

Jalgi

GIPUZKOAKO ERIZAINNTZA KOLEGIO OFIZIALA

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE GIPUZKOA



61

UDA 2015

www.coegi.org



ARTÍCULO PROFESIONAL

La Atención Sociosanitaria:
¿Reto o Ruta?

ENTREVISTA

Pilar Lecuona
Presidenta del
COEGI

JORNADA PROFESIONAL

La Enfermería ante
los determinantes
sociales de la salud

II Ciclo de Charlas Coloquio

Ciclo de conferencias: Espacio de Salud y Cuidados

Zikloak barne hartzen ditu urtean zehar Gipuzkoako Erizaintza Elkargo Ofizialaren egoitzan egingo diren bederatzi konferentzia.

Ante el éxito que tuvo la primera edición, el Colegio ha organizado la segunda edición del ciclo de charlas Espacio de Salud y Cuidados, abriendo de nuevo las puertas de nuestra sede a los ciudadanos y poniendo de relieve, en cada una de las conferencias, la importancia de la profesión de enfermería en diversos ámbitos de la salud y del espacio sociosanitario.

El ciclo –que integra nueve charlas–, comenzó en febrero con una conferencia sobre trastornos de la conducta alimentaria y, desde entonces, ha abordado otros temas como: el cuidado en el domicilio de personas dependientes, el maltrato dentro de la pareja, adicciones, así como la comunicación con los hijos adolescentes y, en especial, cuando son adoptados. Charlas que han tenido muy buena acogida y que son muy participativas ya que, tras las mismas, se abre un coloquio con los asistentes.

Las charlas se celebran a las seis de la tarde en la sede del Colegio y son con entrada libre hasta completar aforo. Tras el parón de verano el Espacio de Salud y Cuidados volverá el 17 de septiembre. Os recordamos que las conferencias están abiertas a la asistencia de todos los colegiados interesados y os animamos a difundir su celebración entre pacientes, familiares y amigos.

2

CALENDARIO SEPTIEMBRE - DICIEMBRE:

- **17 de Septiembre:** El duelo. ¿Cómo hacer duelo ante una pérdida?: Un fallecimiento, una separación, el nido vacío. El duelo en niños.
- **1 de Octubre:** Mobbing infanto-juvenil: ¿Cómo se detecta y cómo hay que actuar?
- **5 de Noviembre:** Estrés, ansiedad, depresión. Epidemias del siglo XXI.
- **3 de Diciembre:** Envejecer con alegría y conocimiento. La importancia del envejecimiento en positivo.



Charla sobre comunicación con adolescentes.



Ponentes de la conferencia sobre violencia de género.



Conferencia sobre trastornos de la conducta alimentaria.



Imagen de la charla sobre adicciones.



Ponentes de la conferencia sobre cuidados en el domicilio a personas dependientes.





 **Pilar Lecuona** GIEEren lehendakaria / Presidenta del COEGI



JALGI 61 UDA / VERANO 2015

Página 2	Espacio de Salud y Cuidados
Página 5	Día Internacional de la Enfermería
Página 6	Entrevista a Pilar Lecuona, Presidenta del COEGI
Página 7	José Manuel Ladrón de Guevara, Director Gerente OSI DONOSTIALDEA
Página 10	Anteproyecto Ley Función Pública Vasca
Página 12	Entrevista a Leopoldo Díez de Fortuny
Página 14	Vacunación: Recomendaciones
Página 16	Jornada Profesional Cursos de Verano
Página 18	Comisiones, el "alma" del Colegio
Página 19	La voz del ciudadano: ACABE Gipuzkoa
Página 28	Artículo Profesional
Página 32	Enfermería de Práctica Avanzada
Página 35	Rincón Literario: "Enfermera Saturada"



Encuétranos en:



Consejo de Administración: Junta de Gobierno.
Dirección: Pilar Lecuona, Presidenta COEGI.
Coordinación: Inmaculada Sánchez
Consejo Editorial: Gemma Estévez, Maite Gordo, Pilar Lecuona, Javier Ortiz de Elguea, Inmaculada Sánchez, Xabier Susperregui, CR Comunicación.
Consejo de Redacción: Presidenta y Directora de Administración del COEGI; CR Comunicación
Edición: CR Comunicación.
Diseño, maquetación e impresión: Editorial MIC.
Fotografía: Jantxo Egaña.
Edita: COEGI.
Periodicidad: Cuatrimestral **Tirada:** 5.600 ejemplares.

LG/DP: SS-105-2006

Publicación patrocinada por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Ejemplar gratuito para distribuir a los colegiados.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos publicados en este ejemplar sin autorización escrita de la Junta de Gobierno del Colegio.

Los artículos de opinión aquí publicados, reflejan exclusivamente la opinión de los autores: Jalgi y el Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa no se responsabilizan necesariamente de los criterios en ellos expuestos

NOBEDADEAK

lax, Elkargoak etengabeko prestakuntzarako 32 ikastaro eta/edo tailer antolatu zituen guztira, eta 2.000 erizain gipuzkoarrek parte hartu zuten, gutxi gorabehera. Zalantzarik gabe, prestakuntza hori da Elkargoaren balioetako bat: erizain gipuzkoarrei prestatzeko eta eguneratzen laguntzea. Horregatik, etengabeko prestakuntzaren atala Erizaintzaren lan-espezialitate edo alor desberdinen arabera egituratuko da, datorren urtetik aurrera. Helburua da profesional bakoitzaren beharrak asetzeko, haien jardueraren eremua kontuan izanik.

Prestakuntzarekin batera, COEGIren Lan Batzordeak dira, dudarik gabe, Elkargoaren beste oinarrietako bat. Gaur egun martxan daudenez gain (Laneko Osasuna, Buru Osasuna, Emaginak, Terapia Holistiko-Naturalak, Nazioarteko Lankidetzeta, Geriatria, Txertoak, Perituak eta Erizain Gazteen Batzordea), Elkargoak datozen hilabeteetan Kiroletako, Deontologiako, Pediatriako, Erizaintza Komunitarioko eta Erretiratuentzako batzorde berriak gehitu nahi ditu, besteak beste. Hartara, Batzorde horietako batean parte hartzea animatzen zaituztet, horien barnean sortzen baitira Elkargo honen prestakuntza-jarduerak eta lan-ildoak.

Aurreratzen dizuet Elkargoa Donostiako Pedro Egaña kalean dagoen egoitza zaharra birgaitzen ari dela, erizainen berezko zaintzari dagozkion jardueretara egokitutako espazio berria hartzeko. Une hauetan, jarduera-egutegia osatzen ari gara, eta hurrengo hilabeteetan horien berri emango dizuegu. Horiek dira Elkargoan jorratzen ari garen nobedadeetako batzuk.

Udan bete-betean murgilduta gaude, eta batzuentzat atseden hartzeko garaia da; beste batzuentzat, berriz, lan egitekoa. Zure kasua edozein dela ere, orrialde hauetatik, Uda ezin hobea opa dizut!

NOVEDADES

El Colegio organizó el pasado año un total de 62 cursos y/o talleres de formación continuada, en los que participaron cerca de 2.000 enfermeros guipuzcoanos. Esta formación es, sin duda alguna, uno de los valores del Colegio: facilitar la formación y el reciclaje de los enfermeros guipuzcoanos. Un apartado, el de la formación continuada, que a partir del próximo año estará estructurado en base a las diferentes especialidades o áreas de trabajo de la Enfermería. El objetivo es dar respuesta a las necesidades de cada profesional en función de su campo de actividad.

Junto a la formación, las Comisiones de trabajo del COEGI son sin duda otro de los pilares de la actividad del Colegio. A las actualmente en marcha (Salud Laboral, Salud Mental, Matronas, Terapias Holístico-Naturales, Cooperación Internacional, Geriatria, Vacunación, Pericial o Comisión de Enfermeros Jóvenes), el Colegio quiere sumar en los próximos meses nuevas comisiones de Deporte, Deontología, Pediatría, Enfermería Comunitaria o Jubilados, entre otras. Al margen de ello, los colegiados vienen a título individual o colectivo, a traernos sus propuestas, iniciativas, etc. Por este motivo, os animo a venir al Colegio o a sumaros a alguna de estas Comisiones, de las que emanan gran parte de la actividad formativa y las diferentes líneas de trabajo de nuestro Colegio.

Os avanzo asimismo que el Colegio está habilitando la antigua sede colegial, en la calle Pedro Egaña de Donostia, como un nuevo espacio acondicionado para actividades enmarcadas en el cuidado del propio enfermero. Actualmente estamos perfilando un calendario de actividades del que os informaremos durante los próximos meses. Estas son algunas de las novedades en las que estamos trabajando en el Colegio.

Metidos de lleno en el verano, ahora es tiempo de descansar, para unos, y de trabajar, para otros. Sea cual sea tu caso, te deseo desde estas páginas, un ¡Feliz Verano!

Cecilia Nabal, Asesora Jurídica del COEGI

Ordezkapena Elkargoaren Aholkularitza Juridikoan.

Por jubilación de Leopoldo Díez de Fortuny, Cecilia Nabal Vicuña está desde comienzos de año al frente de la asesoría jurídica del Colegio tarea que, como ya sabéis, desde hace varios años venía compartiendo con Leopoldo.

Cecilia Nabal continuará con todos los asuntos que puedan quedar pendientes y con el archivo del despacho, poniéndose disposición de todos las/os colegiadas/os en la siguiente nueva dirección:

Cecilia Nabal Vicuña
 Avda. de la Libertad nº 17 - 3º.
 20.004 San Sebastián
 Tfno: 943-287900 / Fax: 943-434307



Cecilia Nabal, Asesora Jurídica del Colegio

VARIACIONES EN EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN

Aldaketak haurren, helduen eta arrisku-taldeen egutegian

Entre los cambios destacan la decisión de recomendar la vacuna de la tos ferina en mujeres embarazadas, distintas modificaciones en las pautas, edades y dosis de administración, de algunas vacunas infantiles ya incluidas en el programa, y por primera vez, se presenta un calendario vacunal de adulto sano. Por ejemplo, la nueva pauta de vacunación recomendada frente al meningococo C será de 3 dosis a los 4 meses y 12 meses y otra dosis a los 12 años. También se ha modificado la pauta de vacunación frente al virus del papiloma humano con 2 dosis (separadas por 6 meses) a los 12 años.

Umeen Txertaketa Egutegia

2 hilabete	4 hilabete	6 hilabete	12 hilabete	18 hilabete	4 urte	6 urte	10 urte	12 urte	16 urte
Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma
Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio
... (rest of the table content)									

EAE 2015

Calendario de vacunación infantil

2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	4 años	6 años	10 años	12 años	16 años
Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma	Erreuma
Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio
... (rest of the table content)									

CAPI 2015

CONFERENCIA SOBRE COMUNICACIÓN ENFERMERA CON PACIENTES SORDOS

Praktika txikia egin zen, erizainek Keinu Hizkuntzaren oinarriko zenbait kontzeptu ikas zituzten, osasun-zainketa egokituta.



De izda. a dcha. Raquel Ule, Agurtzame Urteaga, Aitor Bedialauneta y Pilar Lecuona.

El Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa organizó el pasado 23 de junio una conferencia sobre comunicación enfermera con pacientes sordos. En la charla participaron la enfermera residente en Enfermería de Salud Mental, Raquel Ule y Aitor Bedialauneta y Agurtzame Urteaga, de la Asociación de Personas Sordas de Gipuzkoa, quienes trasladaron a las enfermeras sus necesidades y los problemas a los que se enfrentan las personas sordas en el entorno sanitario. Además, se realizó una pequeña práctica para que los enfermeros asistentes aprendieran algunas pautas y conceptos básicos de la Lengua de Signos adaptados a los cuidados enfermeros.

Día Internacional de la Enfermería 2015

Joaneko maiatzaren 12an ospatu zen, Donostiako Udaletxeko Osoko Bilkuren Aretoan. Emakumeen egoera laboralean eta profesionalean aditu den Eva Levy izan zen hizlari gonbidatua.

El 12 de mayo se celebra en todo el mundo el Día Internacional de la Enfermería y el Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa (COEGI) conmemoró un año más esta fecha con un acto en el Salón de Plenos del Ayuntamiento de San Sebastián. El alcalde de la ciudad, Juan Karlos Izagirre y la Presidenta del COEGI, Pilar Lecuona, fueron los encargados de dar la bienvenida.

El lema del Día Internacional de la Enfermería 2015 ha sido "Las enfermeras, una fuerza para el cambio". En este sentido, Pilar Lecuona, Presidenta del COEGI, recordó que "la enfermería es una pieza clave, la columna vertebral del sistema sanitario y así se reconoce en las diferentes administraciones y organismos sanitarios. Lamentablemente, a pesar de ello -agregó-, no siempre se nos trata como tal y, en muchas ocasiones, a la enfermería no se nos tiene debidamente en cuenta tal y como he podido constatar en mis visitas a centros sanitarios guipuzcoanos públicos y privados". Para modificar esta situación, Pilar Lecuona apeló a la necesidad del empoderamiento de la profesión. "La realidad de las mujeres cambiará cuando tengamos un único discurso, coherente y consistente", subrayó.

Como ponente de excepción para la cita, el Colegio de Enfermería de Gipuzkoa invitó a Eva Levy, promotora y ex-presidenta de la Federación Española de Directivas, Empresarias y Profesionales ejecutivas, quien se mostró sorprendida por el reto que le había supuesto la preparación de esta conferencia. Levy reconoció que el hecho de que el 93% de los profesionales de enfermería en Gipuzkoa sean mujeres tiene su efecto. "Es un sector muy feminizado el de la Enfermería, donde nos sobra preparación, pero nos falta frialdad y distancia para planificar nuestros movimientos. En definitiva, nos falta estrategia y la estrategia requiere tiempo y las mujeres tenemos poca costumbre de reservar tiempo para nosotras, para pensar en nuestras cosas". En palabras de Eva Levy, "la enfermería vive inmersa en algunas paradojas, es uno de los sectores más castigados por la crisis pero tiene un futuro inmenso".

BODAS DE PLATA DE COLEGIACIÓN

Tras el contundente discurso de Levy se abrió un debate entre todos los asistentes que culminó con un entrañable homenaje a las 24 enfermeras que cumplían sus bodas de plata como colegiadas y a las que todas las presentes recibieron con mucho cariño.

Las protagonistas de este homenaje este año fueron: Iciar Agote, Inmaculada Aramburu, M^a Luisa Asurmendi, M^a Olga Baro, Natalia Blazquez, Isabel Dávila, M^a Teresa de Andrés, Ana M^a del Río, Virginia Etxeberria, Alicia Franco, Irene García Llorente, M^a Dolores Gómez Cuenca, Rosa María González García, M^a Cristina Guerra López, Julia Gutiérrez Velez, Miren Gurutze Irizar, Jaione Iturria, Abarne Iturrioz, Cristina Jauregui, Maribel López García, Inés Mendinueta, Izaskun Osoro, Sonoa Rodríguez Moya y Purificación Tena.



Imagen general del acto.



Foto de familia de las enfermeras que celebraron sus 25 años de colegiación.

Entrevista a Pilar Lecuona Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa

“Los cambios que se están dando en el sistema vasco de salud son una oportunidad para la enfermería guipuzcoana”

Pilar Lecuona está convencida de que la enfermera es parte fundamental del sistema sanitario y considera que esto debería plasmarse “en el día a día de nuestra profesión”. Asegura que el cambio en el sistema vasco de salud debe de contar con todos los profesionales dotándoles del reconocimiento y los recursos necesarios para acometerlo.

Recientemente ha finalizado una ronda de entrevistas y visitas a algunos de los centros sanitarios, públicos y privados de Gipuzkoa, ¿cómo ha visto a los profesionales de enfermería?

6 Me siento muy afortunada y, a su vez, considero es mi deber contactar y hablar con las enfermeras que trabajan en diferentes servicios, de atención primaria, hospitalaria, del espacio sociosanitario, de la sanidad pública o privada.. He visitado algunos centros y continuaré visitando al resto a lo largo de los



próximos meses. He aprendido mucho de los profesionales de enfermería guipuzcoanos y agradezco el reconocimiento y el cariño con el que me han acogido.

En mis conversaciones en los diferentes centros lo que me han trasladado muchas compañeras enfermeras, sobre todo, es que las nuevas estructuras organizativas en el sistema vasco de salud necesitan de los profesionales pero, a su vez, es necesario que los profesionales reciban el reconocimiento correspondiente. Veo a enfermeros con actitud positiva, que quieren hacer las cosas bien y, por ello, creo que los cambios que se avecinan constituyen una oportunidad para que los gestores restituyan ese cierto ‘desencanto’ que existe entre los profesionales. Porque, ya sea por la crisis, los recortes, o la reestructuración, la enfermera encuentra poco tiempo para cada paciente y por ello se corre el riesgo de que se pierda calidad en los cuidados sanitarios y, a su vez, un mayor riesgo para el enfermero que tiene más posibilidades de cometer errores.

Por tanto, es necesario que se haga llegar a la enfermera que está trabajando que realmente y en la práctica es una pieza clave del sistema sanitario. La enfermera sostiene la atención en los cuidados, es un profesional formado e informado. Con titulación de Grado y, en muchos casos, especialistas.

Tanto las enfermeras con experiencia y gran valía, como la enfermeras que vienen –muy formadas-, tienen por lo general muchas ganas de mejorar el sistema y esto debe de aprovecharse e impulsarse. En este sentido considero que los cambios que se están dando en el sistema vasco de salud son una oportunidad para la Enfermería guipuzcoana.

¿Qué otras situaciones del día a día de la Enfermería guipuzcoana destacaría?

Otra de las demandas que he percibido por parte de los compañeros es que existe un deseo de especialización y, sin embargo, parece que la enfermera tiene que saber de todo y trabajar en cualquier parte... cuando la enfermera no puede valer para todo. Puede haber enfermeras especialistas y generalistas, pero no todas las enfermeras tienen que servir para todo. Con esto quiero decir que no puede suceder que en una misma mañana una enfermera tenga que estar en una consulta de pediatría, o en la planta de traumatología, oftalmología, pasar a quirófano... La enfermera se está especializando, se está formando para ello y creo sinceramente que este aspecto, tanto la Administración



como los gestores, deberían tenerlo más en cuenta. Esperemos que la nueva estructura organizativa del sistema de salud encauce también este problema, porque existe.

Por otra parte me han transmitido que, en ocasiones, dudan realmente de la seriedad y del rigor a la hora de contar con la Enfermería que se contrata temporalmente. Esto, a mi juicio, también hace mella en la confianza de estos profesionales con la administración.

En general, me he encontrado con unos profesionales con ganas de mejora, implicados, muy comprometidos con su labor en el día a día, con el paciente, con intentar hacer las cosas lo mejor posible y, por eso, se implican en la formación, las jornadas, las dudas que puedan plantear en el Colegio... En definitiva, profesionales a los que les gusta lo que hacen y quieren hacerlo cada día mejor.

RETOS PARA LA PROFESIÓN

¿Qué papel debe jugar la Enfermería en esos cambios en el sistema de salud que se avecinan?

Considero que el cambio y evolución en el sistema de salud debe de contar con todos los profesionales y dotarles, a todos ellos, de los recursos necesarios para hacerlo. Además, este cambio (acorde a la nueva realidad social y sanitaria), debe ir acompañado de un cambio de actitud de los profesionales.

La enfermera tiene un elevado nivel de profesionalización y es competente y su reto en el nuevo sistema de salud vasco es alcanzar unos mayores niveles de profesionalización y competencia. Para ello, además de una dotación de recursos, será necesario el reconocimiento a las nuevas competencias enfermeras, que deben de plasmarse ya en la realidad y no solo en los papeles para que los profesionales enfermeros sientan que se cuenta con ellos.

Con esto quiero decir que el sistema sanitario tiene que reconocer realmente los nuevos espacios de Enfermería y aportar los medios y recursos para que se de ese cambio. Por nuestra parte, debemos de ser conscientes de que se nos pide un cambio en la manera de funcionar y debemos olvidar lo que teníamos hasta ahora puesto que, en adelante, la mejor manera de atender a los ciudadanos será bajo el prisma de una unión de las profesiones sanitarias.

Anteriormente ha hecho mención a las reestructuraciones, ¿cómo cree que están afectando a la Enfermería?

Pues aquí se producen dos situaciones. Por una parte se entiende que la enfermera tiene que avanzar y así se nos pide; pero en aquellos campos en los que podemos avanzar, como puede ser en la prescripción o en el tema de los triajes, no se nos dota de un marco legal en el que nos podamos amparar. Es decir, una enfermera puede acoger a un paciente, puede hacer una anamnesis o un control de síntomas o una recogida de datos, pero finalmente no puede diagnosticar y prescribir. Con el marco legal actual, podemos dar consejos y recomendaciones pero no podemos entrar en el diagnóstico o la prescripción hasta que no contemos con el marco legal para ello. Y sin embargo, así nos están pidiendo que lo hagamos.

Por ello, tanto el Colegio como el Consejo General de Enfermería somos firmes defensores de que salga adelante, por fin, la Indicación para el Uso y Autorización de la dispensación del medicamento o lo que es lo mismo: la prescripción enfermera. Queremos poder prescribir de manera colaborativa ante estas situaciones, con unas guías y protocolos válidos ante esas demandas que nos llegan cada día. Y, aunque estamos dispuestas a colaborar, en estos momentos no tenemos ningún marco legal. Por otra parte, lo que también está ocurriendo a la Enfermería es que, bien porque no se sustituyen enfermeras o porque la propia enfermera entiende que alguna tarea puede realizarla otro profesional... estamos trasladando a los técnicos o a las auxiliares funciones que, y esto no se nos puede olvidar, son

propias de Enfermería. Me estoy refiriendo, por poner algún ejemplo, a los cuidados de radiología, el control de los hipertensos, el seguimiento de los tratamientos, o la administración de la medicación por vía parenteral endovenosa, subcutánea, intramuscular...

Este es uno de los grandes retos: la colaboración entre todos los colectivos sanitarios. Una buena atención centrada en la persona requiere a todos los profesionales. Unir conocimientos y habilidades, pero cada uno en las funciones que le corresponden.

PROYECTO DE LEY EMPLEADO PÚBLICO VASCO

Actualmente se está tramitando el Proyecto de ley del Empleo Público Vasco que ordenará y definirá el régimen jurídico del empleo público de Euskadi. Desde el Colegio no están muy conformes con el mismo, ¿por qué?

Efectivamente, el citado Proyecto nos preocupa y así lo hemos trasladado a los grupos políticos que integran la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco con los que nos hemos reunido varios miembros de la Junta del Colegio.

La redacción inicial del proyecto situaba al título de Grado en Enfermería al Subgrupo A2 de la clasificación profesional, sin que ello obedeciera a los criterios y razones contemplados en el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), ni incluso en el mismo anteproyecto de ley. Esto suponía excluir a la Enfermería de poder acceder a puestos en el cuerpo superior y en las escalas de Epidemiología, promoción de la salud, inspección o salud pública que hoy están ocupadas por enfermeros. Sin duda esto suponía un agravio comparativo cuando todas las profesiones que tienen titulación de Grado, como Enfermería, estaban contempladas en el grupo A1 a diferencia de lo que ocurre con nosotras.

Desde el Colegio nos movimos y presentamos escritos de alegaciones, así como otros individuales de los colegiados y, finalmente, se ha suprimido la citada exclusión.

Así, la redacción del actual proyecto de Ley, recoge la misma clasificación que el Estatuto del Empleado Público y con el mismo contenido para el Grupo A, aunque mantiene el régimen transitorio de equivalencias, a pesar de que, a día de hoy, tal transitoriedad ya no existe para la Enfermería.

Esto nos hace dudar de si se nos va a seguir encuadrando en el Grupo A2. Por ello y en coordinación con el sindicato SATSE, el Colegio está siguiendo con detenimiento la tramitación del Proyecto de Ley y vigilando cómo va a afectar la clasificación profesional en él prevista, en el ámbito de Osakidetza, cómo van a quedar clasificados aquellos empleados públicos del ámbito de las ciencias de la salud, para los cuales es requisito de acceso, no solo estar en posesión de un título universitario, sino además de un título de especialista.

Han transcurrido ya más de dos años desde que asumió la presidencia del Colegio, ¿qué balance realiza?

El balance es muy positivo y enriquecedor. Hay mucho trabajo y veo que la enfermera acude al Colegio, confía en nosotros, nos cuenta lo que le pasa y, además, nos traen propuestas y nuevas situaciones o foros de reflexión. Las comisiones están trabajando muchísimo, estamos generando formación, hemos destinado ayudas a enfermeros colegiados que están en paro, abierto el Colegio a la ciudadanía con el ciclo de charlas-coloquio con el que, además, intentamos trasladar a la sociedad la misión de la enfermera, hemos digitalizado y automatizado muchos de nuestros procesos.

En definitiva, estoy satisfecha con la dinámica con la que estamos trabajando en el Colegio y vamos a continuar en la misma línea estando, por supuesto, siempre abiertos a cualquier sugerencia, propuesta, etc. que los colegiados deseen hacernos. Y todo ello garantizando que el ciudadano obtenga una atención sanitaria de calidad, que es para lo que estamos trabajando.

Entrevista a José Manuel Ladrón de Guevara, Director Gerente OSI DONOSTIALDEA

“Apreciamos un cambio en la orientación de la enfermería y queremos aprovecharlo adecuadamente”

“Erizaintza funtsezko osasun-erakundea da, ardatz garrantzitsuenetako bat”, adierazi du Jose Manuel Ladron de Guevarak, JALGI aldizkariaren ale honetan elkarrizketatu duguna, OSI Donostialdea proiektuaren xehetasunak ezagutzeko eta ezarpenaren balantzea egiteko.

La fragmentación sanitaria existente es uno de los motivos para la puesta en marcha de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs). Su objetivo, según informa Osakidetza, es impulsar la atención integrada para mejorar los resultados de salud y eficiencia de las organizaciones sanitarias. Además, horizontalizar la gestión del proceso asistencial, evitando duplicidades e ineficiencias, y mejorar la colaboración entre profesionales. Sin duda, se trata de objetivos muy ambiciosos. Charlamos sobre ellos con José Manuel Ladrón de Guevara, Director Gerente de OSI Donostialdea.

¿Qué balance realiza del arranque de la OSI Donostialdea y qué aspectos destacaría?

Esto no ha hecho más que empezar y hace falta tiempo, porque es un objetivo que nos planteamos, al menos, para cinco años. El proyecto de integración es un proyecto estratégico para el Departamento de Salud y para Osakidetza y es el proyecto más ambicioso que tenemos ahora por delante. Supone una transformación de las organizaciones.

Los objetivos son mejorar los resultados de salud de la población y la eficiencia de las organizaciones sanitarias. Para conseguirlo, es muy importante mejorar la colaboración entre los profesionales y, además, es necesario un cambio en los valores, en la cultura de todos y cada uno de los profesionales y de los equipos de trabajo.

Por tanto, es un objetivo que hay que abordar con prudencia; porque no es que se quieran cambiar las cosas porque funcionen mal, pero parece que seguir avanzando no es posible si no dedicamos un esfuerzo muy importante a cooperar, a establecer objetivos comunes; en definitiva, a integrarnos.

Lo primero que hicimos fue reunir a 100 profesionales, tanto de atención primaria como de hospitalaria, para consultarles sobre cuáles eran, a su juicio, las incertidumbres y las oportunidades de la nueva situación. Resultó un encuentro muy fructífero del que obtuvimos conclusiones muy interesantes.

Asimismo, trasladamos un cuestionario sobre integración que contestaron más de 500 personas y, cuando vimos los resultados, nos dimos una sorpresa inicial puesto que el nivel de integración era superior al de otras organizaciones, como el resultado de actividades de integración ya puestas en marcha. Por tanto, no estamos hablando de algo nuevo. Ya se han desa-



José Manuel Ladrón de Guevara, junto a la Directora de Enfermería del Hospital Universitario Donostia, Carmen Rodríguez.

rollado muchas iniciativas de colaboración entre profesionales de atención primaria y profesionales del hospital. El camino ya está iniciado y es muy sólido en algunas de las áreas de actividad como en la atención a pacientes crónicos, la atención al embarazo, pediatría, oncología, etc. Ahora de lo que se trata es de hacer posible que esa integración funcional entre los profesionales sea más eficaz e intensa.

Ha señalado que el paso al nuevo modelo debe ir acompañado de un cambio “de cultura y valores” por parte de los profesionales, ¿a qué se refiere?

En efecto, es necesario un cambio de mentalidad en todos los profesionales, y entre ellos en la Enfermería. Vamos a tener que intentar tener objetivos comunes. Hasta ahora nos estábamos ocupando de hacer muy bien nuestro trabajo en nuestro ámbito de actividad. Eso suponía por ejemplo, que los objetivos de atención primaria y los objetivos en el hospital eran diferentes. Tendremos que avanzar hacia objetivos comunes. Tendremos que acostumbrarnos probablemente a hacer nuevos equipos de personas. Las unidades de enfermería, los servicios del hospital, no deben de trabajar aislados.

Tendremos que acostumbrarnos a pensar en otro equipo de diseños de trabajo. Esto ya está inventado en Europa. Los tipos de trabajo que hemos visto hasta ahora irán cambiando y tenemos que ser capaces de rediseñarlos, de desarrollar diferentes profesiones, de diseñar proyectos y equipos más centrados en necesidades de los pacientes. Tendremos también que repensar

la asistencia domiciliar y avanzar muchísimo en un ámbito muy concreto, el sociosanitario, que es un área muy importante que va a precisar de un salto cualitativo.

OSI Y ENFERMERÍA

En el caso de los profesionales de Enfermería, ¿cómo van a ver afectado en el día a día de su trabajo el pasar a estar organizados como OSI?

Notarán el cambio paulatinamente, sin precipitación. El cambio hay que pensarlo y definirlo entre todos. En cinco años va a ser preciso definir estructuras nuevas, equipos nuevos, formas de trabajar nuevas, aprender otras cosas, pero ya ha habido experiencias muy importantes. Las consultas de enfermería por ejemplo, van a tener en un futuro unas funciones más de colaboración con las consultas médicas, van a ganar un mayor nivel de profesionalización.

En este sentido, ¿existe en su organización alguna Unidad de Gestión Clínica liderada por enfermería? ¿Tiene previsto implantar en el futuro alguna otra en el contexto hospitalario, con la nueva OSI?

Actualmente contamos con unidades. Está por definir, porque será preciso adaptar el modelo organizativo a las nuevas necesidades. El modelo organizativo cambiará, y deberemos ser capaces de adaptarlo a los nuevos diseños asistenciales y organizativos que haya.

¿Es previsible que en ese nuevo modelo la enfermería tenga un papel más protagonista?

Los objetivos fundamentales que planteamos son cinco. El primero de ellos tiene que ver con la asistencia a los pacientes. Es preciso mejorar haciendo que los pacientes aprecien que la integración entre los profesionales es mayor, que la seguridad es mayor, que la accesibilidad es mejor, que se respetan sus valores, que se respeta su capacidad de decisión...

El segundo tiene que ver mucho con su pregunta ya que está en relación con los profesionales: la posibilidad de un desarrollo profesional adecuado, la integración de los profesionales en equipos; y esto va a ser algo clave. En este sentido, equipos se construirán y se transformarán los que hagan falta para hacer una mejor asistencia.

Perfectamente es posible que determinados trabajos liderados y llevados a cabo por Enfermería, tengan un nivel de autonomía suficiente; porque otro de los cambios importantes que supone el proceso de integración tiene que ver con lo que se ha dado en llamar la "Gobernanza". La forma de gobernar esta nueva organización debe de ser más repartida; y puede ser perfectamente posible que un grupo multiprofesional pueda estar dirigido por alguien de Enfermería. No es un objetivo en sí mismo, sería una consecuencia de un diseño.

¿Cuáles serían los otros tres objetivos de la integración a los que ha hecho referencia?

Si el primero tiene que ver con los pacientes y el segundo con los profesionales, el tercero de los objetivos está relacionado con consolidar esta nueva organización, dotándola de una determinada estructura para hacerla sólida y capaz de adaptarse.

El cuarto objetivo tiene que ver con la responsabilidad en Gipuzkoa. Somos la empresa más grande del Territorio, con más de 5.000 personas en plantilla y también en cuanto a facturación. En una empresa como la nuestra, además del motor económico en que podemos transformarnos para Gipuzkoa por ser la prime-

ra empresa por nuestra capacidad de traccionar de la economía local, hay otro aspecto que es muy importante: la formación de los futuros profesionales. Este aspecto para nosotros es clave, en todos los ámbitos, no solamente en sanitario. Es muy importante nuestro papel en la formación de todos los profesionales y, en el caso de la enfermería, esto es clave, porque son los profesionales del futuro y apreciamos un cambio en la orientación de la enfermería que queremos aprovecharlo adecuadamente.

Y el quinto objetivo es que representamos prácticamente el 20% del sistema sanitario vasco y en consecuencia, en la configuración de éste, es muy importante el papel de la OSI.

Estos son los cinco objetivos: pacientes, personas, consolidar nuestra organización sanitaria, Gipuzkoa, la relación con las otras OSIs y el sistema sanitario vasco. Son, sin duda, objetivos ambiciosos y estimulantes.

NUEVO ROL PARA ENFERMERÍA

Por último, ¿desearía lanzar algún mensaje a los profesionales de Enfermería que trabajan en la OSI que dirige?

Yo creo que hay que ser capaz de descubrir un nuevo rol para la Enfermería dentro de esta arquitectura de personas. La enfermería en una organización sanitaria es clave, es uno de los pilares más importantes, sin duda. Sería una pena no aprovechar los papeles que puede desarrollar la enfermería en una organización como esta -siempre orientados a las necesidades de los pacientes-. Por ello, estamos dispuestos a poner en marcha esas iniciativas que, con prudencia y de una manera estudiada, sin improvisaciones, ofrezcan posibilidades para desarrollar la moderna enfermería en esta organización.

Estamos en el inicio y lanzaría, por tanto, un mensaje de tranquilidad. Las cosas se hacen para mejorar, no porque estén mal y se hacen con prudencia y bien pensadas, meditadas entre todos, en línea con los objetivos mencionados. El trabajo que hemos hecho hasta ahora ha sido marcar esos cinco objetivos, eso es lo que queremos conseguir, ahora tenemos que decidir entre todos qué vamos a poner en marcha para conseguirlos.





Proyecto de Ley del Empleo Público Vasco

El Colegio reclama que Enfermería acceda al Grupo A1, un derecho para los titulados de Grado

El Colegio ha solicitado que los profesionales enfermeros puedan acceder al Grupo A1 como les corresponde por su titulación de Grado. Con este artículo deseamos concienciar a los colegiados sobre la importancia de la redacción final de la citada Ley para nuestra profesión y su futuro.

ANTECEDENTES

Tradicionalmente, el personal de la Administración se ha dividido en Cuerpos y Escalas, de acuerdo con la titulación que se exigía para su acceso.

Así, existía:

- 1) Grupo A, en el que se incluía al personal con el título de Doctor, Licenciado, Ingeniero, Arquitecto o equivalente.
- 2) Grupo B. Título de Ingeniero Técnico, Diplomado Universitario, Arquitecto Técnico, Formación Profesional de tercer grado o equivalente.
- 3) Grupo C. Título de Bachiller, Formación Profesional de segundo grado o equivalente.
- 4) Además de un Grupo D y E.

En el ámbito sanitario, la Ley 55/2003 -por la que se aprueba el Estatuto marco del personal estatutario de los Servicios de Salud-, recoge este mismo esquema, englobando al personal de Enfermería dentro del personal de formación universitaria, y distinguiendo a los diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud y a los Diplomados sanitarios. Todos forman parte del Grupo B.

Sin embargo, esta situación quedó totalmente alterada en 2007 con la creación del **Espacio Europeo de Educación Superior**, que supone una nueva organización de la enseñanza universitaria existente en España. Desaparecen las antiguas diplomaturas y licenciaturas y nacen los títulos de Grado, Máster y Doctorado. En este nuevo escenario, Enfermería pasa de ser una diplomatura a tener la consideración de Grado, al igual que Medicina, Biología, Farmacia, Veterinaria o Química.

Ello ha supuesto en el ámbito de la Administración Pública una **nueva clasificación del personal**, que ha sido recogida en la Ley por la que se aprueba el Estatuto Básico del Empleado Público, Ley 7/2007. Así, según dispone su **artículo 76**: Los cuerpos y escalas se clasifican, de acuerdo con la titulación exigida para el acceso a los mismos, en los siguientes grupos:

Grupo A, dividido en dos Subgrupos A1 y A2.

Para el acceso a los cuerpos o escalas de este Grupo se exigirá estar en posesión del título universitario de Grado. En aquellos supuestos en los que la ley exija otro título universitario será éste el que se tenga en cuenta.

La clasificación de los cuerpos y escalas en cada Subgrupo estará en función del nivel de responsabilidad de las funciones a desempeñar y de las características de las pruebas de acceso.

Pero como los nuevos títulos universitarios todavía no estaban implantados ni generalizados, la Ley establece en su **Disposición**

Transitoria Tercera, un régimen de equivalencias de las antiguas titulaciones con la nueva clasificación.

- Grupo A: Subgrupo A1
- Grupo B: Subgrupo A2
- Grupo C: Subgrupo C1
- Grupo D: Subgrupo C2
- Grupo E: Agrupaciones Profesionales a que hace referencia la disposición adicional séptima.

Así, desde 2007, todas las titulaciones de Grado dan acceso al Grupo A. En consecuencia, unos mismos profesionales de enfermería, que cuenten con el título de Grado, estarán encuadrados en el Grupo A1 o A2, según la responsabilidad de las funciones que desempeñen.

¿QUÉ DICE EL PROYECTO DE LEY DEL EMPLEO PÚBLICO VASCO?

Este Proyecto de Ley, que tiene por objetivo principal ordenar y definir el régimen jurídico del empleo público de Euskadi, recoge la misma clasificación que el Estatuto del Empleado Público y con el mismo contenido para el Grupo A, pero sorprendentemente mantiene el régimen transitorio de equivalencias, cuando hoy tal transitoriedad ya no existe para el personal de enfermería.

Ello nos plantea la duda de si van a seguir encuadrando a todo el personal de enfermería en el Grupo A2. Así, por ejemplo en su redacción inicial se excluía a la Enfermería de poder acceder a puestos del Cuerpo Superior, pero tras los escritos de alegaciones presentados desde el Colegio y también individualmente sus colegiados, se ha suprimido tal exclusión expresa.

Por ello, el Colegio está siguiendo con detenimiento la tramitación del Proyecto de Ley y vigilando cómo va a afectar la clasificación profesional en él prevista, en el ámbito de Osakidetza, cómo van a quedar clasificados aquellos empleados públicos del ámbito de las ciencias de la salud, para los cuales es requisito de acceso, no solo estar en posesión de un título universitario, sino además de un título de especialista.

Desde el Colegio se defiende que el título de Grado en Enfermería y sus especialidades no pueden quedar relegados siempre al subgrupo A2, y deben dar acceso a puestos de jefatura o responsabilidad como Jefe de Unidad, de Gestión Clínica, Responsable de Equipo, Responsable de Proyectos de Investigación...

A tal fin, el Colegio ha emprendido diversas acciones y entablado contactos con grupos parlamentarios y Consejería. Los colegiados que deseen más información al respecto pueden contactar con la Asesoría Jurídica del Colegio.

Más de 70 enfermeros guipuzcoanos acatan el Código Deontológico de la profesión

Elkargoak 15 urte daramatza ekitaldi hau ospatzen. Jarduerak helburu du Gipuzkoako erizainek haien egunerokoa gidatzen duen kode deontologikoarekin konpromisoa har dezatela.



 Foto de grupo de los enfermeros que acataron el Código Deontológico.

Un año más, el Colegio organizó el acto de acatamiento del Código Deontológico de la Enfermería. Una cita que reunió, el pasado 26 de junio, a alrededor de 140 asistentes, entre enfermeros y familiares, en la sede de la Cámara de Gipuzkoa en San Sebastián. Fue una tarde especial, donde el acatamiento del código se convierte en un acto de respeto hacia los valores de la profesión y constituye, además, uno de los momentos en los que los nuevos profesionales son conscientes, junto al resto de compañeros de promoción, del inicio de una nueva etapa cargada de responsabilidad y de compromiso con la sociedad. En el acto, participaron 76 enfermeros recién graduados.

Abrió el acto la Presidenta del COEGI, Pilar Lecuona, con un discurso de bienvenida en el que subrayó que el acatamiento del Código “es un gesto de gran relevancia que dota a nuestra profesión de un importante nivel de autoexigencia moral y ética para con el desempeño de nuestras funciones de enfermería”. Por su parte, M^ª Jesús Zapirain, expresidenta del Colegio, explicó a los asistentes la importancia de acatar el código deontológico de la enfermería deteniéndose en algunos aspectos del mismo, para abordarlos con mayor profundidad.

“Me encanta volver a encontrarme con nuevas generaciones de enfermeros y enfermeras, ya que representáis el futuro de nuestra profesión. El Código Ético no solo hay que utilizarlo en situaciones extremas, sino que deberíamos de utilizarlo para reflexionar en aquellas situaciones diarias en las que se pueden lesionar o infravalorar los derechos humanos. Debéis ser conscientes de que hacer enfermería es algo que va mas allá de la pura técnica”, subrayó Zapirain. Un compromiso que se lleva realizando entre los enfermeros guipuzcoanos desde hace ya 15 años, y que tiene como objetivo que acaten el código Deontológico para que les sirva de guía en su día a día profesional.

Tras la lectura al unísono del código y de su compromiso con el mismo por parte de los jóvenes enfermeros, todos ellos recogie-

M^ª Jesús Zapirain: “El Código no solo hay que utilizarlo en situaciones extremas, sino que debería servirnos para reflexionar en situaciones diarias”



ron de manos de la Presidenta del COEGI, el diploma que acredita su compromiso con el Código Deontológico de la Enfermería.

Para finalizar el acto, se proyectó un emotivo vídeo en el que jóvenes enfermeros y enfermeras, ya ejerciendo en distintos puestos de trabajo, contaron qué supone para ellos la profesión, por qué escogieron estudiar enfermería y cómo se sintieron al acatar el Código Deontológico. Unas palabras que pusieron el broche de oro a un acto que finalizó con un lunch.

Leopoldo Díez de Fortuny, abogado y ex Asesor Jurídico del Colegio

“La Enfermería es un colectivo que cuenta con muchas posibilidades si sus miembros se unen en la consecución de objetivos”

Leopoldo Díez de Fortuny izan da gure Elkargoaren aholkulari juridikoa 30 urtez. Orain erretiratu berri dela, JALGI aldizkarirako elkarrizketa egin diogu. Solasaldian, iraganari begiratua eman dio, eta azken urteotan erizaintzan eta Elkargoan nabarmen aldatu diren alderdietako batzuk ekarri dizkigu gogora. Berarekin batera, gure lanbidearen hiru hamarkadako historia eta mugarrak berrikusiko ditugu.



12

Ha sido 30 años el Asesor Jurídico del Colegio, ¿qué sentimientos le abordan en el momento de dejar este puesto por jubilación?

Por un lado, dar por buena la decisión personal de cerrar una etapa, una larga etapa como abogado en ejercicio (46 años) y una larga etapa también como asesor del COEGI (más de 30 años). Me costó decidirme, no sólo por la cantidad de amigos que me aconsejaban que no lo hiciera, sino también por las muchas relaciones anexas al trabajo de las que me iba a separar y que era consciente que luego echaría mucho de menos. No obstante, creo que ha sido una decisión acertada y que era el momento de hacerlo. Confío en que muchas de esas relaciones las pueda seguir manteniendo, aunque sea en un ámbito diferente, el de la amistad, y que las relaciones puramente profesionales se sustituyan por otras que, sin duda, se darán en el ámbito de las nuevas actividades a las que pienso dedicarme.

Por otro lado, me alegra saber que me sustituye tanto en el despacho como en la asesoría del Colegio, Cecilia Nabal Vicuña, que no sólo es una muy buena profesional, sino también una muy buena persona, como he tenido ocasión de constatar durante los años en que he gozado del placer de compartir con ella el ejercicio profesional.

¿Cómo recuerda el Colegio a su llegada? ¿Cómo fueron sus inicios como asesor jurídico?

Yo inicié mi andadura por el Colegio cuando acepté la propuesta que me hizo María Jesús Zapirain para que me encargase de la asesoría jurídica, allá a mediados de 1984. La verdad es que, ahora mismo, me resulta difícil remontarme con la memoria a aquellos tiempos...

Lo que sí tengo clara es la sensación de que desde el primer mo-

mento fui y seguí siendo muy bien tratado, no sólo por el personal administrativo del Colegio, sino también por las Juntas de Gobierno sucesivas y por la generalidad de los colegiados, lo que agradeceré siempre.

En aquellos tiempos todo era diferente. El Colegio era físicamente distinto, también muchas de las personas con las que empecé a tratar en el ámbito colegial. Los problemas que tenían las colegiadas no eran los mismos que los de hoy. Las estructuras sanitarias, la normativa, el sistema de acceso a las plazas del personal estatutario... eran otros. Todo, incluso la propia asesoría jurídica, se dimensionaba de forma diferente.

Recuerdo que la organización colegial tanto en el ámbito del Estado como en el autonómico fue una de las preocupaciones que nos ocupó y preocupó mucho en aquel entonces. También el proceso de transferencias de las competencias del Insalud a Osakidetza estaba en pleno auge, con el consiguiente cambio que ello trajo consigo.

¿Cómo se encontraba la enfermería por aquel entonces y cuáles son los principales cambios que, en su opinión, ha vivido la profesión?

Había una gran dependencia del personal médico. Lo que decían y hacían los médicos se consideraba un referente importante. No había, más que en contados casos, una conciencia profesional autónoma. En esto ha habido, a mi juicio, un gran avance, si bien en todos los casos no se ha alcanzado aún el equilibrio deseado y no siempre por las posturas adoptadas por las enfermeras. Sigue percibiéndose, con bastante frecuencia en mi opinión, un enfrentamiento solapado cuando no abierto entre los profesionales médicos y los profesionales enfermeros, que impide en muchos casos lo que debería ser un trabajo en equipo, como exigencia y garantía de la seguridad del paciente.

A todo ello habría que añadir que las circunstancias concurrentes, sobre todo las condiciones laborales y de organización, constituyen en muchas ocasiones, una dificultad añadida para alcanzar esa difícil autonomía profesional, al tiempo del deseable y compatible trabajo en estrecha colaboración de unos y otros. Por otro lado, las políticas de personal al uso no son, a mi juicio, las más propicias para favorecer la excelencia profesional.

En el ámbito jurídico, ¿cuáles han sido los principales hitos durante todos estos años?

Yo mencionaría como más señalados, desde mi perspectiva, por un lado, el reconocimiento de un título profesional universitario, primero como diplomado y más tarde como grado, que ha contribuido en

gran medida a crear una conciencia profesional autónoma, con todo lo que ello implica y, por otro, la apertura de la propia profesión, impulsada también por el Colegio, a la sociedad y usuarios de la sanidad, que son los destinatarios directos del ejercicio profesional.

La introducción y desarrollo de la bioética en el ámbito sanitario, por la que los profesionales enfermeros muestran un interés especial en relación al de otros sectores profesionales, constituye otro hito importante. También la preocupación del Colegio de Gipuzkoa y de gran parte de los colegiados por la formación continuada me parece esencial desde la perspectiva del buen ejercicio profesional.

Por otro lado, creo que, afortunadamente, va ganando terreno el criterio de la buena práctica profesional en detrimento del miedo por la legalidad.

Dentro de sus funciones como asesor jurídico ha tenido contacto y ha ayudado a numerosos colegiados en diversas cuestiones, ¿cuáles han sido las cuestiones más demandadas / interrogadas por parte de las colegiadas?

Sería mejor y más realista decir que he intentado ayudar a los colegiados. En ocasiones, quiero pensar que son más las ocasiones en que lo he conseguido. Pero también soy consciente de que todos no han sido éxitos y que se han producido errores por mi parte que es justo reconocer.

Dicho esto, recuerdo por la trascendencia que tuvo, el logro que supuso el reconocimiento de los trienios por servicios previos al personal estatutario. También el estatus jurídico que se consiguió en su día, para los profesionales que integraban los llamados entonces Servicios de Urgencia.

En general, los asuntos más preocupantes, para mí, han sido los procedimientos penales por supuestas negligencias profesionales, que generaban un gran desasosiego, como es lógico, a las personas implicadas. Afortunadamente, han sido muy pocos los procedimientos penales instados a los profesionales en Gipuzkoa si tenemos en cuenta los años transcurridos y el número de colegiados ejercientes, habiendo finalizado una gran mayoría de ellos con sobreseimiento o absolución.

La colegiación obligatoria también fue origen, en su tiempo, de más de un conflicto.

En general, las consultas que se han respondido desde la asesoría se refieren a temas de lo más variado. Lógico si se tienen en cuenta los cambios habidos durante todos esos años. Además, hay que recordar que, en un principio, la asesoría sólo se refería a asuntos relacionados con la profesión, mientras que más tarde se amplió a un ámbito mucho mayor.

Guardo un recuerdo muy grato de las relaciones generadas con los colegiados, que se extienden más allá de lo estrictamente profesional, en todo tipo de asuntos, pero de una manera especial en todos aquellos que se referían a conflictos colectivos, en los que era necesario hacer piña o grupo entre y con los profesionales afectados de un Servicio o de un Centro, para el estudio y mejor resolución de las cuestiones que se planteaban en ellos.

Sin duda en treinta años habrá vivido momentos emotivos, anécdotas, momentos para recordar y momentos para olvidar... ¿Podría evocar alguno de estos momentos? ¿Con qué se queda de estos treinta años?

Me acuerdo de cuando el Colegio repartió parte del número del sorteo de la lotería de Navidad que resultó agraciado con un tercer premio. Pese a que, en un principio, parece que el asunto no guarda relación con aspectos jurídicos, por cuanto a primera vista parece que sólo genera sorpresa y júbilo, desde el primer momento fue tal fuente de conflictos que yo no me di cuenta que también participaba de la suerte hasta que pasaron bastantes días. No obstante, reconozco que también es cierto que luego me costó acostumbrarme al hecho de que los siguientes años no nos tocara otra vez...

Otro tema que nos dio más de un quebradero jurídico fue la adquisición de la nueva sede (la actual) y la venta de la anterior. Pero todo valió la pena ya que, en mi opinión, mejoró mucho la imagen del Cole-

gio y con ello del colectivo profesional, al tiempo que aumentaba las posibilidades de su desarrollo.

Más de una vez me sentí frustrado cuando una sentencia favorable a nuestra tesis resultaba inejecutable por el tiempo que había transcurrido (6 y 8 años) entre el planteamiento de la demanda y la fecha de la resolución que ponía fin al procedimiento. Sucedió en varias ocasiones.

En el ámbito procedimental, fue una mala noticia cuando la competencia de todos los asuntos laborales del personal estatutario, que se resolvían en la jurisdicción social, fue atribuida a la jurisdicción contenciosa administrativa. A mi juicio, ello ha comportado un cambio negativo en la administración de justicia (entre otras razones, por más lenta y más cara), para el personal estatutario.

Pero, al final, con lo que me quedo y además me lo llevo (lo digo siempre), es la cantidad de relaciones de muy buena amistad que se han generado, durante todo este tiempo de asesoría, con el personal del Colegio y con las colegiadas.

En el ámbito jurídico, ¿cuáles son los principales retos que afronta en su opinión actualmente la enfermería guipuzcoana?

No sé si debo ser yo quien se pronuncie sobre este tema, ya que considero que son los propios profesionales a los que corresponde marcar su propio futuro.

Eso sí, como paciente y por una experiencia personal que he tenido que vivir recientemente, sí me voy a permitir la libertad de insistirles, con todo cariño y respeto (me consta que en buena medida ya lo hacen), en lo necesaria que resulta una reflexión continuada sobre lo que se hace, con el fin de comprobar que sigue siendo útil y lo mejor para ese paciente en concreto, en esa situación y en ese momento. Hay que repensar continuamente los conceptos de dolor, sufrimiento, vida, proceso natural, sedación terminal, buena práctica clínica, comunicación con el paciente, etc. y máxime cuando la versión que podamos tener de esos conceptos puedan impedir, de hecho, una buena atención al paciente.

Yo, en correspondencia, por atrevido, prometo que trataré de aplicarme el mismo consejo respecto de mis actuaciones.

Treinta años son muchos años y me da la impresión de que continuará pendiente de todo lo que acontezca a la profesión de enfermería, ¿estoy en lo cierto?

Como ya he dicho quiero seguir manteniendo, en la medida en que sea posible porque seguirá constituyendo un verdadero placer, la relación con las personas, enfermeras o no, con las que vengo disfrutando en el ámbito del Colegio de una relación de amistad.

De todo lo demás relacionado con el trabajo de asesoría, sin ánimo de molestar a nadie y pese a reconocer que siempre tirará de mí la enfermería, procuraré tomar distancia, que para algo me he jubilado.

Antes de finalizar la entrevista, ¿le gustaría lanzar algún mensaje a las 5.000 enfermeras guipuzcoanas?

Yo no soy nadie para mandar mensajes a nadie y menos a un colectivo al que no pertenezco más que por afinidad y afecto. Además, se trata de un colectivo que ya de por sí cuenta con muchas posibilidades a nada que sus miembros se unan en la consecución de objetivos.

Sí me atrevo a sugerir, ya desde el hasta ahora mi campo de actuación, las ventajas que para las asesorías de todos los Colegios de Enfermería podrían derivarse de la creación de una estructura a través de la cual se hiciera posible y fácil la comunicación directa entre todas ellas. A título orientativo podría resultar práctico lo hecho ya, de forma informal y amistosa, en el ámbito del País Vasco entre las asesorías de los colegios sanitarios (de médicos y de enfermeras, fundamentalmente), que luego se extendió a compañeros de Navarra, Burgos, Logroño y Asturias.

Para terminar, lo que sí quiero decir al colectivo, porque me siento obligado a hacerlo desde el corazón, es ¡¡¡MUCHAS GRACIAS POR TODO!!!.

Vacunación Internacional: “La salud también viaja”

Cómo proteger nuestra salud cuando viajamos al extranjero

Rosa Sancho, enfermera. Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa



Rosa Sancho

Antes de realizar un viaje internacional es importante consultar los servicios de sanidad exterior o de vacunación internacional como mínimo con 30 días de antelación, aunque lo ideal sería hacerlo desde el momento en que se sabe que se va realizar el viaje.

14 **Recomendaciones** que debemos transmitir a todas las personas que vayan a realizar un viaje a un país en vías de desarrollo:

- Consultar con el centro de salud para obtener su historial de vacunación y llevarlo cuando se acuda al centro de Vacunación Internacional.
- Acudir al centro de Vacunación Internacional para que realicen la valoración del riesgo de enfermedades infecciosas e indiquen las medidas de prevención, incluida la vacunación. Como mínimo con 4 semanas de antelación pero preferiblemente desde el momento en que se conoce el destino del viaje, de manera que haya tiempo suficiente para valorar la necesidad de vacunación y administrar aquellas vacunas que se consideren necesarias.
- Seguir todas las recomendaciones que les indiquen y advertir de los riesgos que supone no completar la profilaxis indicada.
- Conservar y llevar siempre durante el viaje el documento vacunal en el que se registrarán todas las vacunas administradas.
- Los extranjeros residentes en nuestra Comunidad también deben acudir a estos servicios porque pueden tener también riesgos al volver a su país. Si se valora que es posible que no acudan a dichos servicios y se trata de niños nacidos aquí pero que son hijos de extranjeros procedentes de países en vías de desarrollo, es recomendable que se les vacune en el mismo centro de salud frente a la hepatitis A para evitar que vayan a sus países de origen sin protección.
- Comprobar la historia vacunal previa, sobre todo en las personas que ya fueron vacunadas siguiendo un Calendario de Vacunación Infantil (desde 1975), para valorar si son necesarias vacunas adicionales. Los nacidos desde 1981 ya debían ser vacunados frente a la hepatitis B según su Calendario Vacunal. Los vacunados frente a hepatitis B previamente no necesitan revacunarse ni hacer estudio serológico.

¿Qué aspectos influyen en el nivel de riesgo cuando se viaja a países de alta endemicidad?

El riesgo de enfermedad asociado a viajes y por lo tanto, la indicación de vacunación está condicionada por varios factores:

Itinerario del viaje (países y zonas visitadas)

- Tipos de viaje
- Fechas de viaje
- Duración del viaje
- Actividades a realizar
- Características del viajero

Las indicaciones específicas de vacunación que podemos encontrar pueden ser:

Vacunas obligatorias: la única vacuna sometida a reglamentación internacional es la fiebre amarilla. Actualmente también es obligatoria la vacunación frente a Meningococo ACW135Y para los peregrinos que acuden a La Meca. Actualmente, dada la alerta internacional de transmisión de poliovirus, algunos países libres de polio pueden exigir la vacunación para la entrada en el mismo.

Vacunas recomendadas: A partir de la valoración que realice el centro de Vacunación Internacional, teniendo en cuenta los diferentes aspectos según la situación de endemicidad de cada país pueden indicarse vacunas frente por ejemplo la Rabia, Fiebre Tifoidea, Hepatitis A, Hepatitis B, Cólera, Polio, Encefalitis japonesa o Encefalitis por garrapatas, entre otras.

Profilaxis recomendada para la prevención de la Malaria o Paludismo: No se trata de una vacuna sino de un fármaco profiláctico para evitar el desarrollo de la enfermedad.

Se puede encontrar toda la información en la página del Ministerio de Sanidad o en la página de la OMS, donde encontraréis mapas de incidencia de enfermedades, muy útiles para el profesional.

CENTRO DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL. SAN SEBASTIÁN

Plaza Pío XII, s/n (Edificio de la Subdelegación del Gobierno en Gipuzkoa).

Teléfonos para solicitar cita previa: 943 989 346 / 49/43/44

Teléfono Centralita: 943 989 000

Premios y cena anual de la Enfermería guipuzcoana

Ana Marcos Garcia erizainak, OSANAIA proiektuaren talde teknikoak eta Elikagai Bankuak Gipuzkoako Erizain Elkargo Ofizialaren saria jaso dute.



 Miembros de la Comisión de Festejos, de la Junta de Gobierno del Colegio y algunos de los homenajeados posan en una foto de familia.

15

Como cada año, la enfermería guipuzcoana se reunió en una cena anual, en la que entregaron los Premios COEGI, los máximos reconocimientos del Colegio que, en esta ocasión, fueron concedidos a la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Donostia, Ana Marcos García, quien obtuvo el Premio COEGI a la Trayectoria Profesional. Ana recibió este reconocimiento a propuesta de sus propios compañeros, quienes destacan de ella que: “es una magnífica profesional, servicial y cercana, que lleva varias décadas apoyando a estudiantes, profesionales, pacientes y familiares en la UCI, con gran humanismo y capacidad de escucha”.

Asimismo, el equipo técnico consultor del proyecto OSANAIA, integrado por Aitziber Gutiérrez, Roberto Abad y Aitziber Ubis, fueron merecedores del Premio COEGI 2014 a la Difusión y Comunicación de la Profesión Enfermera. OSANAIA es la herramienta impulsada e implantada por Osakidetza para la gestión de cuidados de enfermería, que permite la integración de la información de los tres ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Especializada y Salud Mental). Los tres integrantes del equipo técnico que recibieron el Premio han sido los responsables de coordinar los grupos de trabajo para su implantación, en los que han participado cerca de 300 profesionales en la Comunidad Autónoma Vasca.

Además de los citados Premios, la Junta de Gobierno del Colegio acordó conceder el 0,7% de su presupuesto anual al Banco de Alimentos de Gipuzkoa. Desde hace dieciocho años, el COEGI destina este porcentaje de su presupuesto a diferentes ONGs, habitualmente relacionadas con el ámbito sanitario para el desarrollo de proyectos diversos.

“Este año, y a propuesta de algunos de nuestros colegiados, hemos acordado conceder esta colaboración al Banco de Alimentos

de Gipuzkoa, conscientes de la difícil situación que viven muchos de nuestros conciudadanos y con el objetivo de colaborar con la encomiable labor que desarrollan desde esta organización”, subrayaba Pilar Lecuona, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa.

CITA ANUAL DE LA ENFERMERÍA GUIPUZCOANA

Una cita anual que se celebró con una cena en el Hotel Londres de San Sebastián donde se reunieron alrededor de 200 personas. Acto que aprovecharon para rendir un pequeño homenaje a sus compañeros de la Clínica El Pilar que, tras casi 70 años de historia, ha cerrado sus puertas.

Una noche especial cargada de emociones, donde hubo sorteo de premios, concurso de aderezos, reparto de becas, música y baile, para disfrutar de una inolvidable velada orquestada a la perfección por la Comisión de Festejos del Colegio.



 Las compañeras de Ana Marcos no quisieron faltar al homenaje.

Jornada Profesional en los Cursos de Verano de la UPV

La Enfermería ante los determinantes sociales de la salud

Elkargoak antolatutako jardunaldian, herritarren osasunean eragiten duten alderdiak aztertu ziren, baita erizaintzaren rola osasunaren gainean eragiten duten aldagai sozialetan ere, hala nola hirigintza, ekonomia, ingurumena eta genero-desberdinkeria.

El Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa (COEGI) organizó dentro de los Cursos de Verano de la Universidad del País Vasco una Jornada Profesional que se celebró el 18 de junio en el Palacio Miramar de San Sebastián, bajo el título “*Estilos de vida saludables, una apuesta segura hacia el bienestar. El papel de la Enfermería en los determinantes sociales de salud*”. La Jornada sirvió para realizar un análisis en profundidad sobre los factores sociales que influyen en la salud de los ciudadanos

En la Jornada se abordaron temas tan dispares e importantes para la salud como son el urbanismo, la economía, el medio ambiente y el género. La Presidenta de COEGI, Pilar Lecuona, fue la encargada de inaugurar el curso con un mensaje claro: “tenemos que dar un paso adelante y tener presencia y voz también en los determinantes sociales de la salud. Determinantes colectivos que, quizás desde la enfermería dejemos a un lado en el día a día por atender lo individual, pero que debemos aprender a tener en cuenta”.

16



Gemma Estévez, Maite Villafruela, Mara Gallastegi, Pilar Lecuona, Carme Borrell y Koldo Tellería

Acto seguido, la primera ponente, Mara Gallastegi, licenciada en ciencias ambientales, fue la encargada de abrir el encuentro, presentando los resultados de la tesis que ha realizado sobre la relación del medio ambiente con la salud. Enumeró múltiples contaminantes y los riesgos que tenemos a la hora de exponernos según a qué productos y espacios. Además, narró los retos que se afrontan en contaminación ambiental, y explicó algunas de las consecuencias que tiene cada contaminación, por ejemplo, la influencia del plomo en los huesos. Gallastegi finalizaba subrayando que: “aunque tratemos los temas de manera individual, lo cierto es que todo está relacionado. Es por ello muy importante tener en cuenta el entorno para prevenir enfermedades y promover la salud”.



Koldo Tellería, profesor de la UPV, especialista en Urbanismo y Participación, se centraba en su ponencia en los espacios urbanos, y enumeró de dónde venimos para conocer y entender por qué tenemos las ciudades que tenemos. “Nosotros trabajamos para que los espacios estén adecuados a la vida cotidiana, generados desde las necesidades colectivas, mediante procesos participativos en implicación de la sociedad, y hacia lugares más cercanos, cómodos, agradables y, al final, más saludables. Entendemos que la ciudadanía es plural y el espacio único, y no debemos olvidar a las personas que lo utilizan. Desde la enfermería tenéis mucho que decir”, subrayó.

Pilar Lecuona: “Aurrerapausoa eman behar dugu, eta osasunean eragiten duten aldagai sozialetan presentzia eta ahotsa eduki”

El siguiente aspecto abordado en la jornada fue la economía, trasladada a la sanidad, servicio básico para el bienestar de la ciudadanía. En este sentido, Maite Villafruela, licenciada en Administración y Dirección de Empresas y miembro de la Junta de gobierno del Colegio Vasco de Economistas, señaló en su intervención que “el propósito fundamental es humanizar la economía para ponerla al servicio de las personas y no al revés. Al mismo tiempo, el Estado debe tener un papel clave en la provisión de determinados bienes que el mercado no satisface plenamente. El ejemplo más claro para mí es la educación y la sanidad. No hay mejor manera de terminar con el Estado de Bienestar que incurrir en déficits públicos crónicos”, y añadió, “es vital la profesión de enfermería y la labor de la enfermera de empatizar con otras profesiones no sanitarias, donde opinar y trasladar las necesidades que vemos a todos los niveles en las personas, porque la economía es una ciencia social. Cuando hay una crisis económica, las consecuencias acaban en la salud”.

EL GÉNERO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

Tras el descanso, Carme Borrell, Doctora en Medicina y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y en Medicina preventiva y salud pública, tomó la palabra y aseguraba que el género y la clase social son factores determinantes para la salud. “Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en la salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres, las personas de edad adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas geográficas más ricas”.

Maite Villafruela: “Erizainaren lana da osasunaz kanpoko lanbideekin enpatizatzea”

Además, aseguró que “las sociedades que tienen una renta más igualada tienen una salud mejor, y se está demostrando que la problemática de los desahucios está afectando de manera directa en la salud”. Centrándose en la desigualdad de género, enumeró los factores que la provocan y en los ámbitos en los que se da, y finalizó con un vídeo en el que se abordaban las políticas de género que se llevan a cabo y las que se podrían hacer.

Una temática que avivó la participación de los asistentes y que provocó una ronda de preguntas y de debate muy nutrida, que finalizó con una reflexión sobre la necesidad de seguir luchando por los derechos que la mujer merece.

Una jornada con la que el Colegio pretendía que los profesionales enfermeros tomen conciencia de la voz que la Enfermería tiene en otros sectores, desde los que, además, desean escuchar lo que los enfermeros tienen que decir para mejorar, de forma conjunta, la salud de los ciudadanos. Un diálogo compartido en el que se demostró que todo está relacionado, y que la colaboración puede servir mucho a las diferentes disciplinas profesionales pero, sobre todo y lo más importante, a la sociedad.

Koldo Tellería: “Badakigu herria plurala dela eta espazioa bakarra, eta ezin ditugu espazio hori darabilten pertsonak ahaztu. Erizainek asko duzue esateko”



Si quieres cambiar las cosas, hazlo en las Comisiones de trabajo del Colegio

Horietan sortzen dira lanerako ideia asko, baita prestakuntza-jarduerak ere.

Las Comisiones de trabajo del Colegio están abiertas a la participación y propuestas de todos aquellos colegiados que quieran colaborar en ellas. Podríamos decir que las Comisiones son, en gran medida, el “alma” del Colegio. De ellas surgen numerosas ideas de trabajo, así como actividades de formación. Si quieres cambiar las cosas, participa, súpate a alguna de ellas.

A continuación os recordamos las Comisiones que están activas en la actualidad si bien están pendientes de constitución actualmente las de Deporte, Pediatría, Jubilados y Enfermería Comunitaria.

Conoce nuestras Comisiones y sus objetivos.

- **Matronas:** Su objetivo es promover el desarrollo las competencias de la profesión, compartir los problemas que surgen en el día a día de trabajo, y promover mejoras a distintos niveles.
- **Salud Laboral:** Tiene por objeto la potenciación de la profesión enfermera en dicho ámbito, en el que el profesional enfermero demuestra su competencia por formación, experiencia e implicación.
- **Cuidados Enfermeros Holístico-Naturales:** Su objetivo es potenciar la aplicación de Cuidados Holísticos y Naturales en la práctica profesional enfermera, entendiendo al ser humano como una totalidad, que integra mente, cuerpo y espíritu.
- **Cooperación Internacional:** El saber enfermero facilita hermanamientos para que los destinatarios con los que se trabaja, recuperen la autonomía y la dignidad, disminuyendo así las desigualdades sociales, independientemente del contexto donde se viva.
- **Salud Mental:** Entre sus fines destacan fomentar el desarrollo de la Enfermería de Salud Mental y dar a conocer esta especialidad. Su creación es fruto de las reuniones de trabajo que venían manteniendo varios de los enfermeros guipuzcoanos que trabajan en esta especialidad.
- **Vacunación:** La Comisión trabaja para dar respuesta a las necesidades que se plantean a los enfermeros en su trabajo cotidiano y mantener actualizado su conocimiento en materia de vacunación, sea cual sea su ámbito de trabajo, público o privado.
- **Pericial:** En base a la Ley de Enjuiciamiento Civil cada año el Dpto. de Justicia, solicita al COEGI el listado de colegiados dispuestos a actuar como peritos en los juicios civiles. Entre los requisitos para participar se encuentra ser colegiada y contar con un mínimo de 7 años de experiencia profesional.
- **Enfermeros jóvenes:** Son un equipo de trabajo que pretende participar en proyectos innovadores, proyectos de educación para la salud y proyectos en beneficio al colegiado para mejorar y avanzar.
- **Geriatría:** Tiene como objetivo general potenciar los cuidados de enfermería en las Residencias Geriátricas para lograr que este espacio, que a corto plazo tiene necesariamente que ampliar el número de profesionales de enfermería, vaya adecuando las diferentes funciones.



18

IV ENCUENTROS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA, EL PRÓXIMO 23 DE OCTUBRE EN SAN SEBASTIÁN

Bajo el lema “*Coordinación y continuidad de cuidados en Salud Mental*”, San Sebastián acogerá el próximo 23 de octubre los IV Encuentros de Enfermería de Salud Mental del País Vasco y Navarra y I Jornada de Enfermería de Salud Mental COEGI. El encuentro, que se desarrollará en horario de mañana, se dirige tanto a enfermeras especialistas en Salud Mental como EIR en Salud Mental, así como a cualquier enfermero interesado en esta especialidad. El objetivo de esta cita es compartir experiencias en el campo de la enfermería de Salud Mental y dar visibilidad a la necesidad de coordinación y de continuidad en los cuidados en salud mental. El Comité Científico de las Jornadas está integrado por los enfermeros que forman parte de la Comisión de Salud Mental del COEGI.



La participación en la Jornada no tiene coste económico, si bien para asistir es imprescindible inscribirse en la Secretaría del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa, enviando la hoja de inscripción al mail coegi@coegi.org. El plazo de inscripción ya se ha abierto y las inscripciones podrán formalizarse hasta el próximo 16 de octubre.

Consulta la página web del Colegio para más información:
www.coegi.org

Garbiñe Aguirre, coordinadora de ACABE GIPUZKOA

“Las enfermedades mentales están estigmatizadas y no tienen un tratamiento adecuado en los medios”

ACABE GIPUZKOA elkarteak elikadura-jokaeraren nahasmenduak dituzten gaixoak eta haien senideak artatzen ditu, 1994tik. Laguntza eta jarraibideak ematen dizkie, kasu horietan nola esku hartu eta egoera nola tratatu jakiteko. Elkarteak azpimarratzen du erizaina-zeregina funtsezkoa dela gaixotasun horietan.

¿Qué conductas de riesgo existen para desarrollar un trastorno alimentario?

La conducta de riesgo más frecuente y que puede desencadenar un TCA es el seguimiento injustificado de una dieta restrictiva que ha podido ser realizada por cuenta propia o controlada por un profesional; así como la modificación de costumbres alimentarias como saltarse comidas diciendo que se ha comido fuera de casa, evitar la ingesta de determinados alimentos y hacer ejercicio con el fin de bajar peso.

¿Cuáles suelen ser las primeras señales de alarma?

En el caso de la anorexia las primeras señales son la pérdida de peso sin justificación aparente, miedo intenso a engordar y hacer continuos comentarios referentes a la imagen y al peso, comportamiento extraño a la hora de comer, como hacer trocitos pequeños, evitar comer con los demás, practicar ejercicio físico de manera compulsiva, cambios en el carácter y en el humor, etc. En el caso de la bulimia, los síntomas más claros suelen ser comer con ansiedad y nerviosismo, que desaparezca comida de la cocina, cambios en el estado de ánimo, variaciones en el peso, distanciamiento de amigos y familiares.

¿Es necesario un equipo multidisciplinar para tratar estos casos?

Sí, es muy necesario trabajar tanto el aspecto psicológico, con un psiquiatra, un psicólogo y con psicoterapia y, en algunos casos, incluso con medicación. Para la parte orgánica es esencial el tra-



bajo de endocrino/a, nutricionista y personal de enfermería. Y la tercera pata sería el apoyo y seguimiento de la familia.

¿Las personas afectadas por este trastorno evitan la palabra enfermedad?

Sí, porque primero no tienen conciencia de enfermedad, en todo caso reconocen “malas conductas” y, por otra parte, porque las enfermedades mentales están estigmatizadas y no tienen un tratamiento adecuado en los medios, lo que hace que no se identifiquen con los patrones que ven y su realidad.

La enfermería, ¿qué papel tiene y debe jugar en este ámbito?

Tiene un papel muy relevante. Tanto en poder detectar estos trastornos por su cercanía en las consultas, como en el control y seguimiento de los casos que suelen alargarse en el tiempo. Especialmente en los ingresos hospitalarios, porque son quienes van a estar cuidando y acompañando en todo momento a estos/as enfermos/as. Su labor es fundamental.



ACABE Gipuzkoa
Asociación de familiares de personas con Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia
www.acabegipuzkoa.org
Tfno: 943 326 250
info@acabegi.org

El simulacro de un accidente de autobús pone el punto y final al curso de Experto en Enfermería de Urgencias y Emergencias

Elkargoak 15 urte baino gehiago daramatza jarduera hori antolatzen. Helburua da erizain titulatuek ikasitako teoria praktikan jar dezatela, errealitatek ahalik eta gertuen dauden egoerak sortuta. Tolosaldea Bus, S.L. eta Grúas Kuluxka enpresen laguntza eskuzabalari esker gauzatu ahal izan genuen simulazioa.



La explanada de Illunbe de San Sebastián acogió el simulacro con el que se dio por finalizado el Postgrado universitario de Experto en Enfermería de Urgencias y Emergencias de la Escuela de Ciencias de la Salud que organiza el Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa (COEGI). En el accidente se recreó un Incidente de Múltiples Víctimas (IMV) en el curso de un accidente de tráfico con el agravante de incendio más producción de humos dentro de un autobús.

20

En el simulacro participaron 90 enfermeros, así como personal y dotaciones de DYA, Cruz Roja y Policía Local. La aportación de estos agentes y la coordinación del equipo de enfermeros con el resto del personal, fue esencial para la buena capacidad de resolución de la situación. El simulacro fue posible gracias a la colaboración desinteresada de Tolosaldea Bus, S.L. y Grúas Kuluxka.

Un espectacular simulacro en la explanada de Illunbe en el que participaron personal y dotaciones de Bomberos, DYA, Policía Local y del Servicio de Movilidad de San Sebastián



En total, en el simulacro fueron atendidas 39 víctimas por politraumatismos clásicos, quemados e intoxicaciones por humo. De ellas, 31 fueron evacuadas tras el correspondiente triaje (clasificación) y, 8 de ellas, fallecieron a consecuencia del accidente. Durante el simulacro se instaló un Hospital de Campaña y, como novedad, los alumnos contaron con una Central de Coordinación de Emergencias situada en la zona y desde la que tuvieron que movilizar los recursos y atender las comunicaciones.

El objetivo del simulacro que el Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa organiza desde hace más de 15 años, es que los enfermeros titulados que han participado en el curso apliquen en la práctica la teoría aprendida, creándose una situación lo más cercana a la realidad.



Aldizkari honetan, Eduardo Amado de Oliveiraren lana aurkezten dugu: "OSASUN ZERBITZU NAZIONALAREN KUDEAKETA PUBLIKOAREN ETA KANPO-KUDEAKETAREN ARTEKO ERKAKETA LONGITUDINALA (1997-2011)". Lanak Ahozko Hitzaldi Onenaren Saria jaso zuen CONOCER-NOS Erizaintza Ikerketa eta Berrikuntza Jardunaldien VIII. Edizioan, 2014ko azaroaren 5ean eta 6an egun zirenak Donostian.

En esta revista presentamos el trabajo de Eduardo Amado de Oliveira: "COMPARACIÓN LONGITUDINAL ENTRE LA GESTIÓN PÚBLICA Y LA GESTIÓN EXTERNALIZADA EN EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (1997-2011)", que recibió el Premio a la Mejor Comunicación Oral de Trabajo de Investigación Científica en la VIII Edición de las Jornadas de Investigación e Innovación Enfermera CONOCER-NOS que se celebraron en San Sebastián los días 5 y 6 de noviembre de 2014.

Tendencia de la Mortalidad Evitable en España según el modelo de gestión de los servicios sanitarios públicos: comparación longitudinal entre la Gestión Pública y la Gestión Externalizada en el Servicio Nacional de Salud, 1997 - 2011.

Eduardo Amado de Oliveira

Licenciado en Enfermería, Universidade do Minho, PORTUGAL, 2008;

Master en Salud Pública, Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea, SPAIN, 2014; Enfermero en el Hospital Universitario Donostia, SPAIN.

RESUMEN

Contexto: Cada vez más, la sociedad exige de las instituciones y organismos públicos un servicio económicamente sostenible y altamente calificado. Esta exigencia llevó a la implementación de nuevos modelos de gestión. La Sanidad Pública no es excepción y ha sido históricamente una de las principales protagonistas en el debate de la gestión pública contra la gestión externalizada. Hay muchos estudios que relacionan los gastos con las actividades realizadas, costes de personal y otros factores, del punto de vista financiero y organizativo, pero escasean estudios desde el punto de vista de los resultados en salud. La literatura científica, a nivel internacional, apunta para la posibilidad de existir una relación entre el modelo de gestión de los servicios de salud y la mortalidad evitable.

Método: Se recogen datos referentes a la mortalidad evitable, por sexo, en cinco comunidades autónomas de España, con diferentes porcentajes de camas del Servicio Nacional de Salud bajo gestión externalizada, entre 1997 y 2011. Se comparan medianas de porcentajes y medianas de mortalidades evitables brutas mediante pruebas no paramétricas y se estudia la asociación entre el modelo de gestión y la mortalidad evitable ajustada por sexo y año de seguimiento, mediante un modelo de regresión binomial negativa.

Resultados: Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de camas del SNS con gestión externalizada entre las comunidades autónomas estudiadas ($p < 0,001$) siendo la Comunidad Valenciana la que presenta el mayor valor, estadísticamente diferente de las demás (%CGE: $6,14 \pm 4,70$). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de mortalidad evitable bruta de las comunidades autónomas, para ambos sexos. Entre los grupos de causas de mortalidad evitable considerados hay diferencias estadísticamente significativas de mortalidad evitable bruta ($p < 0,001$) siendo la "Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón, entre los 35 y los 74 años de edad" la que presenta el valor más elevado de forma estadísticamente significativa ($54,17 \pm 37,71$). Para este grupo de causas, se demuestra una diferencia estadísticamente significativa entre las comunidades autónomas ($p < 0,001$), diferenciándose de forma estadísticamente significativa la Comunidad Valenciana con el valor más elevado ($75,83 \pm 46,66$). Se demuestra una asociación estadísticamente significativa entre la Mortalidad Evitable, ajustada por sexo y año de seguimiento, y el porcentaje de camas del Servicio Nacional de Salud con gestión externalizada, para algunos grupos de causas de mortalidad evitable (ISAS 3: RR=1.02, IC95% 1.01-1.03; ISAS 4: RR=1.05,

IC95% 1.04-1.06; ISAS 5: RR=1.04, IC95% 1.0-1.7; ISAS 6: RR=1.01, IC95% 1.01-1.02).

Conclusiones: El aumento del porcentaje de camas del Servicio Nacional de Salud con gestión externalizada resulta en un incremento de la mortalidad evitable. La externalización de la gestión de los servicios públicos de salud está asociada de forma estadísticamente significativa al aumento de la mortalidad evitable.

Tendencia de la Mortalidad Evitable en España según el modelo de gestión de los servicios sanitarios públicos: comparación longitudinal entre la Gestión Pública y la Gestión Externalizada en el Servicio Nacional de Salud, 1997 - 2011.

Eduardo Amado de Oliveira

INTRODUCCIÓN

La Salud es un bien imprescindible, de interés común para la sociedad Española. La población espera de los organismos administrativos (de provisión privada o pública) un servicio sanitario competente y de calidad cuyos gastos sean adecuados a sus actividades y resultados.¹

Dar respuesta a las exigencias de calidad actuales con una gestión de servicios sanitarios públicos económicamente sostenibles para el estado es uno de los retos más antiguos en las sociedades modernas, incluida la Española.¹²

A nivel internacional, hay numerosos estudios que analizan la viabilidad económica de los diversos sistemas de gestión de la atención sanitaria con conclusiones contrarias y el debate social está lejos de acabar en un consenso entre las dos frentes: unos abogando por un sistema sanitario público gestionado y proveído por entidades privadas (con o sin ánimo de lucro) y otros por una sanidad de gestión pública.²

GLOSARIO

- %CGE: Porcentaje de Camas del SNS con Gestión Externalizada
- C.A./CC.AA.: Comunidad/es Autónoma/s
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- CNC: Comisión Nacional de la Competencia
- EE.UU.: Estados Unidos de América
- HTA: Hipertensión Arterial
- IC95%: Intervalo de Confianza del 95%
- INE: Instituto Nacional de Estadística de España
- IRA: Insuficiencia Renal Aguda
- LGS: Ley General de Sanidad
- M.E.: Mortalidad Evitable



- MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- P25/P75: Percentil 25/Percentil 75
- PFI: *Private Finance Initiative*
- PPP: *Public-Private Partnership*
- SNS: Servicio Nacional de Salud

En España, la Ley 15/1997, el Real-Decreto 29/2000 y la LGS establecen los diferentes modelos de gestión de los servicios sanitarios: nuevas formas de Gestión Directa, formas de Gestión Indirecta, Conciertos y Convenios.¹

La responsabilidad de la organización de los recursos sanitarios recae sobre las CC.AA.¹ Así, en 1997 algunas iniciaron el proceso de diseño y modificación de los modelos de gestión de dichos servicios implementando la Gestión Externalizada.¹

La gestión directa (en sus diferentes formas) se mantuvo en la mayoría de las CC.AA. Sin embargo, en algunas se optó por implementar modelos de gestión indirecta, entre ellos: la concesión de servicio público para la construcción y explotación de un hospital y el contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado.¹

Dichos modelos son los más utilizados actualmente (definidos en el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público aprobado en el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre)¹ y en ellos consiste el concepto de Externalización de Servicios Públicos.

En España, hay estudios del foro económico y financiero que relacionan la eficiencia de la atención sanitaria con el modelo de gestión utilizado² pero escasean los estudios de estos modelos de gestión desde el punto de vista de la Salud.³

En el análisis de los modelos de gestión de los servicios sanitarios desde este punto de vista, la Mortalidad es el principal indicador utilizado.^{2,4,5,6,7}

Un estudio realizado en Cataluña (estudio ARCA), analizando la mortalidad post-operatoria (ajustada por factores predictores de mortalidad) de los pacientes intervenidos para la realización de un *bypass* coronario por primera vez, demostró que la atención en instituciones privadas tenía un efecto protector.⁴

Otro estudio realizado en España por una empresa de servicios profesionales en el ámbito de la salud, concluye que, frente al modelo de gestión directa, los nuevos modelos de gestión (sea por entidades privadas o públicas) presentan mejores resultados - con diferencias estadísticamente significativas - de eficiencia funcional, calidad científico-técnica (concretamente, de mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo) y de productividad.³

A nivel internacional, se constata que la experiencia no permite establecer diferencias rigurosas entre modelos de gestión con

respecto a la mortalidad y otros resultados en salud de la población.²

Sin embargo, algunos centran el debate en la intención del organismo gestor, es decir, con o sin ánimo de lucro.

Desde este punto de vista, en EE.UU. se observa que el riesgo de muerte de los pacientes tratados en centros de hemodiálisis con ánimo de lucro es superior al de los tratados en centros sin ánimo de lucro y se demuestra que el número de muertes de pacientes tratados en centros de hemodiálisis con ánimo de lucro que podían haber sido evitadas, en todo el país, es de 2500 al año (IC95%: 1200 - 4000).⁶

En otro estudio, realizado en el mismo país, se demuestra que la gestión privada con ánimo de lucro de los hospitales está asociada a un riesgo de mortalidad superior (en adultos) comparativamente al de los hospitales gestionados por administraciones sin ánimo de lucro.⁵

Estas y otras experiencias alimentan la hipótesis de que el ánimo de lucro puede tener un impacto negativo importante en los resultados de los cuidados de salud.⁵

Relativamente a la realidad en Europa, se destaca un estudio interregional realizado en Italia que relaciona la inversión estatal en los diferentes tipos de gestión hospitalaria con la Mortalidad Evitable, analizando el proceso de privatización iniciado en los años 90. Se demuestra que una mayor inversión en el sistema sanitario público resulta en una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad evitable. A su vez, la inversión en el sector privatizado no ha sido relacionada estadísticamente con cualquier cambio en la M.E.⁷

En una revisión sistemática internacional (para países de nivel de ingresos medio-bajo) se analiza según la lista de criterios de evaluación de sistemas de salud propuesta por la OMS, diferentes tipos de gestión hospitalaria: instituciones multinacionales y nacionales con ánimo de lucro, proveedores particulares formales o informales, proveedores sin ánimo de lucro, hospitales públicos, clínicas privadas, colaboraciones público-privadas, etc.⁸

En dicho análisis se constata que el sector privado tiende a carecer de datos publicados que permitan la evaluación de su desempeño, presenta mayor riesgo de cuidados de baja calidad y sirve a clases socioeconómicas superiores, por otro lado, el sector público tiende a ser menos satisfactorio para los pacientes y sufre de mayor carencia de recursos materiales.⁸

Tabla I
Causas Susceptibles de Intervención por los Servicios de Asistencia Sanitaria (ISAS)

Grupo	Edad (años)	Causas
1	< 15	Leucemia
2	5 - 49	Asma
3	15 - 74	Tumor Maligno Cuello de Útero; Tumor Maligno Cuerpo de Útero y Parte no Específica
4	35 - 74	Enfermedad Isquémica del Corazón
5	0 - 49	Diabetes Mellitus
6	0 - 74	Tuberculosis; Enfermedad de Hodgkin; Enfermedad Reumática del Corazón; IRA, Neumonías e <i>Influenza</i> ; Apendicitis; Hernia Abdominal; Colelitiasis/Colecistitis; HTA; Enfermedad Cerebrovascular; Cáncer de Mama; Úlceras Pépticas; Enfermedades Vacunables; Anemias Carenciales; Tumor Maligno de Piel; Tumor Maligno Testículos; Enfermedad de Tiroides; Hiperplasia Benigna de Próstata; Anomalías Congénitas Cardiovasculares
7	Todas	Mortalidad Materna; Mort. por Causas Perinatales; Incidentes Adversos por Atención Médica y Quirúrgica (Iatrogenia)

Fuente: Gispert, et al.¹⁰

Se observa también que el sector privado tiene menor eficiencia que el sector público, resultando en elevados costes en medicación, incentivos irregulares para realización de pruebas y tratamientos innecesarios, mayor riesgo de complicaciones y una regulación de calidad y servicio débil.⁸

Teniendo en cuenta las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral, un estudio transversal comparativo, en Alemania, demuestra que los médicos de los hospitales públicos refieren más frecuentemente niveles altos de exigencias laborales frente a los privados. Por otro lado afirma que la calidad de liderazgo percibida y el *feedback* recibido sobre el desempeño laboral de los médicos en los hospitales sin ánimo de lucro tienen valoraciones significativamente superiores a las de los médicos en hospitales con ánimo de lucro, lo que puede indicar que los médicos de los hospitales sin ánimo de lucro evalúan mejor a sus gestores y compañeros de trabajo que los de los hospitales con ánimo de lucro. Sin embargo, no se encuentra diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de gestión hospitalaria con respecto a la satisfacción laboral.⁹

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un **estudio analítico prospectivo**. El período de seguimiento es el comprendido **entre los años de 1997 y de 2011**. El inicio del estudio coincide con la entrada en vigor de la ley 15/1997 "Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud"⁸ y el fin del estudio es forzosamente en 2011 porque no se encuentran disponibles los datos de mortalidad detallados por códigos de causas CIE-10 posteriores a este año, en las fuentes citadas abajo en el momento de la búsqueda. Como objetivo general se pretende analizar la calidad asistencial sanitaria en las instituciones del SNS con régimen de internamiento y su relación con el modelo de gestión implementado: administración directa (tradicional) y otros tipos de gestión pública (autonomías, empresas y fundaciones públicas, etc.) frente a la gestión privada de los servicios sanitarios públicos (PPP, PFI y otros modelos de gestión por parte de empresas privadas en la provisión de servicios públicos de salud)³.

Cómo indicador de dicha calidad asistencial se utilizará la Mortalidad Evitable, estratificada por sexo y por grupos de causas de muerte, para cada C.A. y cada año del periodo de seguimiento.

La M.E. es un indicador fundamental en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios prestados a la comunidad y de las políticas desarrolladas con el fin de mejorar la salud de la población. Sin embargo, la definición de este concepto no es consensual en la comunidad científica y no hay unanimidad en las herramientas utilizadas para medir este fenómeno.¹⁰

Para el presente estudio, se define la M.E. cómo "muerte innecesariamente prematura y sanitariamente evitable".¹⁰ En la definición de muerte evitable, se recurre a la lista de consenso propuesta por Gispert, *et al.*¹⁰ En esta lista se indican los códigos (según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9 y 10) de las causas de muerte y los rangos de edad en los cuales se considera que la muerte fue "innecesariamente prematura" y "sanitariamente evitable". En la clasificación de las causas de muerte según su susceptibilidad, se definen dos grupos: causas susceptibles a la Intervención de los Servicios de Asistencia Sanitaria (causas ISAS) y causas susceptibles a la Intervención por Políticas Sanitarias Intersectoriales (causas IPSI).

Teniendo en cuenta la naturaleza de este estudio, se excluye las causas IPSI considerando que las políticas intersectoriales des-

critas en dicho documento no dependen directamente del modelo de gestión de los servicios de salud en las instituciones.

Las causas de muerte evitables agrupadas por rangos de edad consideradas para este estudio se denominan ISAS 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 (Tabla I).

La fuente de los datos relativos al número de defunciones - desglosado por sexo y por códigos de causas de muerte (del CIE-9 hasta 1998 y del CIE-10 a partir de 1999) y para los grupos de causas ISAS - ha sido el portal de información estadística online del MSSSI¹⁴.

Los datos de población total de las comunidades autónomas estudiadas - también estratificados por sexo y según los rangos de edad indicados - ha sido la página web del INE¹³.

El objetivo específico de este estudio consiste en conocer y cuantificar la asociación entre la M.E. y la gestión externalizada de los servicios sanitarios públicos (modelos de gestión sanitaria por parte de entidades privadas).

Como medida de la gestión externalizada en una determinada C.A. se formula un indicador que permita la cuantificación: Porcentaje de Camas del SNS con Gestión Externalizada (%CGE). Esta variable resulta de la proporción del total de camas del SNS instaladas en las instituciones cuyos servicios sanitarios han sido externalizados - para cada C.A. y por cada año - sobre el total de camas del SNS instaladas en dicha comunidad autónoma y dicho año:

$$\%CGE = \frac{n^{\circ} \text{ camas del SNS Gest. Ext.}}{n^{\circ} \text{ total de camas del SNS}} \times 100$$

Las instituciones de salud incluidas en este estudio son todas las pertenecientes al SNS, con régimen de internamiento, instaladas y en funcionamiento en cada año - independientemente del tipo de gestión a que estén sometidas.

Por lo tanto, se excluyen las instituciones de atención primaria, centros de día y todas las que estén en fase de construcción o pendientes de iniciar actividad en determinado año.

Con respecto al modelo de gestión, se tiene en cuenta el año a partir del cual se procede a la externalización de los servicios sanitarios de determinada institución sanitaria, contabilizando sus camas: hasta entonces, como "camas del SNS con gestión pública" y, a partir de entonces, como "camas del SNS con Gestión Externalizada"

En el informe de 2013 de la CNC¹ se reflejan todos los centros sanitarios cuya construcción de infraestructuras, gestión de servicios de tipo no sanitario, gestión de los servicios de tipo sociosanitario o gestión de los servicios sanitarios ha sido externalizada del ámbito público. Además, se indica en qué fecha se procedió a la adjudicación de dicha gestión.

Para este estudio, el interés recae sobre las CC.AA. y las instituciones sanitarias cuyo objeto de externalización fue la gestión de los servicios sanitarios, por lo que se excluye todos los hospitales e instituciones de asistencia sanitaria con régimen de internamiento que no hayan pasado por este proceso, independientemente de los otros tipos de externalización de servicios o de construcción.

No todas las CC.AA. que llevaron a cabo procesos de externalización de la gestión de servicios sanitarios en instituciones con



régimen de internamiento facilitan información referente a sus instituciones y a dichos procesos.¹ Así, solamente se dispone de información relativa a los procesos de externalización en las siguientes CC.AA.: Cataluña, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid y La Rioja.

Además de estas cuatro comunidades, se añade al estudio una que no ha procedido a la externalización de la atención sanitaria - Comunidad Autónoma del País Vasco.¹

La fuente de los datos referentes al número de camas del SNS, instaladas en las diferentes instituciones con régimen de internamiento en las CC.AA. estudiadas, por año, es el Catálogo Nacional de Hospitales, disponible en la página web del MSSSI¹⁴.

El procesamiento estadístico de los datos se divide en tres fases.

En el primer análisis de la M.E., se procede al cálculo del valor bruto de cada C.A., por año, sexo y grupo de causas ISAS, expresado en muertes por 100 000 personas/año:

$$ME_{ist} = \frac{n^\circ \text{ defunciones}_{ist}}{n^\circ \text{ habitantes}_{ist}} \times 10^5$$

i = grupo de causas ISAS; *s* = sexo; *t* = año

En la primera fase del procesamiento estadístico de los datos se describe la muestra presentando la mediana, rango y cuartiles (P25 y P75) para diferentes grupos, tablas de porcentajes (Anexo I) y gráficas de evolución.

En la segunda fase del procesamiento de los datos se procede a la comprobación de la normalidad, mediante la prueba de *Shapiro-Wilk*, y de la Homocedasticidad, mediante la prueba de *Levene*.

Tras dichas comprobaciones, la comparación de las medianas entre muestras independientes se realiza mediante pruebas no paramétricas: *Kruskal-Wallis*, entre más de dos muestras; *U* de *Mann-Whitney*, entre dos muestras.

Ambas fases del procesamiento estadístico se realizan utilizando el programa informático *IBM® SPSS® Statistics v21*.

Para la representación gráfica de los datos se utiliza el programa *Microsoft® Excel 2007*.

En la última fase del procesamiento de los datos, se analiza, estratificando por "Grupos de Causas ISAS", la asociación entre las variables independientes "Año", "Sexo" y "Porcentaje de Camas del SNS con Gestión Externalizada" y la variable dependiente "Mortalidad Evitable" mediante un Modelo de Regresión de *Poisson* con control de sobre-dispersión (Regresión Binomial Negativa) una vez que el fenómeno en estudio (la M.E.) sigue una distribución de sucesos raros y se trata de un estudio con valores poblacionales, sujetos a una importante variabilidad que debe ser controlada.

En esta fase del tratamiento de los datos, se recurre al paquete informático *Stata SE v11*.

La interpretación del efecto - de riesgo o de protección - de los factores estudiados en cada modelo, se hace mediante la estimación de los Riesgos Relativos (Anexo II).

Las confusiones entre variables se consideran cuando el porcentaje de cambio del valor ajustado con respecto al valor bruto es igual o superior a 15%.

El intervalo de confianza considerado para la significancia estadística en este estudio es del 95% ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

Primera y Segunda Fases de Análisis de los Datos

Las medianas de %CGE entre las diferentes comunidades autónomas son estadísticamente diferentes ($p<0,001$).

Se define cuatro subgrupos con diferencias estadísticamente significativas entre sí (Tabla II).

La C.A. con el mayor valor de %CGE, es la Comunidad Valenciana, entre 1997 y 2011 ($p<0,001$).

La mediana de la M.E. bruta no difiere de forma estadísticamente significativa entre las diferentes CC.AA., para todos los grupos de causas ISAS y ambos sexos, entre 1997 y 2011 ($p=0,084$; Tabla III).

En el análisis estratificado por sexos tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de M.E. bruta de las CC.AA. (Hombres: $p=0,359$; Mujeres: $p=0,268$).

Aparentemente, a lo largo de todo el período de seguimiento, las medianas de la M.E. bruta de la Comunidad Valenciana son superiores a las de las demás CC.AA. (Gráfico I), pero tampoco se demuestran diferencias estadísticamente significativas en el análisis estratificado por años de seguimiento.

Entre las medianas de M.E. bruta de los diferentes grupos de causas ISAS se demuestra que hay diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$; Tabla IV).

El grupo de causas ISAS 4 y el grupo de causas ISAS 6 se diferencian estadísticamente de los demás de forma significativa ($p<0,001$ para cada uno de ellos frente a los demás grupos de causas; $p=0,14$ entre sí).

En el grupo de causas ISAS 4 (Muertes por Enfermedad Isquémica del Corazón, entre los 35 y los 74 años de edad) se observa la mediana más elevada.

Tabla II
Mediana y Rango de Porcentajes de Camas del SNS con Gestión Externalizada por Comunidad Autónoma, divididas en subgrupos con diferencias significativas entre sí.

Comunidad Autónoma	Subgrupo* (Mediana/Rango)			
	1	2	3	4
País Vasco	0,00/0,00			
Cataluña	0,71/0,74			
Comunidad de Madrid	0,00/5,09			
La Rioja	3,04/14,43			
Comunidad Valenciana	3,21/15,05			
<i>p</i> (U de Mann-Whitney)	-	0,467	-	-

*Diferenciados para $p<0,05$.

Tabla III

Mediana, Percentiles y Rango de la Mortalidad Evitable Bruta por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	(muertes por 100 000 per.s/año)			
	Mediana	P25	P75	Rango
Cataluña	1,67	0,30	20,60	114,73
Comunidad Valenciana	1,74	0,32	30,82	157,05
Comunidad de Madrid	1,59	0,14	17,86	95,53
País Vasco	3,06	0,29	17,64	118,86
La Rioja	2,23	0,00	17,10	105,82

p=0,084

No hay Diferencias Estadísticamente Significativas.

Para este grupo de causas, la mediana de la M.E. bruta, de 1997 a 2011, en la Comunidad Valenciana, es estadísticamente diferente de la de las demás (p<0,001; frente a Cataluña: p=0,021; frente a Comunidad de Madrid: p=0,003; frente a País Vasco: p=0,011; frente a La Rioja: p=0,011), y es la más elevada (75,83±46,66 muertes por 100 000 personas/año) (Anexo III).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las demás comunidades autónomas con respecto al grupo de causas ISAS 4.

Tercera Fase de Análisis de los Datos

El coeficiente estimado para la variable "%CGE" en el modelo indica el aumento (con valores positivos) o descenso (con valores negativos) de la tasa de mortalidad evitable para cada grupo de causas ISAS (tabla V).

Tabla IV

Mediana, Percentiles y Rango de la Mortalidad Evitable Bruta por Grupos de Causas ISAS

Grupos de Causas (rangos de edad - años)	(muertes por 100 000 per.s/año)			
	Mediana	P25	P75	Rango
1 (< 15)	0,83	0,27	1,38	9,64
2 (5 - 49)	0,14	0,00	0,25	2,32
3 (15 - 74)	0,85	0,00	6,16	11,12
4 (35 - 74)	46,09*	20,86	82,27	148,25
5 (0 - 49)	0,29	0,09	0,48	2,06
6 (0 - 74)	37,59*	31,83	44,31	42,60
7 (todas las edades)	2,37	2,02	2,94	7,55

* p<<0,001 frente a los demás; p=0,14 entre sí

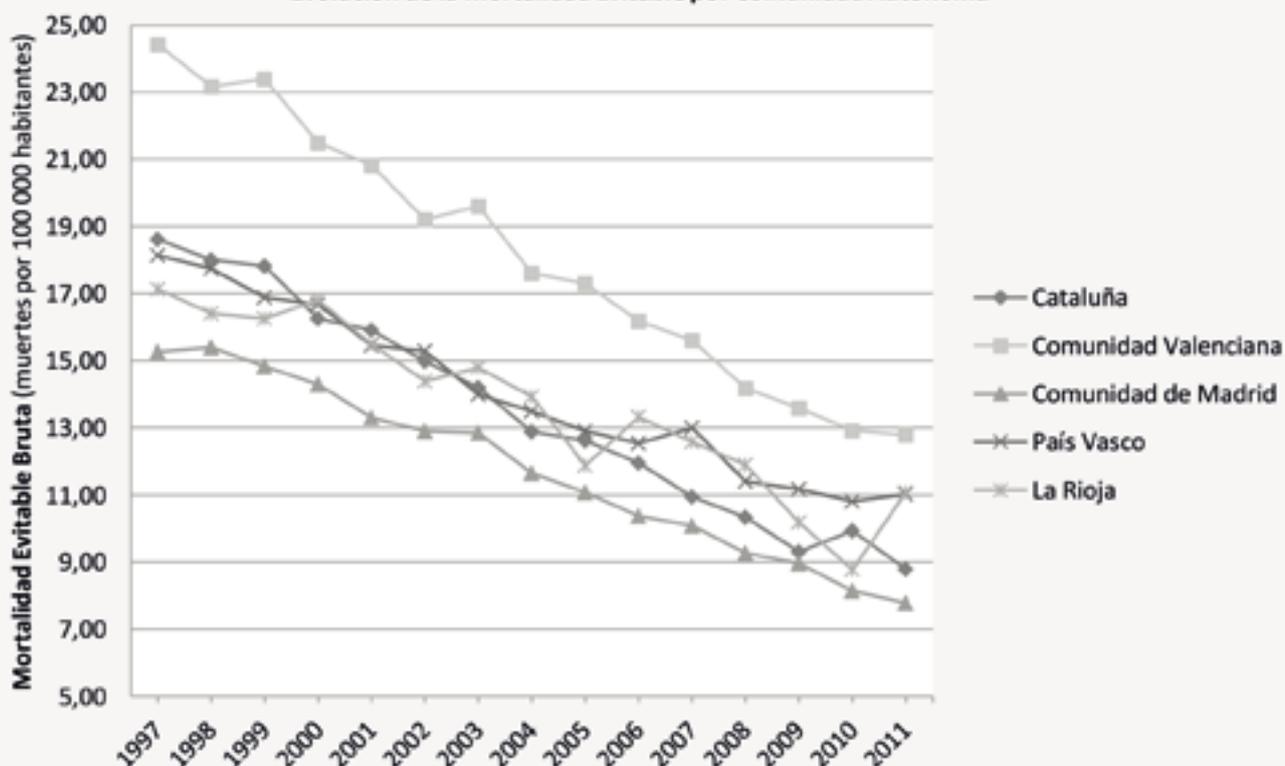
Dicho coeficiente ajustado por el modelo multivariante (controlando las variables "año" y "sexo") cambia en más de 15% con respecto al coeficiente bruto (modelo univariante) (tabla V).

En el grupo de causas ISAS 3, 4, 5 y 6 se demuestra que el aumento del porcentaje de camas del SNS con gestión externalizada está asociado al incremento de la mortalidad evitable.

El mayor aumento y el de mayor significación estadística es el observado en el grupo de causas ISAS 4 con 0,047 (IC95%: 0,037-0,057) muertes por 100 000 personas/año por cada 1%CGE.

Gráfico I

Evolución de la Mortalidad Evitable por Comunidad Autónoma





DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La primera y segunda análisis de los datos confieren plausibilidad a la Hipótesis Científica propuesta para este estudio: **“Hay relación entre el porcentaje de Camas del SNS con Gestión Externalizada y la Mortalidad Evitable”.**

Se constata que la C.A. con la mayor proporción de gestión externalizada, entre 1997 y 2011, es también la que presenta la tasa más elevada de M.E. bruta por Enfermedad Isquémica del Corazón, para el mismo período y en ambos sexos ($p < 0,05$ frente a las demás CC.AA.).

Tabla V
Coefficiente del factor “Porcentaje de Camas del SNS con Gestión Externalizada”, según el Grupo de Causas ISAS

Causas ISAS	β bruta	IC 95%	β ajustada	IC 95%
1	-0,010	-0,037; 0,016	0,011	-0,019; 0,041
2	-0,006	-0,046; 0,035	0,012	-0,033; 0,057
3	0,009	-0,098; 0,115	0,015**	0,006; 0,025
4	-0,007	-0,038; 0,025	0,047***	0,037; 0,057
5	-0,001	-0,036; 0,035	0,037*	0,005; 0,068
6	-0,016	-0,026; -0,007	0,011***	0,005; 0,018
7	0,001	-0,111; 0,013	0,003	-0,009; 0,015

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Este fenómeno puede deberse a otros factores y no necesariamente al efecto del modelo de gestión, pero surge una sospecha razonable que justifica y torna pertinente un estudio del efecto de la externalización de la gestión de los servicios sanitarios públicos en la M.E.

Con la estimación de los diferentes modelos multivariantes se identifica un **aumento estadísticamente significativo del riesgo de Muerte Evitable en 4 grupos de causas ISAS con el incremento del %CGE**. Atendiendo al IC95% de los RR estimados para todas las causas (Anexo III), **este aumento de riesgo varía entre 1% y 7%**.

Con efecto, la causalidad observada en este estudio coincide con la de otros del mismo ámbito^{5 6 7 8} e incluso los porcentajes del aumento de riesgo atribuidos a la gestión externalizada se acercan a los estimados por Devereaux, *et al.*⁷ para la gestión de los hospitales con ánimo de lucro.

Con los resultados obtenidos se puede prever que: externalizando la gestión sanitaria de una institución pública con régimen de internamiento que disponga de 220 camas, en una C.A. con un total de 1000 camas del SNS instaladas (por lo tanto, una proporción de 22%CGE), se producirá un aumento de la M.E. de: más de 1 muerte (IC95%: 0,81-1,25) en 100 000 personas/año por Enfermedad Isquémica del Corazón; de 0,33 muertes (IC95%: 0,13-0,55) en 100 000 personas/año por T. Maligno de Cuello, Cuerpo u otras partes no específicas del Útero; de 0,81 muertes (IC95%: 0,11-1,50) en 100 000 personas/año por Diabetes Mellitus; de 0,24 muertes (IC95%: 0,11-0,40) en 100 000 personas/año por Tuberculosis, Enf. Hodgkin, etc. (grupo ISAS 6).

En total, **alcanzando la cifra de 22%CGE, entre 1,16 y 3,70 muertes por 100 000 personas/año** (que podrían ser evitadas por intervenciones de los servicios de atención sanitaria) **ocurrirán debido al cambio de un modelo de gestión pública** (directa u otro tipo de gestión pública) **para uno de gestión privada de los servicios sanitarios.**

En 2011, el %CGE en la Comunidad Valenciana (el valor más elevado conocido en este estudio) ascendió a 15,05% (fuentes: MSSSI¹⁴ y CNC¹).

LIMITACIONES Y PROPUESTAS

1. Información de dotación de camas.

El proceso de búsqueda de datos sobre el número total de camas instaladas en instituciones sanitarias con régimen de internamiento cuya gestión de los servicios sanitarios ha sido privatizada es laborioso y no siempre la información está publicada con claridad.^{13 14}

Consultando los datos referentes a la dotación de camas de las diferentes CC.AA. estudiadas y de las fechas de inicio de actividad de las entidades privadas gestoras o de la inauguración de determinadas infraestructuras, se encuentran incongruencias e informaciones contrarias.¹

Ante esta dificultad en encontrar datos fidedignos, se recurre a la información constante en el informe del CNC¹ que indica la fecha de celebración de contrato o la fecha de la concesión de la gestión de los servicios sanitarios en las instituciones públicas.

Los criterios utilizados por las fuentes citadas para este estudio en las definiciones de Dependencia Funcional, Finalidad Asistencial y Forma Jurídica de las instituciones sanitarias fueron alterados en 2009¹³, por lo tanto el número de camas consideradas pertenecientes al SNS puede haber sufrido algún cambio debido a su clasificación en la fuente.

Algunas CC.AA. se negaron a facilitar al CNC la información referente al proceso de externalización de sus servicios sanitarios, imposibilitando su inclusión en este estudio.¹

Para un conocimiento más fidedigno de la situación en España con respecto a este fenómeno es importante poder estudiar todas las CC.AA. Sus datos permitirán estimar modelos predictores más verosímiles.⁷

2. Información sobre defunciones

La codificación de las causas de muerte utilizada por el INE en la clasificación de los datos cambió en 1999 (CIE-9 antes; CIE-10 actualmente).¹⁴ Esto puede haber tenido alguna influencia en el número absoluto de defunciones por cada código de causa.

La información sobre las defunciones por causas de muerte estaba disponible también para el año 2012 en el momento de la consulta de las fuentes de datos.¹⁴ Sin embargo no fue posible incluir los datos referentes a este año en el presente estudio ya que los datos están agrupados por capítulos del CIE-10 y no es posible conocer los números de defunciones desglosados por códigos.¹⁴ Ampliar el período del estudio puede permitir aumentar la verosimilitud de los datos estimados.

3. Transparencia de los procesos de Externalización

Estudios que dependan de datos aportados por instituciones privadas pueden verse dificultados por la falta de transparencia o ausencia de los mismos.⁸

Esto puede afectar la validez del estudio en lo que respecta a los datos utilizados en la cuantificación del %CGE, pudiendo el valor real ser superior o inferior al estimado.

4. Factores que afectan la M.E.

El fenómeno de la M.E. por causas ISAS está fuertemente relacionado con la calidad de la asistencia sanitaria^{10 11} y, por lo tanto, cada grupo ha sido estudiado de forma independiente para evitar sesgos de clasificación. Sin embargo, las CC.AA. estudiadas pueden tener diferencias culturales, sociales, económicas y demográficas entre sí que también pueden estar influenciando los resultados obtenidos.⁷

La Comunidad Valenciana ha sido, históricamente, una de las CC.AA. con peores resultados en salud en España.^{10 11} Esto puede deberse, en asociación con otros factores, a un servicio público de salud deficitario, inequitativo o insuficiente. Esta realidad

puede haber funcionado como un impulso para el proceso de Externalización en la medida en que esta se vería como una solución para la salud de la población Valenciana.

Sería pertinente un estudio más exhaustivo, controlando estas y otras variables de confusión en la explicación del fenómeno de las desigualdades en la M.E. en España.

5.- La realidad en el Estado Español

Se demuestra que las CC.AA. incluidas en este estudio presentan niveles de %CGE estadísticamente diferentes entre sí, teniendo representados el mínimo (País Vasco) y el máximo (Comunidad Valenciana) conocidos para el período de seguimiento considerado. Sin embargo, esta muestra puede no ser representativa de la realidad nacional, por lo que se refuerza la necesidad de una mayor transparencia en el proceso de Externalización de los servicios sanitarios en España y de la posibilidad de incluir todas las CC.AA. en el estudio de la asociación aquí demostrada.

6.- La realidad de la Atención Sanitaria

El estudio de la calidad de los servicios sanitarios mediante el análisis de la mortalidad evitable a nivel poblacional es un método válido, utilizado por otros autores^{27,8}, sin embargo, implica la identificación y control de variables de confusión y eso puede dificultar en gran medida el estudio.

Una forma de evitar este problema sería estudiando fenómenos **intra-hospitalarios** que pudieran resultar de dicha calidad y que fueran pertinentes para la salud de la población atendida en dichos hospitales.^{4,5,6,8}

La **mortalidad intra-hospitalaria y la infección nosocomial** son fenómenos interesantes del punto de vista de la población que pueden permitir la comparación entre modelos de gestión y pueden ser indicadores útiles en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios.

En España un estudio con tales características puede ser extremadamente difícil de realizar dada la falta de transparencia (e incluso ausencia) de los datos relacionados con la actividad hospitalaria y sus modelos de gestión.^{1,2,8}

Por otro lado, este estudio se centra en la atención especializada (hospitalaria) para el análisis de las diferencias entre modelos de gestión y su influencia en la mortalidad evitable, lo que puede resultar algo reductor puesto que la atención sanitaria es más que la atención especializada.

La Atención Primaria tiene un papel importante en los fenómenos de salud poblacional. Actividades de Promoción de la Salud y de Prevención de la Enfermedad son fundamentales en la mantención y mejora de la salud y los principales medios sanitarios responsables por el desarrollo de dichas actividades son las instituciones de atención primaria - Centros de Salud y sus Áreas de Salud.

Estos organismos del Sistema Nacional de Salud también han sufrido procesos de Externalización.¹

Para una mejor comprensión de los fenómenos relacionados con la atención sanitaria y su calidad, sería pertinente analizar, no solo los servicios de atención especializada sino también los servicios de atención primaria en el análisis comparativo de los modelos de gestión.

CONCLUSIONES

1.- La Calidad de los Servicios Sanitarios Públicos se ve afectada por el Modelo de Gestión.

2.- La Gestión Externalizada de los Servicios Sanitarios Públicos de las Instituciones con Régimen de Internamiento está asociada de forma estadísticamente significativa al aumento de la Mortalidad Evitable por Causas Susceptibles a la Interven-

ción de los Servicios de Asistencia Sanitaria (entre 1% y 7% más de riesgo).

3.- Disponiendo de datos fidedignos, el "Porcentaje de Camas del Servicio Nacional de Salud con Gestión Externalizada" es un indicador útil en la cuantificación de la Gestión Externalizada en las CC.AA.

CONSIDERACIONES FINALES Y AGRADECIMIENTOS

Teniendo en cuenta el impacto mediático y social que puedan tener los resultados y conclusiones de este estudio, es importante resaltar que la realidad debe ser interpretada en su contexto y que cualquier tipo de generalización o banalización son inapropiadas. El autor declara no tener cualquier tipo de conflicto de intereses ni haber sido sometido a cualquier tipo de presiones - políticas, económicas u otras - en la realización del presente estudio. Se agradece al Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad del País Vasco, concretamente al Doctor Luis Carlos Abecia y al Doctor Jesús Delgado Naranjo por la orientación en el diseño del estudio y por los consejos del ámbito técnico-estadístico, respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Nacional de la Competencia. *Aplicación de la Guía de Contratación y Competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España*. 2013;1-45.

En: <http://www.cncompetencia.es/Inicio/Informes/InformesyEstudiosSectoriales/tabid/228/Default.aspx>

Sánchez F.I., Abellán J.M., Oliva J. *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional*. Real Instituto Elcano: *Demografía y Migraciones Internacionales*. Documento de Trabajo 4/2013

²Isist, S.A., Grupo UBM. *Evaluación de Resultados de los Hospitales en España Según su Modelo de Gestión*. Isist, S.A. La Factoría. Octubre 2012.

⁴Ribera A., Ferreira-González I., Cascant P., Pons J.M.V., Permanyer-Miralda G., et al. *Evaluación de la mortalidad hospitalaria ajustada al riesgo de la cirugía coronaria en la sanidad pública catalana. Influencia del tipo de gestión del centro (estudio ARCA)*. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(5):431-40

⁵Devereaux P.J., Choi P.T.-L., Lacchetti C., Weaver B., Schünemann H.J., Haines T., et al. *A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals*. *CMAJ* 2002;166(11):1399-406

⁶Devereaux P.J., Schünemann H.J., Ravindran N., Bhandari M., Garg A.X., Choi P.T.-L., et al. *Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-For-Profit Hemodialysis Centers. A Systematic Review and Meta-Analysis*. *JAMA*, Nov2002. Vol288 (19) 2449-57 (Reimpreso)

⁷Quercioli C., Messina G., Basu S., McKee M., Nante N., Stuckler D. *The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003*. *Journal of Epidemiology and Community Health* (2012). doi:10.1136/jech-2011-200640

⁸Basu S., Andrews J., Kishore S., Panjabi R., Stuckler D. *Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review*. *PLoS Medicine*. June 2012; Vol9(6) doi:1001244

⁹Mache S., Vitzthum K., Nienhaus A., Klapp B.F., Groneberg D.A. *Physicians' working conditions and job satisfaction: does hospital ownership in Germany make a difference?* *BMC Health Services Research* 2009, 9:148

¹⁰Gispert R., Barés M.A., Puigdefabregas A.: *Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España*. *Gac Sanit*. 2006;20(3):184-93

¹¹Gispert R., Barés M.A., Freitas A., Torné M., Puigdefabregas A., Alberquilla A., et al. *Medida del Resultado de las Intervenciones Sanitarias en España: Una Aproximación Mediante el Análisis Temporal y Espacial de la Mortalidad Evitable entre 1986-2001*. *Rev Esp Salud Pública* 2006, Vol. 80(2).

¹²Homedes N., Ugalde A., *Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica*. *Gac Sanit* 2002;16(1):54-62

¹³Fuente de datos demográficos: Instituto Nacional de Estadística, <http://www.ine.es/> - consultado a 27 de Mayo, 2014.

¹⁴Fuente de los datos de dotación de camas: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - *Consulta Interactiva del Servicio Nacional de Salud*, <http://peestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/Default.aspx> - consultado a 27 de Mayo, 2014.

La Atención Sociosanitaria: ¿Reto o Ruta?



Inmaculada Sánchez Martín.

Enfermera. Licenciada en Antropología Social y Cultural y Master en Salud Pública.

Técnico de Coordinación Sociosanitaria del Departamento de Salud.

En muchos foros, se viene haciendo esta pregunta: ¿Está definido el Espacio Sociosanitario?. La respuesta, en mi opinión, es que el llamado Espacio Sociosanitario se debe ir conformando con la participación de los agentes y ámbitos en los que se realice una Atención Sociosanitaria. No es un territorio delimitado, acotado. Es un ámbito en el que se mueven diferentes actores: actores de lo social, de lo sanitario, de lo educativo, de lo institucional, de lo asociativo, de lo ciudadano... No hay una delimitación concreta y universal, aunque necesitaría estar mejor definido el ámbito y los agentes intervinientes. Pero esto, no debe ser un inconveniente ni un freno para iniciar este camino, para adaptarse a las nuevas realizadas a las que ha de hacerse frente desde el sistema de atención: Sanitario y Social.

28

Sin embargo, existe un denominador común entre todos esos ámbitos, que es la **COORDINACIÓN**. Coordinación que puede haberse iniciado con la **Colaboración** y culminar en la Integración, como escenario deseable, pero no especialmente imprescindible para lograr sinergias de acciones e intervenciones debidamente coordinadas, que se dirijan a colectivos y personas que requieran **una atención sanitaria y social simultánea**.

Hablar de Coordinación Sociosanitaria, no sería posible sin tener presente conceptos tales como Cronicidad, Dependencia, Discapacidad, Exclusión social, Trastorno Mental o situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentran ciertos grupos denominados "en situación de riesgo", por citar algunos de los colectivos a los que debe dirigir sus esfuerzos la Atención Sociosanitaria. Atención que contempla las intervenciones intersectoriales que se realizan en los diferentes ámbitos, y que debe responder a una actuación coordinada entre Instituciones, Organizaciones y Profesionales del amplio campo que comprende el llamado Espacio Sociosanitario, y hacerlo de forma que se eviten duplicidades y se logren resultados sostenibles y adecuados a las diferentes situaciones y casos.

Se ha hecho mucho y sin embargo aún quedan importantes retos que acometer para conseguir definir diferentes Rutas de Atención: a la Cronicidad, a la Dependencia, a la Vejez, a la Discapacidad... **Necesitamos un Espacio Sociosanitario accesible y con capacidad de respuesta eficaz a todas las personas y situaciones relacionadas con alteraciones del continuo salud-enfermedad y de su estabilidad social.**

El término Atención Sociosanitaria, aparece en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹, que en su artículo 14, sobre la Prestación de Atención Sociosanitaria, destaca dicho concepto y lo desarrolla en tres puntos:

1. La **atención sociosanitaria** comprende el **conjunto de cuidados** destinados a aquellos enfermos, **generalmente crónicos**, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito asistencial, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

a) Los cuidados sanitarios de larga duración.

b) La atención sanitaria a la convalecencia.

c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la **adecuada coordinación** entre las Administraciones públicas correspondientes.

Aunque en esta ley parece quedar claro, se pueden generar diferentes formas en la aplicación de las prestaciones sociosanitarias, debido a la no coincidencia en las competencias de las distintas instituciones y de las diferentes Comunidades Autónomas. Por ello, se ha venido trabajando en la elaboración del Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria², que ha sido realizado por una comisión institucional con representantes de todas las autonomías, con el fin de realizar un análisis de la situación de cada Comunidad y recoger de forma consensuada, las líneas estratégicas necesarias para establecer una **coordinación sociosanitaria eficaz**.

A finales del año 2006 se aprobó en España la Ley de Dependencia³, que supuso la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), y que desarrolló parte del marco normativo del ámbito sociosanitario.

El cambio en el patrón de enfermedades y el progresivo envejecimiento de la población, han provocado un **incremento de las situaciones de cronicidad**, de pluripatología y de dependencia, que en los países desarrollados en general y en España en particular, va en aumento, y no es menor en la Comunidad Autónoma Vasca, lo que supone que desde las diferentes instituciones se deban acometer nuevos retos para dar respuesta a las demandas existentes de atención Sociosanitaria. **Retos que afectan de manera directa a las intervenciones de los profesionales en general y a las Enfermeras en particular.**



Euskadi, con gran trayectoria institucional en la atención sociosanitaria, cuenta con diversas normativas y acuerdos marco, que recogen las formas de funcionamiento que éstas deben seguir, de las que citaré algunas como:

- El convenio de colaboración que se suscribió el 30 de enero de 2003 entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, y EUEDEL, para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- La Ley 12/2008 de Servicios Sociales⁴ de la CAPV, establece que **“la atención sociosanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención”**.
- Existe un Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria que mediante el decreto 69/2011,⁵ articula a nivel autonómico sus funciones, para la cooperación y la coordinación entre el Sistema Vasco de Salud y el de Servicios Sociales de Euskadi. La finalidad de este Consejo es la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de **coordinación sociosanitaria**.
- El Documento Marco para elaboración de las Directrices de Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), aprobado en febrero del 2011⁶. En este documento se desarrolló una metodología operativa, para la implantación de sus líneas estratégicas y objetivos, a partir de un diagnóstico de situación común y compartido. En la CAPV se optó, para la **construcción del espacio sociosanitario**, por un **modelo de coordinación entre todas las instituciones** competentes en la materia, basado en la armonización de las respectivas políticas.

Es esa visión común cohesionada, la que en la actual legislatura ha guiado la política y las estrategias del Departamento de Salud⁷. Las Líneas Generales de las Políticas de Salud de la X legislatura, incluyen:

1. Las personas, como eje central del sistema de salud.
- 2. Dar una respuesta integrada a la cronicidad, vejez y dependencia.**
3. Garantizar la sostenibilidad del sistema.
4. Protagonismo e implicación profesional.
5. Potenciar la investigación y la innovación.

Pero por ahondar en el tema de este artículo, quiero mostrar aquí el desarrollo de la Línea Estratégica 2 del Departamento de Salud del Gobierno Vasco: **“Dar una Respuesta integrada a la cronicidad, vejez y dependencia”**.

El envejecimiento de la población de Euskadi y, en consecuencia, el aumento de las enfermedades crónicas y de la dependencia exige una respuesta específica por parte del sistema. En Osakidetza esa respuesta vendrá por:

- La **Integración Asistencial** entre los diferentes niveles de atención el despliegue total de Osabide Global –histórica clínica electrónica- en todos los niveles asistenciales.
- Disponer de una **información clínica y farmacéutica única y accesible**.
- **Potenciar los Nuevos Roles** que la enfermería debe asumir y adaptarse a nuevas funciones con las que **adquirir un nuevo y mayor protagonismo** en la asistencia sanitaria.
- **Fortalecer** en un caso y **reorientar** en otro las **funciones de atención primaria y atención hospitalaria**: la respuesta a la cronicidad, vejez y dependencia implica una reorganización de las funciones de la atención primaria y la atención hospitalaria.
- **Potenciar la Coordinación Sociosanitaria**: la atención integral a las necesidades de salud tiene que abordarse desde la colaboración sociosanitaria de todos los agentes implicados.

El 3 de julio de 2013, el **Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria** (CVASS), aprobó las **Líneas Estratégicas (L.E.) Sociosanitarias** para el periodo 2013-2016. Líneas definidas para su implementación en esta legislatura, que han sido expresadas en las respectivas comparecencias de los Consejeros de Empleo y Políticas sociales, y de Salud al inicio de esta legislatura. Las L.E. se han definido con una aportación de valores propios de la atención sociosanitaria, **como modelo de atención integral a las personas** enfermas o en situación de vulnerabilidad personal y/o social, estando éstos soportadas en su Misión: **“El desarrollo de un modelo de Atención Sociosanitaria efectivo, coordinado y sostenible que, centrado en la persona como protagonista de su proyecto vital, dé respuesta al compromiso de los poderes públicos de Euskadi”**.

En el documento⁸ que recoge las L.E., se incluye una revisión del concepto de **Atención Sociosanitaria, calificándola de constructo complejo** que, según definición hecha por el CVASS:

- Se ordena y desarrolla en un **marco legal** e histórico
- Plantea la construcción de un **espacio común de confluencia y coordinación** para todas las instituciones que proveen servicios sanitarios y sociales en un sentido amplio e inclusivo.
- Adquiere sentido y **organización en torno a las personas** y especialmente en aquellos colectivos concretos que, por razones complejas y variadas, circulan y se ubican en este espacio como receptores de prestaciones.

Como grupos en los que intervenir mediante actuaciones sociosanitarias, el Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria incluye los siguientes **Colectivos Diana**:

- La atención a las **personas con trastornos mentales**
- La atención a las **personas en riesgo de exclusión y desprotección**
- La atención a las **personas con discapacidad y/o en situación de dependencia**

- La atención a **niños y niñas con necesidades especiales**
- La atención a **otros colectivos** (con escasa visibilidad, escasa representación social o estigma social asociado, entre otras circunstancias).

Para abordar la atención a estos colectivos, se han planteado cinco Líneas Estratégicas:

1. DEFINICION DE UNA CARTERA DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS
2. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN SOCIO-SANITARIO
3. FORMALIZACION DE ACUERDOS SOCIO-SANITARIOS ENTRE SECTORES
4. PLAN DE DESARROLLO EN COLECTIVOS DIANA
5. IMPULSO DE LA FORMACION INNOVACION Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO

Decir que como desarrollo de la línea 2, se están llevando a cabo diferentes proyectos:

- El **despliegue** de la **Historia** clínica de **Osabide Global en Residencias** de mayores, estando en estos momentos iniciado el pilotaje en 16 residencias de los tres territorios de la CAV.
- El **desarrollo de la Atención Primaria Sociosanitaria**, con la puesta en marcha de los Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria (**EAPSS**), que ya hay evidencia en algunas demarcaciones.
- La definición de una **herramienta** común para la **valoración sociosanitaria** de las personas susceptibles o en situación de riesgo sociosanitario, pendiente de desplegar tras su pilotaje y evaluación (**InterRAI-CA**).
- La definición de un **Modelo de Atención Temprana**, para niños y niñas con necesidades Especiales (programa **PAIN-NE**).

Todas las líneas estratégicas sociosanitarias refuerzan el planteamiento estratégico del modelo de **coordinación** entre sectores, lo que no impide avanzar, cuando sea necesario, hacia la prestación integrada de la atención sociosanitaria.

Como conclusión, decir que **incorporar la Coordinación Sociosanitaria como estrategia entre los diferentes agentes y entre las diversas instituciones que intervienen en la continuidad asistencial y de cuidados, tiene ventajas en general pero sobre todo en los colectivos más vulnerables, como son los mayores**. Las ventajas se podrían resumir en mejorar la eficiencia, aumentar la calidad y en hacer sostenible el sistema de atención en lo sanitario y en lo social. **La Atención Sociosanitaria, se convierte así un RETO para configurar el ESPACIO SOCIO-SANITARIO, pero también en RUTA para lograr una ATENCIÓN COORDINADA E INTEGRADA para todos los colectivos y ciudadanos que lo necesitan.**

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA:

¹Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS. <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

²MSSSI. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria En España. http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

³Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE número 299, de 15/12/2006.

⁴ Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales <https://www.boe.es/boe/dias/2011/10/07/pdfs/BOE-A-2011-15726.pdf>

⁵ DECRETO 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. <http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2011/04/1102047a.pdf>

⁶ Documento Marco para la Elaboración de las Directrices de la Atención sociosanitaria en la CAPV. Febrero de 2011. http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/atencion_sociosanitaria/es_atencion/adjuntos/Atencion%20Sociosanitaria%20-castellano-%20LOGOS-28-2-11.pdf

⁷ Intervención Consejero Darpon en la X Legislatura. http://www.osakidetza.net/es/ficheros/3_16610es.pdf

⁸ Líneas Estratégicas del Consejo vasco de Atención Sociosanitaria.



“Cuidados óptimos”

Iniciamos una nueva sección en la revista, donde iremos incluyendo diversas aportaciones sobre buenas prácticas, prácticas cuestionables y seguridad clínica.

Antes de abordar los aspectos concretos, conviene reflexionar sobre el marco competencial de la Enfermería, que contextualizará las acciones que las enfermeras pueden desarrollar en el ejercicio de la profesión y que, a la postre, terminaremos indicando como prácticas buenas, cuestionables o a evitar.

En el marco jurídico estatal que regula la competencia de enfermería podemos destacar la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, entre otros.

Por otra parte, la propia profesión a través de sus órganos Colegiales, se dota de una regulación que se materializa en los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería (RD 1231/2001 de 8 de diciembre). Por último, destacar la Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio.

Todas estas regulaciones enmarcan el desempeño profesional de la enfermera, a partir del cual trataremos en esta sección de identificar las prácticas excelentes, las no óptimas y otros aspectos de seguridad clínica.

“DO NOT DO” “NO HACER”

Históricamente, la propia experiencia y la opinión de personas de reconocido prestigio, marcaban el desarrollo de la práctica profesional. Sin embargo, en las últimas décadas dos cuestiones han irrumpido con fuerza en mundo de los profesionales de la salud: la seguridad clínica y la práctica basada en la evidencia, ambas con incuestionable relación entre ellas.

Durante un tiempo la premisa fue que “hacer bien las cosas”, constituía uno de los pilares para evitar efectos adversos en la asistencia sanitaria. Pero, ¿qué es hacer bien las cosas? El desarrollo de la práctica basada en la evidencia, aportó respuestas a esta cuestión. “Hacer bien” implica que haya un refrendo con investigación científica de calidad, una evidencia científica que justifique esa manera de hacer las cosas, y no solo la experiencia y las opiniones de los profesionales.

Complementariamente, en los últimos años también surge la necesidad de “no hacer”, evitar aquellas intervenciones que no estén avaladas, impliquen riesgos no aceptables, o sean innecesarias.

En 2007, NICE, Instituto nacional para la salud y la excelencia clínica del Servicio Nacional de Salud británico (NSH), comenzó el desarrollo de una base de datos denominada “DO NOT DO” con recomendaciones sobre “no hacer” basadas en la evidencia (o en la falta de ella). Asesores independientes identificaron prácticas clínicas no recomendables por falta de evidencia para defender su uso, o porque no estaba demostrado que aporten suficientes beneficios. La base de datos “Recomendaciones NO HACER” posee en la actualidad cerca de 1.000 recomendaciones “no hacer”, algunas de las cuales afectan a la práctica de enfermería. <http://www.nice.org.uk/savingsandproductivity/collection>

Cada registro contiene la propia recomendación e información adicional sobre la intervención, el tema y la guía de donde procede. Por otra parte, en España, el Ministerio de Sanidad inició en 2013 un programa de Compromiso por la calidad de las Sociedades

Científicas, en la que inicialmente 12 sociedades científicas de profesionales de la salud, identificaban 5 recomendaciones “no hacer”. Posteriormente, en 2014 en una segunda fase, participan 39 sociedades científicas entre las cuales cabe citar la Unión Española de sociedades científicas de Enfermería (UESCE).

En la actualidad, otras iniciativas se están desarrollando bajo el lema “Menos es más”. Esta frase atribuida al arquitecto Mies van der Rohe, referida al ámbito sanitario, expresa la necesidad de evitar la sobreutilización de las intervenciones sanitarias y la excesiva medicalización, ya que de ello se pueden derivar más daños que beneficio,s a la vez que se sobrecarga y cuestiona la sostenibilidad del sistema sanitario.

Los cambios clínicos y asistenciales que implican las recomendaciones DO NOT DO, no son sencillos, y existe poca información de su implementación en la práctica. Suelen identificarse diversas dificultades: técnico-organizativas, legales, económicas, existencia de otras evidencias más recientes, etc. pero el aspecto más frecuentemente detectado, es el desconocimiento de dichas recomendaciones por los profesionales.

Por lo tanto, hay que invitar a los profesionales de la salud a reflexionar sobre su práctica y, utilizando las herramientas de la evidencia científica, “hacer bien” y “no hacer” sentarán las bases de la asistencia sanitaria segura y de calidad.

F. Javier Ortiz de Elguea

Docencia e investigación enfermería OSI Donostialdea
Profesor EUE Donostia

ALGUNOS EJEMPLOS DE RECOMENDACIONES “No hacer”		
ID	NICE ‘DO NOT DO’ RECOMMENDATION	INTERVENTIONS
CG47	Los termómetros químicos frontales son poco fiables y no deben ser utilizados por los profesionales sanitarios.	forehead chemical thermometers
CG47	No se recomiendan los paños tibios para el tratamiento de la fiebre.	tepid sponging
CG74	No utilice tratamientos enzimáticos para el desbridamiento en el tratamiento de la infección del sitio quirúrgico.	enzymatic treatments
CG74	No utilice rutinariamente la eliminación del vello para reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico.	hair removal
CG107	No recomendar ajo únicamente con el objetivo de prevenir los trastornos hipertensivos durante el embarazo.	garlic

Enlaces:

<http://www.nice.org.uk/>
<http://www.nice.org.uk/savingsandproductivity/collection>
http://www.mssi.gov.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portal-sevilla/images/docu/gestionsanitaria/areaasistencial/Recomendaciones%20Dejar%20de%20hacer/Documentos%20del%20grupo%20de%20trabajo/Proyecto%20Menos%20es%20Mas%20en%20Distrito%20Sevilla.pdf>

Enfermería Práctica Avanzada

Atención centrada en la persona y en su domicilio

Praktika aurreratuko erizaintzan lan egiten duten bi ezainekin hitz egin dugu, haien esperientzia eta gero eta gehiago hedatzen eta eskatzen den eredu horren metodologia azal diezazkiguten.

32

Nagore García es enfermera de práctica avanzada (EPA) de la OSI Bidasoa y trabaja en el ambulatorio de Irún. Laura Martín, es también EPA en el Ambulatorio de Eibar, OSI Debarrena, donde desarrolla un modelo específico de enfermería de práctica avanzada. Nagore explica los primeros pasos que dan desde la enfermería de práctica avanzada, “mediante una valoración integral, se identifican las necesidades del paciente, así como las del cuidador para el desempeño de su rol. Basándose en esta valoración y en su patología, se planifican los cuidados”.

Para mejorar el seguimiento y continuidad de los cuidados que precisan los pacientes, “la EPA se coordina con los diferentes profesionales que intervienen en el proceso (médicos y enfermeras de Atención Primaria, médico internista de referencia, enfermera de enlace hospitalario, trabajadora social)”, apunta Nagore. Por su parte, Laura Martín cuenta de donde surgió esta necesidad de dar el servicio: “es la respuesta a la demanda que ha generado el aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento progresivo de la población, que requiere un abordaje holístico de estos pacientes, ofreciendo unos servicios coordinados e integrados de atención socio-sanitaria”.

Laura Martín: “Bost hilabete eskas daramatzagu martxan, baina ziur gaude antolakuntza-eredu honek etxean arreta ematen jarraitzea bermatzen duela”

Dadas las características de estos pacientes, el objetivo principal es contribuir a mejorar su calidad de vida. “Se les proporcionan las herramientas necesarias para gestionar mejor su enfermedad y así conseguir una reducción en el número de ingresos hospitalarios y las visitas a urgencias, por lo que se mantienen en sus domicilios durante más tiempo en condiciones óptimas”, explica Nagore. Añade asimismo que “el papel del paciente es fundamental. Tanto el paciente como el cuidador deben tener una actitud proactiva en el cuidado de su enfermedad”.



Laura Martín, enfermera del Centro de Salud de Eibar.

Laura Martín, enfermera en el Ambulatorio de Eibar, OSI Debarrena, nos explica su caso. “Tengo asignada una población fija de pacientes complejos y pacientes pluripatológicos PAI del Ambulatorio de Eibar. Mi objetivo es realizar una valoración integral de cada uno de ellos y establecer con ellos unos objetivos y un plan de cuidados individualizado para garantizar una atención centrada en la persona y en su domicilio. Hemos establecido una monitorización mediante alertas de los contactos con el sistema de salud que garantizan un seguimiento muy directo y una respuesta rápida en cada caso. En este modelo organizativo la enfermera de práctica avanzada es la referente y la coordinadora de los recursos y diferentes profesionales para el paciente y su familia”.

Laura comienza su día a día “repasando el dietario y el correo para ver posibles ingresos, altas, asistencias a urgencias, in-

tervenciones de Osarean de la población asignada. Posteriormente, organizo las visitas a domicilio para realizar el seguimiento de los pacientes crónicos complejos, según su plan de cuidados, o realizo valoración completa tras el alta hospitalaria o asistencia en urgencias. En función de la situación, las decisiones a tomar o las intervenciones a realizar serán diferentes”.

Nagore García: “Nahiz eta lana Lehen Mailako Arretan egin, ospitalearekin harremanetan gaude zuzenean, erreferentziazko barne-medikuntzako sendagilearekin eta loturazko erizainarekin”

OBJETIVOS Y DIFICULTADES

“La EPA realiza educación para el autocuidado, genera confianza en el paciente, dotándole de herramientas y conocimientos para gestionar mejor su proceso. Se le instruye en la identificación precoz de signos y síntomas de alarma y en las primeras medidas de actuación. Además, hay que destacar la gran accesibilidad que existe para contactar cuando precise mediante móvil”, concreta Nagore.

La EPA forma parte del equipo de Atención Primaria. El objetivo es conseguir que el paciente se mantenga en su domicilio. “Lo que destacaría de esta figura es que, partiendo de que el trabajo se realiza desde Atención Primaria, se mantiene una comunicación continua con el hospital, con el internista de referencia y con la enfermera de enlace, garantizando la continuidad asistencial en todo momento”, concluye Nagore.

Por su parte, Laura nos confiesa alguna dificultad que se está encontrando. “La edad avanzada de los cuidadores y la rotación (por semanas, días...) del cuidador, es una de las trabas que se están dando, en menor medida, pero también es visible, la pasividad en el autocuidado por la falta de conocimiento. Apenas llevamos cinco meses en marcha pero de lo que estamos seguros es que este modelo organizativo garantiza una continuidad asistencial en el domicilio”.



Nagore García, enfermera del Centro de Salud de Irun.

Respecto a la posibilidad de potenciar la enfermería de práctica avanzada, Laura opina que “en muchos casos depende de las personas y hay enfermos crónicos que no quieren asumir esa implicación en el autocuidado y en la planificación de sus cuidados, hasta que se van dando cuenta que conllevan mayor conocimiento de su enfermedad, mayor adhesión farmacológica y, en definitiva, el mantenimiento de su salud o incluso la mejora. Por otra parte, es necesario reforzar la comunicación bidireccional con los trabajadores sociales, los médicos de AP, servicio de hospitalización a domicilio, enfermera de enlace hospitalario y especialistas (medicina interna, cardiología y neumología principalmente)”, concluye.

En este número, estrenamos un nuevo apartado, OMENALDIA, al que podéis hacernos llegar vuestras cartas, reconocimientos, fotos, con el objetivo de reconocer a los profesionales enfermeros guipuzcoanos.

Nuestro homenaje para las enfermeras de la Clínica del Pilar

El pasado mes de diciembre la Clínica del Pilar cerró sus puertas después de 67 años ofreciendo servicio a la población guipuzcoana. Mediante estas líneas queremos homenajear a todas las enfermeras y, por extensión al resto de personal que, en algún momento a lo largo de sus casi siete décadas de historia, han trabajado en esta clínica donostiarra. La Clínica del Pilar fue el lugar donde miles de niñas y niños guipuzcoanos vinieron al mundo, en un entorno en el que los trabajadores transmitían gusto y la satisfacción por su trabajo. Precisamente, ellos fueron los encargados de iniciar un camino nuevo para la enfermería. Adquirieron nuevos roles y nuevas funciones, a los que respondieron como esponjas. Y, poco a poco, fueron haciendo historia.



En las paredes de la Clínica del Pilar han quedado grabadas las experiencias, tanto profesionales como humanas, que se vivieron a lo largo de más de

seis décadas. Porque, a pesar de que haya cerrado sus puertas, el camino que recorrieron es la herencia que reciben todos aquellos sanitarios que ahora lo continúan en otros centros. Porque la Clínica del Pilar siempre ha contribuido a "hacer profesión". Sois historia. Habéis hecho historia. Y éste es nuestro pequeño homenaje por vuestro trabajo y dedicación.



34

Mayte Rivas: Profesionalidad, honestidad, ecuanimidad, calidad y calidez

He querido estrenar esta sección haciendo mi pequeño homenaje a una GRAN ENFERMERA que recientemente se ha jubilado y, a la que en enero, un nutrido número de compañeros le hicimos su despedida de la Nefro. Y digo Gran Enfermera, en mayúsculas, porque Mayte Rivas ha ejercido durante más de 42 años nuestra profesión con maestría. Maestría que solo algunas personas lo saben hacer porque lo llevan en su ADN.

Podría decir muchas características de la forma en que Mayte ha ejercido su profesión durante estos años, pero me quedaré con algún término que, a mí entender la define: Profesionalidad, Honestidad, Ecuanimidad, Calidad y Calidez.

Creo que todos y todas las enfermeras que le hemos tenido de compañera, de jefa, o formando parte de un equipo de enfermeras gestoras, podríamos asumir que en ella se dan estas características, y no lo digo como amiga, que lo soy. Trato de ser objetiva y recordar mi paso por Diálisis, cuando en marzo de 1975 entré a formar parte del equipo de enfermeras de dicho servicio del entonces Hospital Aránzazu. Con Mayte siempre podíamos contar para un cambio, y para adquirir nuevos y más amplios conocimientos, asistir a Congresos y Jornadas. Siempre dispuesta a enseñar. Con carácter, pero con tiento. Y, sobre todo, con esa asertividad que caracteriza a los navarros, como ella. Directa, sin rodeos, pero clara y sobre todo hay que decir que es persona de palabra.

Mayte es de esas profesionales que dejan un hueco difícil de llenar.



Si uno mira hacia atrás, hay que dar enorme valor a mantenerse más de 42 años en una misma unidad del mismo centro. Eso es estar vinculada con esta especialidad que es la Enfermería nefrológica que, dicho sea de paso, ella ayudó a que se pudieran traer a Donosti, dos o tres cursos de dicha especialidad. Gran docente donde las haya, ha sabido dejar un excelente recuerdo en todas las enfermeras que han pasado por diálisis: bien en el pre-grado, o una vez tituladas, para acceder a las sustituciones de dicha unidad.

Entre estas palabras, quiero decirte GRACIAS. Gracias Mayte, por hacer profesión como tú la has hecho durante todos estos años. Gracias por tu fidelidad a una unidad de trabajo, no siempre fácil. Gracias por tu forma de gestionar los recursos, como si de tu patrimonio se tratara, con eficacia y eficiencia. Gracias, por tu amistad incondicional que me permitirá seguir disfrutando de la misma aunque te hayas jubilado.

Para finalizar y citando a mi amigo Jesús Sanz (Presidente de la Asociación de Directivos de Enfermería), decir que comparto con él que hay un gran número de

enfermeras que han dedicado mucho tiempo y esfuerzo en "comunicar la necesidad del cuidado enfermero, en relación con la mejora de la calidad de vida, resaltando la identidad enfermera, y destacando aquello que, si no lo ofertan las enfermeras, se le priva a la población". Gracias de nuevo Mayte, por ser una de ellas.

Inmaculada Sánchez

Entrevista a Enfermera Saturada, la enfermera más influyente y graciosa, que triunfa con su libro, "La vida es suero"

"Debemos dar valor a los que hacemos y transmitirlo a la comunidad. Si nos ven como imprescindibles, nos darán su apoyo"

Aldarrikapena umorez josita Duela hiru urte, ospitaleko egunerokoa Twitter komunitate handian partekatzena ausartu zen, eta harrera ezin hobea izan zuen; horrenbeste, ezen erizainik entzutetsuena bilakatu den, 50.000 jarraitzaileekin. Jendeak Enfermera Saturadaren medicina gehiago nahi zuen, eta "La vida es suero" liburuarekin, arrakasta etorri zitzaion. Urrian, lan berria aterako du: "El tiempo entre suturas".

¿Quién es enfermera saturada?

Lo de "saturada" no es cosa mía (risas), es cosa de los recortes en personal que nos tiene así a la mayor parte del colectivo. Enfermera Saturada es básicamente una enfermera eventual que busca su hueco en la sanidad pública y que podría ser cualquiera de nosotras.

Hemos leído que es la enfermera más famosa y simpática de España. Una algo muy difícil, sanidad y humor, y además triunfa con ello. ¿Nadie se ha molestado?

Bueno, no se si la más famosa, pero hace poco me dijeron que era la enfermera más influyente en Internet. Seguramente sí, alguien se habrá molestado, pero es que hay gente que se molesta por todo. Eso sí, te puedo asegurar que jamás hay un guión detrás de Enfermera Saturada. Pero sin duda la esencia es el humor, lo que hace fresco al personaje.

Hace humor con su profesión, ¿pero enfermera saturada por qué eligió esta profesión?

En realidad hago humor con todo, me río constantemente de mí mismo, es un estilo de vida. No voy a decir que haya querido ser enfermero desde niño, porque no es así, siempre me han atraído la ciencia y la sanidad y fue al ir creciendo cuando vi que la profesión que más encajaba con lo que buscaba era la enfermería, y estoy encantado.

¿Qué es, a su juicio, lo positivo y lo negativo de la profesión?

Lo más emocionante de esta profesión es el hecho de estar presente en todas las etapas de la vida de una persona y poder influir positivamente en cada una de ellas. Las malas generalmente vienen dadas por la administración, que nos tiene ignorados como colectivo.

A veces se olvidan de que los enfermeros, al fin y al cabo, son los profesionales que "sustentan" el sistema sanitario, ¿qué podría hacer la enfermería para hacer valer sus funciones?

Lo primero creémoslo. Lo siguiente sería dar valor a lo que hacemos y transmitirlo a la comunidad. Si la comunidad nos ve como imprescindibles en el sistema, contaremos con su apoyo para reclamar nuestro lugar.

La vida en un hospital supera a la ficción. ¿Qué es lo más extraño que se ha encontrado?

Una de los momentos más extraños fue hace años en un hospital



"Enfermera Saturada" triunfa en las redes sociales y con su libro "La vida es suero".

35

en el que trabajaba. A eso de media tarde un fuerte olor a sopa de sobre inundó todo el pasillo y todavía faltaba una hora para las cenas. Me puse a investigar y resultó ser una acompañante de un paciente que, con su camping-gas y una olla, se había puesto a preparar la cena... todo un Master Chef hospitalario.

"Lo más emocionante de esta profesión es el hecho de estar presente en todas las etapas de la vida de una persona y poder influir positivamente en cada una de ellas"

Primero triunfó en Twitter, después con su blog, y ahora con el libro "La vida es suero", ¿qué podemos encontrar en él? ¿Va a ver segunda edición?

El libro es una recopilación de las diez entradas de más éxito del blog y otras quince inéditas. Es una puerta al mundo de la enfermería y la vida en los hospitales, analizando desde el mito del aire en el suero, hasta los yogures terapéuticos, pasando por los aparatos de tensión y la letra de médico. En octubre saldrá a la venta un nuevo libro: "El tiempo entre suturas".

GIPUZKOAKO ERIZAINNTZA KOLEGIO OFIZIALA

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE GIPUZKOA

Zaintzen Zaitugu

KOLEGIATUENTZAKO ZERBITZUAK

- Etengabeko prestakuntza
- Erantzukizun zibileko aseguruak
- Istripu-asegurua
- Langileentzako aholkularitza
Fiskala eta juridikoa
- Hitzaldi eta jardunaldi
Profesionalak
- Uda ikastaroak (ehu/upv)
- Enplegurako eta ekintzaitzarako aholkularitza
- Liburutegia
- Informatika gela wifi-rekin
- Elkargo-bekak

BESTE ZERBITZUAK

- Herritarrei informazioa
- Beste kolektiboentzako Prestakuntza



GIPUZKOAKO ERIZAINNTZA
KOLEGIO OFIZIALA
COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE GIPUZKOA

Cuidamos de ti

SERVICIOS PARA COLEGIADOS

- Formación permanente
- Seguro de responsabilidad civil
- Seguro de accidentes
- Asesoría fiscal y jurídica para
Profesionales
- Conferencias y jornadas
Profesionales
- Cursos de verano (ehu/upv)
- Asesoría de empleo y emprendimiento
- Biblioteca
- Sala de informática con wifi
- Becas colegiales

OTROS SERVICIOS

- Información al ciudadano
- Formación a otros colectivos



www.coegi.org