de la organización ha sido una supervisora que decía haber introducido algunos protocolos y guías dentro de la intranet pero que sabía que el personal a su cargo no lo consultaba porque les resultaba dificultoso su acceso. Otra cuestión que señalaban la mayoría

de las enfermeras era la limitación de acceso que presentaban los equipos que se encontraban dentro de sus unidades, alegando que sólo tenían acceso a la intranet sin poder consultar páginas de internet, y que por esta situación, muchas veces cuando tenían que consultar alguna cuestión referente a la resolución de dudas in situ, tenían que hacerlo mediante sus terminales móviles, teniendo esta consulta, la finalidad de aplicar unos cuidados más seguros y eficaces. En definitiva y con las entrevistas realizadas hasta el momento, se podría avanzar que las enfermeras reconocen el uso de TIC como un potencial en la forma de desarrollar su labor asistencial y gestora (supervisoras), presentando una actitud positiva ante la posibilidad de introducción de éstas. También surgen ciertos sentimientos de incertidumbre por las habilidades que deben poseer y coinciden en que una persona de referencia sería una tranquilidad para ellas.

EMPODERAMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CUIDADORES

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, se ha producido un aumento de la esperanza de vida con el consiguiente incremento del número de personas dependientes. Esta población se caracteriza por sufrir patologías de carácter crónico que conllevan a un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, necesitando una serie de cuidados específicos.

Para proporcionar a estas personas una atención óptima, es necesario que el cuidador familiar mantenga su equilibrio personal y reciba herramientas que le permitan desarrollar esta labor en las mejores condiciones posibles.

Los cuidados, deben estar orientados a identificar las necesidades tanto de ayuda como de acompañamiento.

Mediante el programa de formación a los cuidadores se promueven diversas actuaciones dirigidas a dar apoyo físico y/o emocional, y, de carácter formativo con el fin de atender las necesidades de las personas cuidadoras no profesionales.

El programa de formación consta de 5 sesiones teórico- prácticas:

- Prevención de UPP.
- Taller de higiene corporal.
- Taller nutrición en el anciano.
- Taller de primeros auxilios.
- Taller prevención caídas en el domicilio.

La formación va dirigida a cuidadores de personas inmovilizadas pertenecientes al Centro de Salud El Acequión, y es impartido por la trabajadora social del centro y la enfermera educadora.

PROGRAMA DE FORMACION Y APOYO A LOS CUIDADORES

Objetivo:

- Facilitar los conocimientos y herramientas necesarias a los cuidadores, para que las personas a las que atienden reciban la mejor calidad en sus cuidados.
- Valorar el impacto que está teniendo el programa dentro de la población diana durante el periodo de su implementación, un año.

1. TALLER PREVENCIÓN UPP

Objetivo general:

- Conocer el por qué de la importancia en la prevención de las UPP.

Objetivos específicos:

- Ser capaces de conocer y detectar los factores de riesgo para la aparición de las UPP.
- Conocer y ser capaces de aplicar las medidas preventivas que minimicen la aparición de las UPP.
- Ser capaces de identificar, en el primer estadio, la aparición de una UPP y la importancia de comunicarlo a la enfermera de A. Primaria.

2. TALLER DE HIGIENE CORPORAL

Objetivo general:

- Conocer la importancia de una adecuada higiene corporal para el bienestar de los pacientes.

Objetivos específicos:

- Conocer y ser capaces de aplicar las medidas correctas para una correcta higiene.
- Capacitar en la manipulación correcta, para una higiene adecuada, aquellos accesorios de eliminación, alimentación, etc que acompañan al paciente.
- Movilizar correctamente al paciente.

3. TALLER NUTRICIÓN EN EL ANCIANO

Objetivo general:

- Conocer la importancia de una adecuada alimentación y del riesgo que conlleva la malnutrición en el anciano.

Objetivos específicos:

- Han de conocer los distintos grupos de alimentos, su proporción en una dieta equilibrada, y los principios inmediatos de los nutrientes.
- Han de conocer las posibles causas que pueden influir en deteriorar el estado de nutrición de los pacientes e identificarlas para minimizarlas.

4. TALLER PREVENCIÓN CAÍDAS EN EL DOMICILIO

Objetivo general:

- Conocer la importancia de adoptar las medidas necesarias para evitar caídas, fundamentalmente en el ámbito domiciliario.

Objetivos específicos:

- Conocer las medidas adecuadas para evitar caídas.
- Conocer técnicas de movilización de pacientes.

5. TALLER PRIMEROS AUXILIOS EN DOMICILIO

Objetivo general:

- Tener los conocimientos suficientes para saber responder y actuar ante una urgencia médica, fundamentalmente en el ámbito domiciliario.

Objetivos específicos:

- Técnicas básicas de primeros auxilios.
- Aprender el manejo de distintos instrumentos de medida (glucómetro, tensiómetro...) que ayudan a calibrar la gravedad de la situación.
- Conocimientos de RCP básica.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio retrospectivo de corte transversal, realizado sobre un total de 49 pacientes inmovilizados dependientes del CS Acequión, y sus cuidadores, revisando los contactos y valoraciones de enfermería y de la trabajadora social realizados a los mismos durante el periodo comprendido entre mayo del 2014 hasta mayo del 2015 en dos cortes: al principio y en mayo 2015.

Las escalas utilizadas fueron:

- Escala de Norton: Valora el riesgo de úlceras por decúbito.
- Barthel: Valora la discapacidad física.
- Zarit: Escala de sobrecarga del cuidador.
- Gijon: Valoración socio-familiar.

Además, se entregó un cuestionario de elaboración propia, autoadministrado, al final del programa formativo.

El programa informático para la gestión del cuidado del paciente inmovilizado es Florence Clínico.

Durante el periodo estudiado, del total de pacientes, 12 fueron exitus, 3 institucionalizados y 4 han cambiado de comunidad.

En la cohorte de mayo del 2014, el 80% son cuidadores, de los cuales, el 43% se ha formado acudiendo a las sesiones realizadas en el centro, en grupos de 7-9 personas por grupo.

Los cuidadores que no han acudido a la formación grupal se les ha formado individualmente en el domicilio.

RESULTADOS

En el año 2014, contábamos con 49 pacientes incluidos, de los cuales 39 tenían una valoración en la escala Norton por debajo de 14, 18 disponían de superficie especial para el manejo de la presión y 9 usuarios presentaban UPP. **(ver figura 1).**

Al año de la implantación del programa contamos con 49 pacientes, 44 con valoración Norton por debajo de 14, 24 disponen de superficie especial para el manejo de presión y 5 usuarios presentan UPP **(ver figura 2).**

Se observa una reducción de la prevalencia de upp originadas en domicilio. Actual 1,08 por 1000 habitantes mayores de 65 años. Año 2014 1,9 por 1000 habitantes mayores de 65 años, dato nacional 4,4.

Si tenemos en cuenta que el coste medio del tratamiento de una upp por paciente en APS es según el estadio de 108 euros para el estadio 1, 220 euros para el estadio 2, 655 euros para el estadio 3 y 2868 euros para el estadio 4 ; la reducción en números absolutos de 9 a 5 úlceras supone un ahorro importante.

Cesión de material ortoprotésico:

- Colchón antiescaras cedido a tres pacientes dentro de la muestra de estudio. Coste de un colchón 120 €.
- Sillas de ruedas cedidas a tres pacientes dentro del estudio. Coste de cada silla 125€.
- Andadores a cuatro pacientes dentro del estudio. 60 € cada uno.

CONCLUSIÓN

Después un año de implantación del programa, podemos concluir que ha sido altamente beneficioso para los cuidadores de nuestro entorno.

Tras la realización del mismo, en la totalidad de los casos han referido una mejora sustancial en su autoestima, así como en las habilidades necesarias en el desarrollo de rol de cuidadores. Además, ha permitido agilizar los trámites ante problemas sociales, facilitando la detección precoz de problemas potenciales y dar solución de los mismos en 30 de los casos estudiados.

Este tipo de programas especialmente enfocados a los cuidadores principales, reducen la claudicación familiar y la sensación de ansiedad, mejorando por tanto la calidad de vida de los pacientes y previniendo problemas futuros, con la reducción de costes sanitarios asociados.

CONCLUSIONES GENERALES



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACION

OBJETIVO DE LAS JORNADAS

Visibilizar la aportación enfermera a la sostenibilidad, eficiencia y calidad del sistema sanitario, dejando patente que son una fuerza para el cambio del modelo asistencial con gran influencia en la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Enfatizar la importancia de la profesión enfermera para fortalecer y mejorar el Sistema de Salud.
- ▶ Señalar la diferencia entre la eficiencia y la eficacia del Sistema Nacional de Salud, gracias a las contribuciones estratégicas y económicas de la profesión enfermera, destacando el valor económico de los cuidados.
- ▶ Poner en valor la participación de las enfermeras en la adopción de las decisiones y en la elaboración de políticas en los servicios de salud.

CONCLUSIONES GENERALES

Durante las Jornadas tituladas “La aportación Enfermera a la Sostenibilidad del Sistema Sanitario” se reunieron un total de 3 conferenciantes y 9 expertos, líderes en su campo, para aportar valor, en términos económicos, a la labor del colectivo profesional más numeroso del sistema sanitario nacional.

cológicos, la mejora la accesibilidad de los pacientes a la atención, el fomento del auto-cuidado a través de la intervención educativa y la continuidad asistencial como uno de los mejores ejemplos de eficacia y eficiencia, con importante repercusión en mejora de la calidad de vida de los pacientes.

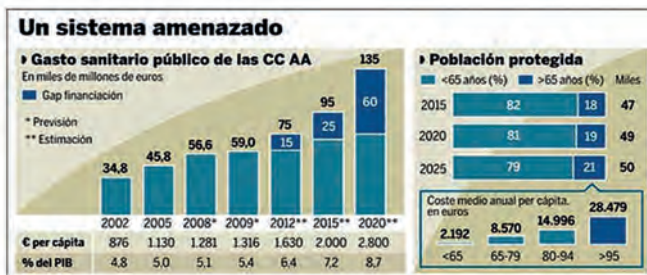


Figura: Incremento de la población en algunas regiones de España sin incremento de la financiación. En la siguiente figura se observa el envejecimiento poblacional en España y el incremento de la esperanza de vida junto con la inversión de la tendencia demográfica donde hay más mayores que jóvenes y la evolución del gasto en pensiones contributivas y recursos públicos destinados a los mayores. Fuente: Sedisa.net

En este sentido tanto los roles clásicos como los nuevos modelos competenciales y de gestión se posicionan como oportunidades para las enfermeras en las que podemos contribuir a la calidad y a la sostenibilidad del sistema sanitario.

El gasto en recurso sanitario se ha elevado considerablemente y el sistema se ve amenazado en cuanto a su financiación, por lo que es necesario encontrar fórmulas más costo-efectivas respecto al modelo vertical clásico y a la atención hospitalocentrista.

El sistema precisa avanzar en el tratamiento de crónicos desde un punto de vista integral e integrado. Es muy importante mejorar las limitaciones del tratamiento convencional, en cuanto a enfatizar en aspectos no farma-

En este contexto, es seguro que el desarrollo de los cuidados podrá aportar y contribuir al avance de un sistema sanitario público sostenible, siempre que se tenga en cuenta qué:

- 1) los procesos de atención han de ser procesos compartidos, centrados en la persona
- 2) deben tener la flexibilidad oportuna para ubicar las responsabilidades de la atención en el proveedor de salud que más eficientemente pueda responder de forma adecuada a cada necesidad específica.

En este sentido la oportunidad más clara consiste en reorientar los servicios hacia la promoción de la salud, lo cual significa centrarlos en las personas, y nos ofrece la oportunidad de impulsar un cambio dirigido

a mejorar la calidad de los servicios, impulsar un trabajo intersectorial en red, apostar por un liderazgo enfermero eficaz y abogar por incorporar la promoción de la salud en las agendas y programas políticos en favor de la sanidad. El perfil competencial de los profesionales de la enfermería recoge una alta capacidad de desarrollo en el campo de la promoción de hábitos saludables, donde radica el futuro y la sostenibilidad del sistema sanitario, por lo que fomentar y promocionar las estrategias propuestas y planificadas por las enfermeras puede resultar clave en un cercano escenario.

El conocimiento enfermero es una oportunidad para la sostenibilidad del sistema sanitario y social y, como profesionales, las enfermeras pueden ejercer el liderazgo en aquellos servicios relacionados con el cuidado y el autocuidado. Las enfermeras son los gestores de casos en la cronicidad avanzada y constituyen el enlace entre los diferentes dispositivos sanitarios y sociales, siempre y cuando exista dependencia de cuidado dado que esta es su área competencial y existe evidencia científica que lo avala.

Existe una oportunidad muy importante, en el sistema sanitario, de clara a la implantación de roles avanzados de enfermería, los cuales requieren de una planificación exhaustiva por parte de todos los agentes implicados. Esta planificación debe centrarse en los indicadores, procesos de evaluación y calidad que se pretenden aplicar a tales figuras, sin olvidar su faceta docente, gestora, investigadora, consultora y de abogacía del paciente. Por ejemplo, existen esferas de cuidados en las que la Enfermera de Práctica Avanzada se convierte en un elemento clave en la coordinación de los pacientes con heridas crónicas complejas y sus familias en cualquier ámbito asistencial, ejerciendo una función de consultora en la atención a los mismos.

El profesional mejor formado para potenciar los autocuidados, la promoción de la salud o contribuir a dar respuesta a la cronicidad, debe situarse en planos preferentes de toma de decisiones para aportar valor a las estrategias que se están implantando en el Sistema Nacional de Salud, de cara a mejorar no solo la eficacia del mismo, sino la eficiencia general respecto a los recursos que destina el erario público a sostener la Sanidad Española.

Conseguir trasladar una visión integral e integrada del paciente, como centro del sistema, es absolutamente prioritaria para conseguir dar el giro que el sistema sanitario necesita para garantizar su futuro.

Un paciente emergente y activo demanda nuevos escenarios de comunicación. Es importante romper las barreras y avanzar hacia la consecución de Sistemas de Salud líquidos donde los profesionales y pacientes se mantengan en permanente contacto, más allá de los espacios físicos asistenciales. Las enfermeras cuentan con un alto nivel competencial que ya les permite desarrollar estrategias basadas en potenciar el uso de las TICs en cronicidad.

Las claves para asegurar la sostenibilidad es responsabilidad compartida entre pacientes, profesionales y gestores.

Los actuales roles y los nuevos modelos permiten a las enfermeras generar ahorros clave para el sistema sanitario y contribuir a la sostenibilidad del mismo:

- Disminución de costes a través de Enfermeras de práctica avanzada:
- Menor uso de recursos, disminución de complicaciones y efectos adversos. Desempeño en patología frecuente de A. Primaria incurriendo en menor coste que los médicos de A.P. a igual intervención

- (diferencia media -6€; IC:95% p <0.0001).
- Consulta de enfermería especialista en ostomías: ahorro del 68%. Por cada año de vida ajustado por calidad supone un ahorro de 138.585 €.
- Heridas:*
- cuidados enfermería orientados a prevención supondrían ahorro de 570.000.000 € por año al sistema.
 - Disminución de costes siguiendo guías BSPO de PBE: en UPP ya establecidas supone un ahorro del 20%.
- Disminución de gasto mediante el perfil de enfermera RR.MM.: gestionando calidad para evitar aumento de consumo por productos no adecuados. Asturias concurso de coberturas quirúrgicas definido y valorado por enfermeras supuso ahorro de más de 2 millones de euros.
 - Reducción de visitas a urgencias, ingresos y estancias mediante la Enfermera Gestora de Casos. En C. Valenciana (2007-2010) reducción 77% visitas a urgencias y un 70% de los ingresos.
 - Reducción de costes aplicando un modelo de *Enfermería comunitario*:
 - Con atención domiciliaria: un 25% de costes de atención mediante enfermera atención a domicilio en Buurtzorg de los Países Bajos.
 - Enfermeras promotores de Salud en EE.UU disminución de gastos entre 50.000-60.000 euros anuales por cada 30 pacientes.
 - Modelo HBPC en EE.UU. que lleva los servicios de A.P. al hogar ahorros en el cuidado integral del 24%.
 - Enfermeras líderes en U.G.C.: Unidad de I. Cardíaca basada en intervención enfer-
- mera supone un ahorro medio de 678.12 euros por Alta de paciente ingresado.
- La enfermera escolar en el ámbito educativo ha supuesto en Massachusetts de 59 millones de dólares en 477.000 alumnos. Además a tener en cuenta los 28.1 millones por absentismo paterno y los 129,1 millones de dólares por pérdida de productividad docente.
 - Prescripción enfermera en Andalucía. El modelo de desarrollo de la practica avanzada en enfermería y las competencias avanzadas a través de las cuales se ha puesto en marcha la prescripción enfermera han permitido ahorrar 1,5 millones de euros en apósitos, 2,5 millones en tiras reactivas y 3 millones en absorbentes durante 2015 en Andalucía.
- Como nota final es importante indicar que el principal hándicap, al que se enfrentan las enfermeras, a la hora de desarrollar sus estrategias y sus procesos enfermeros, consiste en una falta de cultura en la medición y puesta en valor del impacto económico que tienen las intervenciones de estos profesionales así como la medición del coste-beneficio en términos de ganancia en salud costo-eficiente.

RELACIÓN DE COLABORADORES POR ÁREAS



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

ÁREA 1. MODELOS ACTUALES EN CUIDADOS. SU CONTRIBUCIÓN A LA EFICIENCIA Y A LA SOSTENIBILIDAD.

Maribel Esparza Bohorquez.

Enf. Mg. en ENF. Directora de Enfermería, FOSCAL - Bucaramanga, Colombia.

Doris Grinspun

RN, MSN, PhD, LLD (Hon), O.ONT. Gerente General, RNAO – Ontario, Canada.

Sara Maroto Cueto

Enfermera. Supervisora de Recursos Materiales del Hospital Universitario Central de Asturias. Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermería Coordinadora de Recursos Materiales (ANECORM).

Pepa Soler Leyva

Enfermera. Servicio de Integración Asistencial. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana.

Dr. Juan Gallud Romero

Jefe de Servicio de Integración Asistencial. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana.

Francisco P. García Fernández

Enfermero. Doctor por la Universidad de Jaén. Coordinador de la Unidad de Estrategia de Cuidados. Complejo Hospitalario de Jaén. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

Nieves Lafuente-Robles

Enfermera. Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía.

Maria Isabel Casado Mora

Enfermera. Estrategia de Cuidados de Andalucía.

Susana Rodríguez Gómez

Enfermera técnica asesora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud de Andalucía.

ÁREA 2. ANÁLISIS DE LOS NUEVOS MODELOS. SU IMPACTO EN LA GESTIÓN Y EN LOS PRESUPUESTOS.

Dra. Olga Jarrín

Escuela de Enfermería en la Universidad de Pennsylvania. EE.UU.

María del Mar Martínez Ballesté

Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Escolar (SCE3).

María Teresa Jarreño Roglán

Enfermera Supervisora Cardiología en el Complejo Hospitalario General Universitario de Valencia.

Susana Rodríguez Gómez

Plan Integral de Cuidados de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Nieves Lafuente-Robles

Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería Salud de la Junta de Andalucía.

María Isabel Casado Mora

Enfermera técnica asesora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Francisco P. García-Fernández

Comité Director del GNEAUPP. Profesor de la Universidad de Jaen.

Serafín Fernández Salazar.

Coordinador de la Red de Cuidados de la Junta de Andalucía. Co-Fundador del Blog “La Factoría Cuidando”.

Carlos Alberto Arenas Díaz

Director Gerente Área IX del Servicio Murciano de Salud. Vocal de la junta directiva de SEDISA. Vicepresidente de la Fundación Economía y Salud.

ÁREA 3. LA GESTIÓN DEL CAMBIO. HERRAMIENTAS Y LIDERAZGO. OPORTUNIDADES Y AMENAZAS.

Carmen Ferrer Arnedo

Directora Gerente del Hospital Guadarrama. Enfermera, Licenciada en Antropología y Titulada Superior en Ciencias de la Salud: Enfermería, Bachelor and Nursing por Hogeschool - Zeeland.

Enrique Castro Sánchez

Enfermera de práctica avanzada en VIH e infecciones de transmisión sexual. Centro Nacional de Investigación en Infecciones Nosocomiales y Uso Prudente de Antibióticos, Imperial College London, Londres, Reino Unido.

Dolors Juvinya Canal

Doctora en Pedagogía por la Universidad de Girona. Directora de Cátedra de Promoción de la Salud Universitat de Girona.

Zulema Gancedo González

Enfermera, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

ÁREA 4. LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA SALUD. INNOVACIÓN, EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD.

Comunicaciones y Premios

Se presentaron un total de 45 comunicaciones libres.

Las comunicaciones premiadas fueron:

- ▶ **Premio a la comunicación:** «Aportación de las enfermeras de una Unidad de Rehabilitación Cardíaca, a la adherencia dietética del paciente crónico». Autores: Rabadán Anta, M.T., Hernández Castelló, M.C., Martínez Hernández, M.M., Ramón Carbonell, M., Torres Martínez, I., Sánchez Sánchez, R.A.
- ▶ **Premio a la comunicación:** «Deporte y Embarazo: preparación física acuática en dos departamentos». Autores: Rodríguez, N.R., Jiménez, J., Amores, S.J., Camacho M., Viesca, V., Campos P.
- ▶ **Premio al Poster:** «Formación e informatización en los cuidados. Eficiencia en la gestión de heridas crónicas». Autores: Moreno, F.J., Manzanaro, J., Rodríguez, E., Tomás, J.J., Almarcha, I., Losa, M.A.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

La bibliografía se podrá encontrar en la página web **www.jnealicante.com**





















ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

LA APORTACIÓN ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE LOS CUIDADOS

Jornadas Nacionales
Enfermería 

www.jnealicante.com

ANDE Asociación Nacional
de Directivos de Enfermería


CECOVA
Colegio de Enfermería de Alicante

GNEATUPP


ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

Con la colaboración especial de:



ribera salud grupo