
Una visión enfermera

José Ángel Rodríguez Gómez

Vicepresidente del Consejo General de Enfermería.

Agradecemos la invitación que nos han hecho para participar en estas Jornadas sobre “Los profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud”, y más específicamente tratando el tema de la organización del trabajo y las competencias profesionales.

Quisiera comenzar planteando nuestra posición en relación con la contribución que hacen todos los profesionales y trabajadores del Sistema Nacional de Salud, que permite ofrecer la importante cartera de servicios de la que disponemos con el actual nivel de calidad; ello no es óbice para que podamos comentar algunos aspectos sobre el crecimiento de los recursos humanos, su distribución y ratios y discutir algunos otros que pueden y deben cambiar para mejorar la atención que se ofrece al ciudadano. Nosotros pensamos que existe margen para mejorar la efectividad de la atención sanitaria, dando más autonomía y ca-

pacidad resolutoria, con el adecuado respaldo legal, a los profesionales de Enfermería.

La legislación plantea que debe trabajarse en sanidad siguiendo guías clínicas basadas en evidencia científica¹. Diferentes autores defienden la necesidad de llevar a la clínica la evidencia científica contrastada, pues en muchos casos se trabaja sin seguir criterios de mejor evidencia. Entendemos, además, que es necesario estudiar los circuitos de trabajo y “dinámicas de tránsito” del paciente por el sistema de salud, que no son eficientes o no están debidamente basadas en evidencia; nos referimos a los procesos por los cuales un paciente es atendido por varios profesionales de distintas especialidades y en distintos niveles, por problemas más burocráticos que por la necesidad de salud real del ciudadano.

En muchos casos se pueden resolver problemas de salud, consultados por un solo profesional, siempre que

tenga la autonomía, el conocimiento y el respaldo legal para ello; sin embargo, en un elevado número de casos leves se obliga al ciudadano a realizar un itinerario por diferentes niveles del sistema y por distintos profesionales. En concreto, nos referimos, permítanme apoyarme en un ejemplo, al caso de un paciente con un cuadro agudo y transitorio de vértigo, que puede ser visto —que no atendido— por: un médico de familia y un enfermero en el centro de salud, que por la situación del cuadro lo remiten al especialista en el centro de especialidades, donde le ve la administrativa que le indica que vuelva en 4 días. Ante la exigencia de que le vea el médico, le ve un especialista en Otorrinolaringología (el primero sin verle ni tratarle), le remite a urgencias donde al estar el especialista con guardia a distancia no acude a valorarle, pero indica por teléfono la pauta a seguir, por lo que le ven dos médicos de familia, un médico residente en Urgencias más un adjunto en Urgencias. A continuación un enfermero en Urgencias le administra un inyectable y le remite al Servicio de Radiología para que el médico radiólogo y una enfermera de Radiología le estudien las cer-

vicales y posteriormente, de vuelta a su médico de cabecera para el trámite burocrático de la baja.

Deberá desplazarse de un centro de salud a un centro de atención especializada y a un Servicio de Urgencias hospitalario en el mismo día, lo que al final le provoca una solución a su vértigo o el ingreso hospitalario por agravamiento.

El primer profesional que vio al paciente podría haber indicado reposo con un tratamiento estándar, e indicarle que a los dos días acudiese a su centro de salud. Sin duda, no hace falta ser un estudioso de los procesos de trabajo para entender que en esta organización falla algo o los profesionales no tienen suficiente capacidad resolutoria. El paciente parece una pelota de ping-pong. Un primer objetivo de trabajo organizativo debiera tener como meta evitar el efecto ping-pong, mejorando la capacidad resolutoria de los profesionales y evitando las interconsultas que no demuestren eficacia y capacidad resolutoria.

Los políticos, gestores, organizaciones profesionales, sindicatos y ciudadanos han de producir cambios sustanciales en la organización y definición del trabajo y en el rol de los

distintos profesionales, asumir la necesidad del diálogo y negociación con las profesiones sanitarias y los ciudadanos, con el objetivo de estudiar y mejorar los circuitos de atención al paciente, en definitiva mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud. Todo ello, desde la perspectiva de “desarrollar el trabajo en equipo”, en el proceso de atención integral de salud, pero permitiendo que cada profesional, de forma autónoma, pueda solucionar aquello para lo que está capacitado, de manera que los distintos profesionales se pongan al servicio de los ciudadanos con eficiencia, aportando aquello que mejor saben hacer y para lo que se les capacita.

En definitiva, estos esfuerzos organizativos y de competencias profesionales deben implementarse para mejorar el acceso del ciudadano a los servicios de salud, mejorando la calidad de la atención basándose en la evidencia científica. Pero para que ello se produzca de forma armónica y eficiente deben, además, organizarse los sistemas para que el ciudadano sepa dónde y a quién acudir; debe haber información fiable de quién puede darle el servicio de salud con eficacia, qué centro, qué nivel asistencial y qué profesional. Por ello deben exis-

tir sistemas de registro de buenas prácticas, de errores y de profesionales, que generen información pública. De esta manera el ciudadano podrá participar en la toma de decisiones que afectan a su salud, al saber qué resultados obtienen en la práctica clínica los profesionales que le atienden y qué resultados mantiene su centro en la resolución de su problema. Estos instrumentos le darán la capacidad de libre elección.

En los servicios de salud de las Comunidades y en todo el sistema de salud deben establecerse estándares basados en la evidencia y orientándose en el modelo del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), por ejemplo establecer guías, determinar los modos en que debe desarrollarse la gestión clínica de determinadas enfermedades y generar los estándares de uso adecuado de ciertas intervenciones y, mediante auditorías, medir las desviaciones en los resultados y corregirlos.

Para ello será necesario establecer una cultura organizacional centrada en el usuario y la calidad, e implementar mecanismos que aseguren servicios sanitarios de calidad. Una de las propuestas de organización va dirigida a establecer sistemas de gestión

de casos o gestión de procesos. En estos procesos las enfermeras parten por competencias y capacidades en una situación de privilegio; creemos que deben ser las responsables de desarrollar estas funciones.

En resumen es necesario:

1. Potenciar los sistemas de autorregulación de los profesionales promoviendo sistemas de controles de calidad centrados en el usuario y basados en estándares, prácticas basadas en la evidencia y enseñanzas extraídas de los errores, implementando los sistemas de registros y las formas de acceso del público.

2. Formación en el grado, en las especialidades y en la formación continuada con planes de desarrollo personal orientados a las competencias que deben potenciarse y a las necesidades del sistema (formación según guías de práctica clínica, priorizados por procesos prevalentes).

3. Monitorizar: evaluación interna y externa.

4. Publicar y gestionar los resultados (como mecanismo de incenti-
vación positiva o negativamente).

Continuando con el discurso, una vez planteados algunos cambios organizativos o aspectos de cultura organizacional que deben implementarse,

debemos entrar en la definición del trabajo y en el rol de los profesionales. Para ello comenzaremos con unos comentarios relacionados con la dotación de profesionales, pues su número también habla del trabajo que realizan o pueden realizar. La escasez de profesionales les obliga a priorizar sus competencias y tareas y el exceso les hace más ineficientes. En resumen, los excesos de profesionales, al igual que los déficits marcados, generan problemas organizativos y de eficiencia del sistema. A los contratadores les gustaría contar en el mercado con abundancia de profesionales en disposición de ser contratados y enviados a cualquier zona geográfica, para que solucionen un problema y así poder emplearlos por una semana, horas, días o unos meses, cuando a lo mejor sería necesario esforzarse en planificar y en generar innovación, planteándose que, en muchos casos, tenemos profesionales en condiciones de desarrollar esa actividad profesional con garantías legales y competenciales, en definitiva, preguntarse ¿quién debería hacer un trabajo o una determinada prestación? y racionalizar con eficiencia las tareas que se proponen con los diferentes profesionales del equipo de salud. En otro

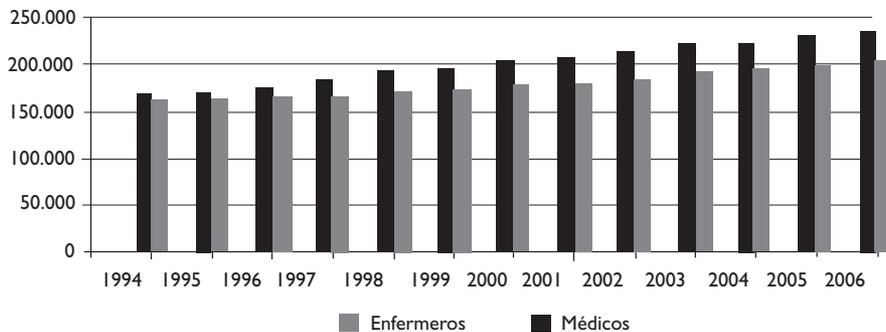


Figura 1. Número de enfermeros y médicos por año. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

orden de cosas debemos definirnos en relación con el número de profesionales contratados en el sistema de salud, si faltan o sobran.

Para realizar las actividades tal y como se vienen haciendo y con los mismos profesionales harían falta muchos más, pues la demanda continuará creciendo, y si los métodos y los profesionales son los mismos, evidentemente se necesitarán más para una mayor demanda.

Los profesionales de la salud aumentan progresivamente (fig. 1) en los últimos años; se constata que su crecimiento ha sido continuo y paralelo.

Para analizar este tema y no entrar en excesivas disquisiciones sobre necesidad/demanda, oferta de mercado, etc. nos adaptaremos en nuestro discurso a la comparación con

países similares en características, y de esta forma poder concluir con rapidez que en España para trabajar en el Sistema Nacional de Salud, atendiendo a la población con el nivel de salud y enfermedad que presentan y en nuestro modelo de atención sanitaria, y obteniendo unos niveles de calidad y eficiencia similar a otros países europeos, sobran médicos y faltan enfermeras.

Esta afirmación viene respaldada por los datos comparativos de médicos y enfermeras de España y los diferentes países europeos y por la información que facilitamos en las tablas 1 y 2, que exponemos a continuación, donde observamos que el número de médicos relacionados por habitantes, según fuentes del Instituto de información sanitaria del 2007, supone 4,61

Recursos sanitarios	Total	% SNS	% Mujeres
Profesionales licenciados en Medicina colegiados por 1.000 habitantes	4,61		42,86
Profesionales licenciados en Odontología y Estomatología colegiados por 1.000 habitantes	0,53		41,94
Profesionales licenciados en Farmacia colegiados por 1.000 habitantes	1,37		69,81
Profesionales licenciados en Veterinaria colegiados por 1.000 habitantes	0,6		37,78
Profesionales diplomados en Enfermería colegiados por 1.000 habitantes	5,38		82,77
Personal médico que trabaja en atención especializada por 1.000 habitantes	1,6	91,4	36,6
Personal médico que trabaja en atención primaria por 1.000 habitantes (TSI)	0,72		
Personal de enfermería (diplomado) que trabaja en atención especializada por 1.000 habitantes	2,76	88,91	
Personal de enfermería (diplomado) que trabaja en atención primaria por 1.000 habitantes (TSI)	0,6		
Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes	3,36	70,87	
Puestos en hospitales de día por 1.000 habitantes	0,2	74,12	
Quirófanos en funcionamiento por 100.000 habitantes	8,49	67,63	

Tabla 1. Profesionales por habitantes colegiados y recursos hospitalarios. Fuente: Instituto de Información, 2007.

	1999					2005				
	Total	Generales	Otros agudos	Larga estancia	Psiquiátricos	Total	Generales	Otros agudos	Larga estancia	Psiquiátricos
Médicos	73.698	65.074	6.483	1.166	975	89.503	80.285	6.883	1.262	1.073
Enfermeras	101.784	93.933	4.847	1.625	1.379	120.513	111.826	4.699	2.246	1.742

Tabla 2. Personal de establecimientos sanitarios por categoría, periodo y finalidad asistencial. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (Instituto de Información, 2007)².

frente a 5,38 enfermeros, pero más grave aún es constatar que el modelo de Atención Primaria en España funciona con unas ratios de 0,72 médicos y sólo 0,6 enfermeras contratadas por 1.000 habitantes.

Al comparar los médicos y enfermeras contratados en el Sistema observamos que se mantiene un diferencial entre médicos y enfermeras desde el año 1999 de unos 30.000 contratos, y en algunos hospitales de

agudos la dotación de médicos supera la de enfermeros. Hemos de tener en cuenta que no se incluyen en estos datos, presentados en la tabla 2, los médicos residentes, que son licenciados en Medicina, en algunos casos doctores, y que también trabajan, atienden a pacientes, prescriben, indican, en resumen, generan trabajo y participan en un alto porcentaje en las consultas de los ciudadanos. En la convocatoria MIR del año 2005/2006 se ofertaron para los licenciados en Medicina 5.653 plazas. Calculamos que, actualmente, se encuentran contratados en el sistema sanitario unos 25.000 médicos residentes, que sumándolos, en un ejercicio teórico, con los contratados del año 2005, darían un total de 115.000 médicos y 120.000 enfermeras contratados; el mismo número de médicos que de enfermeros trabajando en los servicios de salud. Este dato es, en nuestro análisis, enormemente importante, pues el volumen de trabajo y la generación de resultados tiene mucho que ver con el modelo organizativo médico, y por supuesto con la actividad que desarrollan los residentes.

Los pacientes que se atienden en los hospitales generales y de agudos,

por sus características, consumen un alto nivel de cuidados enfermeros que requieren una mayor dotación de enfermeras que de médicos, siendo necesario que se dimensione bien la dotación de especialistas de las distintas profesiones. Según la problemática de salud prevalente en la población debiera entenderse que en los hospitales de crónicos y larga estancia la proporción de enfermeras fuese bastante mayor que la de médicos, y en los de agudos, con un alto nivel de consulta de médico especialista, más especialistas que enfermeras. Este razonamiento, para nosotros de una lógica aplastante, no se da en el sistema especializado español.

En todos los hospitales el número de médicos iguala o supera al de enfermeros (fig. 2). Con este planteamiento alguien podría decir ¡hacen falta esos médicos para dar una correcta atención!, pues si eso fuese así, lo que no genera duda es que hacen falta el doble de enfermeras para soportar las cargas de trabajo generado por el equipo sanitario, el modelo organizativo y las necesidades del paciente, en concreto, 100.000 enfermeras para aproximarnos a las medias de otros países y poder dotar

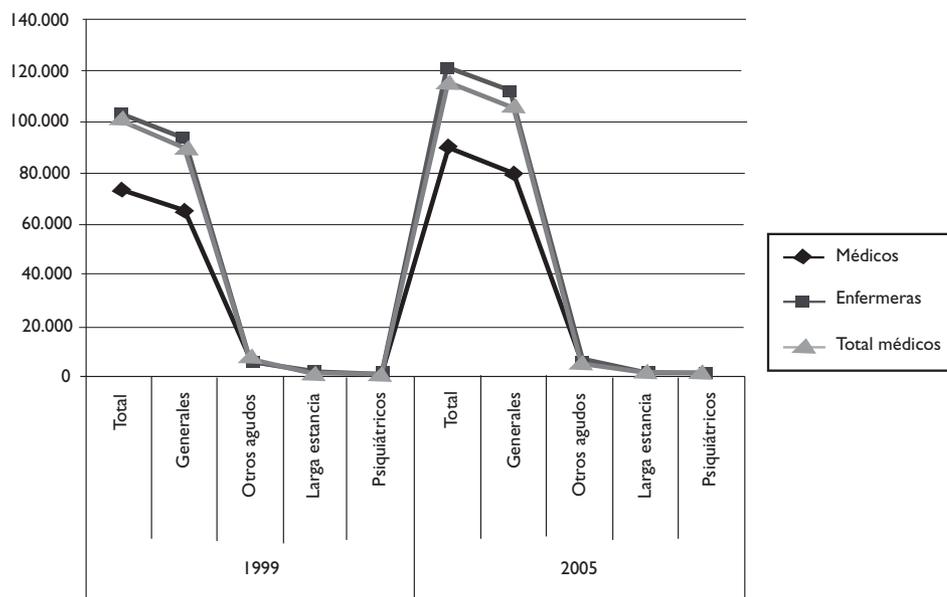


Figura 2. Número de enfermeros, médicos sin residentes y médicos con residentes contratados por establecimiento sanitario (en trama gris claro simulación de médicos + médicos residentes).

correctamente los centros de Atención Especializada, de Urgencias y de Atención Primaria.

En este momento surge un nuevo elemento en el discurso: hace falta más inversión en recursos humanos para mantener el nivel de servicios y la calidad del sistema, es inviable que se mantenga en los próximos años el actual nivel de oferta de cartera de servicios sin generar una importante inyección de dinero para el capítulo de recursos humanos del sistema de salud español.

Llama poderosamente la atención que el número de médicos contratados en la estructura sanitaria española de Atención Primaria y Atención Especializada supere al número de enfermeros, sin entrar en detalles organizativos que no serían objeto de la presente ponencia. Relacionando esta información con los turnos de trabajo, los médicos contratados en más de un 50% trabajan en turno de mañana; en todo caso este enorme desequilibrio genera un volumen de trabajo ineficaz sobreañadi-

do, por sobredensidad demográfica médica en los hospitales.

El desequilibrio en la relación enfermera/médico, en resumen, la inadecuación de la dotación por categorías, viene avalada por la opinión de influyentes estudiosos de los recursos humanos del sistema de salud; así, la profesora González determina en una publicación del año 2000 “que existen 1,16 enfermeras por cada médico, y que esta ratio es muy baja comparada con la de otros países, aunque ha aumentado lentamente (1,10 en 1988)”³. En esta misma línea establece en un artículo del informe SESPAS de 1999, sobre relaciones inadecuadas entre dotaciones de categorías: “Paradójicamente, el colectivo que menos aumentó sus efectivos es el de enfermeros (20%), por lo que la relación enfermera/médico, ya llamativamente baja en el punto de partida temporal, se ha reducido todavía más hasta 1,08 enfermeros por médico. El referente es Europa, donde en 1985 había 2,74 enfermeros por médico con tendencia a aumentar (hasta 3,2 en 1995)”⁴. La profesora Barber determina que existen “Desequilibrios entre tipos de profesionales médicos frente a enfermeras”. En España hay menos enfermeras por médico

que en la mayor parte de los países desarrollados: ocupamos el puesto número 22 respecto a la ratio de enfermera/médico de todos los países europeos. Esta ratio en la Unión Europea es de 2,4, mientras que en España es de 1,2.

En Atención Primaria la situación es más grave: según el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP, 2006) en el primer nivel asistencial hay 1,03 enfermeras por cada médico para todo el país, mientras que en los hospitales españoles la ratio es de 1,8, según la estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 2005⁵.

La dotación de médicos en España y de enfermeros, al compararlos con la dotación en los países Europeos de nuestro entorno, nos arroja unas cifras que requieren la toma de decisiones urgente. España es el segundo país europeo con más médicos y el segundo país europeo con menos enfermeras.

Como hemos comentado, en los últimos años el crecimiento de los recursos humanos en el sector salud ha sido continuo. Sin embargo, en el caso de las enfermeras el crecimiento ha sido menor que en el de otras profesiones, lo que ha generado una

proporción de enfermeras insuficiente para atender la actual demanda de cuidados, ya sea en Atención Especializada, Atención Primaria o Urgencias.

Las enfermeras cubren la necesidad de cuidados de los pacientes, de forma continuada y por turnos en los hospitales, 24 horas continuadas al lado del paciente; es el único profesional de salud que trabaja en estas condiciones, pues los demás, incluso en turno de noche, pueden descansar mientras no se requieran sus servicios y éstos estén “indicados”. Estas características de dureza del trabajo de la enfermera y la condición de feminización de la profesión (85% mujeres) hace predecir un incremento en el déficit de enfermeras en un futuro próximo.

Las duras condiciones de trabajo, junto con los bajos salarios, la desmotivación y la falta de autonomía en el trabajo están provocando una disminución en la demanda de estudios de enfermería en Europa y se empieza a notar en España, donde ya se puede entrar a estudiar enfermería en algunas Universidades con una nota de 5, situación que se agravará probablemente cuando se transforme en estudios de grado. Para res-

ponder al déficit de personal sanitario países como Bélgica, Irlanda, Países Bajos, Noruega y Suiza han concentrado esfuerzos en la formación, aumentando el número de plazas en las escuelas de Enfermería o reformando el sistema para captar más jóvenes, e incluso en Bélgica se han lanzado campañas publicitarias. Otras medidas son la revalorización de su remuneración y la mejora de las condiciones laborales⁶.

El alumno valorará las condiciones de trabajo del grado de Enfermería y el de otros grados con más apatencia social (hay que recordar que en algunos estudios propiciados desde el Gobierno de España, donde se valoraban profesiones, Enfermería era la segunda más valorada, pero cuando se preguntaba si mandarían a estudiar a sus hijos Enfermería decían que no, preferían médico, abogado, etc., profesiones con mejores expectativas remunerativas, financieras y sociales).

Esta situación de menor demanda para estudiar Enfermería y la tendencia a abandonar los trabajos de Enfermería para trabajar en otros sectores nos hace pensar que debería trabajarse en España, al igual que en otros países, en la potenciación de los

estudios, haciéndolos más apetecibles, y en la retención de los actuales profesionales.

Algunas acciones para responder al déficit de enfermeras planteadas por el CIE son:

1. Planificación de la plantilla. Es necesario adaptar los índices de ocupación de los puestos de trabajo a las fluctuaciones de la demanda, adoptando sistemas de trabajo por rotación y evaluando las ventajas de los diferentes métodos de organización del trabajo.

2. Contratación y fidelización del personal.

3. Desarrollo y desempeño del personal. Hay que poder adaptar las funciones y las competencias a las necesidades de los pacientes. Numerosos países introducen en estos momentos funciones de enfermería avanzadas (enfermeros especializados) y la ampliación de las competencias de los enfermeros (autorización de prescripción de medicamentos).

4. Contratación preferente de personal con competencias avanzadas. Adecco Medical, en su informe sobre profesionales de salud en Europa, menciona: los *magnet hospital* u hospitales con poder de atracción como ejemplo de una buena gestión tienen

tres aspectos de excelencia por los cuales estos centros atraen a los profesionales.

5. La administración y el liderazgo. Tienen un enfoque de la gestión del personal participativa y descentralizada, estabilidad en los equipos, el predominio del personal de enfermería con respecto al personal auxiliar, mejoras en la contratación y una gestión más flexible de los horarios.

6. El ejercicio de los cuidados de enfermería, con un entorno colaborador y autonomía para el desempeño profesional.

7. El desarrollo profesional, caracterizado por una formación continua, posibilidades de promoción y supervisión de la integración de cada empleado en el puesto de trabajo”⁶.

Para mejorar la fidelización de nuestras enfermeras profesionales será necesario aumentar sus campos competenciales, dándoles más autonomía en el equipo de trabajo y una mayor capacidad resolutive. Para ello las estrategias pasan por la negociación y el establecimiento de grupos de análisis, de forma que las propuestas sean consensuadas y con una óptica real de facilitar el acceso y la calidad de la atención de salud al ciudadano, lo contrario sería abo-

car al Servicio de Salud español a que se dote de enfermeras de otros países, pues las corrientes migratorias son una realidad que se incrementará en un futuro.

Estamos en un momento decisivo, pues se comienzan a aprobar los planes de estudio de grado; en ellos se contemplan los perfiles y las capacitaciones de los enfermeros y enfermeras del siglo XXI, y por ello las universidades deben ser innovadoras y establecer unos niveles competenciales en línea con las necesidades sociales actuales y futuras, y respaldados por la legislación sobre funciones y competencias que existe en España.

Los nuevos enfermeros cursarán el grado en 4 años, la especialización en dos o tres años, el máster en dos años y el doctorado. Este incremento en la formación de forma cuantitativa y cualitativa ofrecerá a nuestras enfermeras y enfermeros un mayor nivel de formación y especialización que debe llevar aparejado un mayor nivel competencial y capacidad en la resolución de problemas de salud. El esfuerzo de la sociedad europea por formar a sus profesionales será para garantizar una mayor y mejor atención, que comienza a

reflejarse en el diseño y puesta en marcha de los nuevos planes de estudio, que deberá garantizar que tenga un perfil de enfermera responsable de cuidados generales y un adecuado nivel de competencias.

Desde el punto de vista etimológico competencia hace referencia a la “aptitud, idoneidad”; referido a la persona competente dicese “a quien compete o incumbe alguna cosa”, o al “buen conocedor de una técnica, de una disciplina, de un arte”⁷.

Por otro lado el perfil y las competencias de los enfermeros vienen definidas en La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) que determina como función de las enfermeras “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”¹.

La definición de enfermera del CIE considera que está capacitada para: “Trabajar en el ámbito general del ejercicio de la enfermería, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y los cuidados integrales a las personas enfermas o incapacitadas, de todas las edades y en todas las situaciones, ins-

tituciones de salud y sociosanitarias y otros contextos comunitarios; realizar educación sanitaria; participar plenamente como miembro integrante del equipo de salud; supervisar y formar a los propios profesionales y al personal auxiliar y sanitario; e iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación”.

Los Estatutos de la Organización Colegial contemplan que “la enfermera generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna”.

Por otro lado el enfermero especializado incorpora a este perfil generalista el de sus capacidades y competencias avanzadas, de forma que sus intervenciones autónomas añaden un mayor abanico de posibilidades, tal es el caso de los especialistas en enfermería obstétrica, las matronas, que cumplen con una competencia de alta repercusión social, enormemente valorada y que deberá expandirse en los próximos años atendiendo a los grupos de población en que centran su práctica, con un mayor desarrollo en el seguimiento del embarazo y el parto y en los aspectos de educación y control de la salud sexual y reproductiva.

Del mismo modo la especialización enfermera incorporará la práctica avanzada en áreas de mayor necesidad/demanda social, la atención especializada que ofrecerá la enfermera permitirá la exclusividad del especialista con la flexibilidad y capacidad de atención de un generalista y se centrará en grandes grupos de demandantes de cuidados, evitando la superespecialización, que limitaría y aportaría rigidez a la oferta enfermera; sus áreas de principal ocupación serán la atención a los pacientes crónicos complejos, atención perio-

peratoria, salud infantil, salud mental, atención geriátrica y gerontológica, Atención Primaria de salud y atención a las urgencias.

En un futuro próximo deberán aplicarse los modos organizativos y competenciales que introduce la LOPS donde determina que: “Corresponde, en general, a los Diplomados Sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.”

Para respaldar, desde un punto de vista legal, las afirmaciones que a lo largo del escrito hemos plasmado queremos mencionar el artículo 59 de la Ley de Cohesión y Calidad sobre Infraestructura de la Calidad Sanitaria, que establece la necesidad de introducir normas de calidad y seguridad, guías de práctica clínica / asistencial, indicadores, registro de buenas prácticas y registro de acontecimientos adversos, tal y como planteamos al principio de esta charla, como tendencias en el sistema británico; guías de

práctica clínica y guías de práctica asistencial, que son descripciones de los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud y que deben ser elaborados por los profesionales que participan en el proceso y que garantizan la capacidad enfermera para diagnosticar, tratar o cuidar un problema de salud. De la misma forma, la LOPS entiende la atención integral de salud para “evitar el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas y en distintos niveles de atención.”¹

La atención integral de salud supone, además, la continuidad de cuidados en la que “se tenderá a la unificación de criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados, con la participación de aquellos que los deben aplicar” (Artículo 4.7b LOPS) “y estos que la deben aplicar son el equipo de profesionales que es la unidad básica en que se estructu-

ran, de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales”. (Art. 9 LOPS).

“El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico” (Art. 4 LOPS).

Para terminar diremos que la profesión enfermera, en España, está inmersa en un proceso de consolidación, madurez y crecimiento con un

nuevo desarrollo académico y profesional que le permitirá adquirir nuevas competencias y un mayor nivel de capacitación en un entorno de compromiso y garantía de la calidad, y que estos recursos humanos deberán ser aprovechados adecuadamente, evitando la irresponsabilidad de perder unos grandes recursos por falta de políticas de incentivación y de retención en los puestos de trabajo. Los profesionales de enfermería están comprometidos y continuarán contribuyendo en el sistema de salud a la mejora de la salud de los españoles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Cohesión y Calidad de 29 de mayo de 2003. Ley 16/2003. BOE. Madrid, España.
2. Instituto de Información. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2007.
3. González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. *Gacet Sanit.* 2000; 14(3):237-46.
4. López-Valcárcel BG. Desarrollar recursos humanos en salud. Sevilla: Informe SESPAS; 1999.
5. Barber Pérez P, López-Valcárcel B. ¿Hay suficientes profesionales sanitarios en España? Desequilibrios, déficits, movilidad internacional, acreditación de los médicos. *Humanitas, Humanidades médicas.* 2008:1-24. Tema del mes *on line.*
6. Science AM. Informe profesionales de Salud en Europa; 2008.
7. Blasco SE. Proyecto para la adecuación de la formación enfermera. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2004.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Borrador de Orden Ministerial por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero responsable de cuidados generales.
- Consejo General de Enfermería. Déficit de enfermeras. *Diario Enfermero;* 2005 (9 de abril de 2008). p. 1-2.
- de Lorenzo R, Doval JL, Hernández R, Pulido FJ. Estudio de la profesión médica en España, una visión desde la perspectiva europea. Madrid: Boletín 58 (1er trimestre de 2004).
- Directiva 2005/36/CE, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
- Europa Press. Las enfermeras prescribirán la píldora del día después. *Diario Enfermero;* 2008 (8 de abril). p. 2.
- Grupo de trabajo Análisis del Gasto Sanitario Gobierno de España. (2007). Análisis del Gasto Sanitario. Madrid: Varios, Gobierno de España.
- Proyecto para la adecuación de la formación enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior. Consejo General de Enfermería de España. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2004.
- Sendín JJ. Necesidades de médicos en España: a propósito de estudios, debates y posibles soluciones. Madrid: Consejo General de Médicos de España; 2008.