

COMITÉ INSTITUCIONAL PARA LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

SINDICATO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA

Propuestas al
Pacto por la Sanidad

Marzo 2009

ÍNDICE

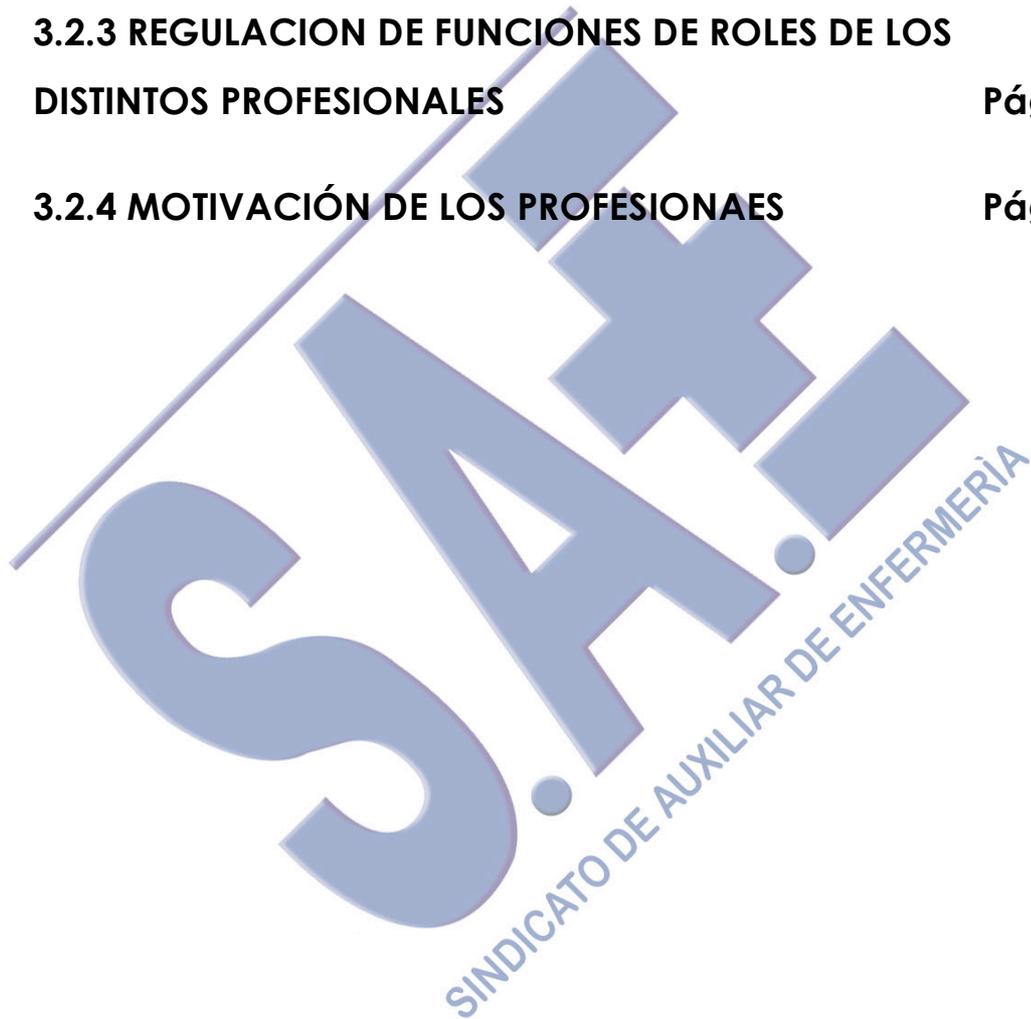
1) INTRODUCCIÓN	Pág 4
2) GASTO FARMACÉUTICO	Pág 6
2.1 PROPUESTAS DE MEJORA EN ESTA ÁREA	Pág 7
2.2. INTERVENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA (AE) TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCE) EN LA PROPUESTA DE MEJORA SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO	Pág 9
2.2.1 INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN PREVENTIVA EN TODOS LOS NIVELES ASISTENCIALES	Pág 9
2.2.2. MEJORAR LA COORDINACIÓN EN LOS NIVELES ASISTENCIALES POTENCIANDO LA COMBINACIÓN DE TODAS LAS ESTRATEGIAS COMO LA EXISTENCIAS DE GUÍAS DE ACTUACIÓN	Pág 17
2.2.3 POTENCIAR EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL FRENTE AL BIOMÉDICO	Pág. 23
3) GASTO EN RECURSOS HUMANOS	
3.1. PROPUESTA DE MEJORA EN ESTA ÁREA	Pág 26
3.2. INTERVENCIÓN DEL AE/TCE EN LAS PROPUESTAS DE MEJORA EN EL GASTO EN RECURSO HUMANOS	Pág 26

3.2.1. HERRAMIENTAS EFICACES Y MEDICION DE CARGAS DE TRABAJO **Pág 27**

3.2.2 POTENCIACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS FRENTE AL MODELO CLÍNICO **Pág 27**

3.2.3 REGULACION DE FUNCIONES DE ROLES DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES **Pág 28**

3.2.4 MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES **Pág 29**



1).- INTRODUCCIÓN

La sanidad es uno de los servicios más paradigmáticos del Estado de Bienestar y, por tanto, comparte con éste los factores de crisis financiera, disminución de la eficacia y pérdida del soporte social. De ahí, la necesidad de acometer las actuaciones necesarias para su consolidación.

Analizar el sistema sanitario es analizar las relaciones entre los financiadores, los proveedores y los usuarios. Es necesario, por tanto, que las estructuras de la administración sanitaria respondan a esta consideración.

El gasto sanitario en España, dentro del marco internacional se encuentra en niveles al límite de lo admisible. Estamos por encima de Portugal y Grecia, sensiblemente por debajo de Italia, Bélgica y Alemania, y claramente por debajo de Reino unido, Francia, Canadá, Suiza y Estados Unidos.

El gasto sanitario público de España -con el 80,5%- está por encima de la media de los países de la Unión Europea, según el análisis que se hizo en Madrid en septiembre de 1996, en el Seminario Internacional sobre la Modernización de la Sanidad Pública en el Mundo, organizado por Arthur Andersen y The Economist¹. Sin embargo, el gasto sanitario público como porcentaje del gasto sanitario total del 71,4% fue sensiblemente más bajo que en los países de la UE-15, salvo Portugal.

¹ "La Modernización de la Sanidad Pública en el Mundo" Arthur Andersen, Smithkline Beecham 1997.

Entre 1992 y 2002 se produjo un fuerte aumento del peso del sector privado, que pasó del 22,6% del total al 28,6% (como porcentaje del PIB, el gasto privado pasó del 1,6% en 1992 al 2.2% en 2002), mientras que en el resto de los países de la UE-15 los pesos relativos de la financiación privada y pública de la sanidad se mantuvieron relativamente estables².

El estudio *La Península Ibérica en cifras 2008*, elaborado por los Institutos Nacionales de Estadística de España y Portugal, compara la dotación que los países de la Europa de los 27 dedican a la salud de cada ciudadano, así como la proporción de médicos colegiados por cada mil habitantes. El documento ofrece datos del 2006 y sitúa a nuestro Sistema Nacional de Salud en el décimo tercer lugar de la UE en cuanto a presupuesto invertido en la asistencia sanitaria³.

² "Informe para la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo" Red Española de Atención Primaria.

³ Fuente: Instituto Nacional de Estadística, datos 2006

2).- GASTO FARMACÉUTICO

Si analizamos la distribución del gasto en España, podríamos destacar como atípico y desmesurado el porcentaje del gasto farmacéutico en España dentro del gasto sanitario total. Además, la aportación del usuario no respeta el principio de equidad, ya que la renta no influye en absoluto en el esfuerzo que el Estado pide al ciudadano.

La tasa anual acumulada por el precio y la cantidad de medicamentos asciende al 9,35%, muy por encima de los crecimientos del presupuesto sanitario y del PIB.

El aumento del gasto en farmacia, en un contexto de estancamiento global, conlleva una disminución relativa del gasto de personal, que pasó del 50,81% en 1992 al 43,71% en 2001.

Aún siendo conscientes de la contribución de la industria farmacéutica a la sanidad en Europa y el progreso asistencial en la última mitad del siglo XX, debido a una estructura farmacéutica innovadora basada en una fuerte investigación, nos encontramos actualmente como define Ivan Illich con una "sociedad medicalizada" dependiente de la atención médica profesional y del hábito de consumir medicamentos, haciendo uso de los recursos sanitarios públicos como bienes de consumo ilimitado, con lo que el gasto inducido por la demanda aumenta a un ritmo alarmante.

En los últimos tiempos procesos normales de la vida como el envejecimiento, el embarazo, el parto, la pérdida de empleo, el

divorcio, la infelicidad o la muerte, tienen una actuación médica y un fármaco asignado.

2.1 PROPUESTAS DE MEJORA EN ESTA ÁREA

- Integración de la atención preventiva en todos los niveles asistenciales.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales potenciando la combinación de todas las estrategias como existencia de guías de actuación comunes, trayectorias clínicas, gestión de casos y enfermedades.
- Potenciar el modelo biopsicosocial frente al biomédico.
- Rebajar o suprimir del sistema público fármacos de valor clínico no verificado.
- Regulación del marco de relación entre profesionales e industria farmacéutica. Dicho marco de relación debería establecer, entre otros aspectos, unos límites éticos, regular los gastos en promoción y marketing, establecer unas normas básicas para la visita médica y delimitar el papel de la industria en la formación médica continuada y en la investigación.
- Regulación de la publicidad directa o indirecta sobre medicamentos dirigida a la población general. Establecer acuerdos de colaboración entre los medios de comunicación y las autoridades sanitarias y/o asociaciones científicas con el objetivo de que la información en temas sanitarios se base en evidencias.

- Puesta en marcha de actividades informativas, colectivas e individuales, a través de todos los medios posibles (profesional en medio sanitario, campañas en medios de comunicación, ...), referentes al uso racional del medicamento de sus distintos aspectos (automedicación, botiquín para cuadros menores, cumplimiento terapéutico,...
- Promover la aparición de medicamentos genéricos y el empleo de los mismos por los profesionales en todos los niveles asistenciales.
- Control del consumo de medicación no justificada y demandada por el paciente/ cliente.



2.2 INTERVENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA (AE) TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCE) EN LA PROPUESTA DE MEJORA SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO

El AE/TCE, como personal sanitario cualificado, puede intervenir de manera eficaz en las siguientes estrategias.

2.2.1 Integración de la atención preventiva en todos los niveles asistenciales

El AE/TCE es el profesional que presta los cuidados básicos de enfermería y es el que más tiempo pasa con los pacientes/clientes debido al tipo de cuidados. Para la realización de técnicas como la movilización e higiene, se requiere la dedicación de un tiempo considerable diario, además de una relación especial de confianza, debido a la pérdida de intimidad e impacto emocional que sufre la persona, que por las circunstancias se ve privada de su autonomía personal de forma transitoria o permanente. Esta interacción emocional, la hace un profesional cercano al paciente, siendo el AE/TCE el que recoge la mayoría de la información sobre sus miedos, ansiedades, situaciones sociales etc.

Es por ello que el AE/TCE se convierte en un referente sanitario importante ocupando una posición privilegiada a la hora de desarrollar sus funciones de educación, prevención y detección precoz de situaciones de riesgo.

Hay determinadas actuaciones de este profesional a las que, en la actualidad, no se les está dando la debida importancia y que suponen un importante avance en la modernización de la sanidad del siglo XXI, y que, por tanto, tendrán que potenciarse y ser tenidas en cuenta en la definición de competencias profesionales que se contemplen en las reformas de nuestro Sistema Sanitario futuro.

Área hospitalaria

➤ **Prevención de infecciones nosocomiales y de enfermedades infectocontagiosas**

Además de conocer y aplicar todos los protocolos, el AE/TCE educará a los pacientes y cuidadores en la adopción de medidas universales para evitar el contagio y la propagación, contribuyendo a promocionar la salud y paliar el impacto económico del tratamiento y la atención de pacientes que presentan infecciones nosocomiales resistentes a los antibióticos tradicionalmente considerados, así como en la aparición de nuevos casos potencialmente evitables.

➤ **Vigilancia y control de las necesidades de ingesta y eliminación**

El AE/TCE verifica las dietas de los pacientes y se encarga de la administración de la nutrición oral y enteral. También es función suya, entre otras muchas, la administración de la medicación vía oral, enteral, rectal y tópica, así como de las necesidades de eliminación, balances hídricos , drenajes, control de deposiciones, diuresis,

vómitos...Un adecuado cuidado y vigilancia sobre la ingesta de líquidos y alimento en un paciente puede evitar sondas nasogástricas, deshidrataciones, retenciones en cardíacos con ingestas restringidas, desnutriciones, consecuencias todas, que conllevan efectos adversos para el paciente y un gasto farmacéutico añadido como son los preparados farmacéuticos nutricionales, usos desajustados de diuréticos, sueros, material sanitario..., por no mencionar los desenlaces clínicos que pueden derivarse de estas situaciones y la consiguiente prolongación de la estancia en el hospital.

El modelo sanitario actual tiende a aplicar técnicas cada vez más complejas para mejorar la asistencia, restando protagonismo a los cuidados básicos y a los profesionales que los imparten. Es en estos cuidados básicos donde la acción preventiva tienen una mayor eficacia y con ellos se evitarían un gran número de intervenciones médicas y técnicas de enfermería invasivas que favorecen, entre otras, las infecciones nosocomiales.

➤ **Prevención de Úlceras Por Presión (UPP)**

En la actualidad, existen miles de guías clínicas, protocolos y escalas de valoración, que funcionan como herramientas en el tratamiento y prevención de las UPP pero si definimos el aspecto preventivo diremos que “es el conjunto de cuidados para la no formación de úlceras por presión en pacientes con riesgo a desarrollarlas”.

Los diagnósticos de enfermería para detectar los grupos de riesgo son eficientes pero ¿qué pasa con los cuidados en el aspecto preventivo?. Estos tienen como objetivo:

- mantener la integridad cutánea
- disminuir o eliminar factores de riesgo
- educación del paciente y familia

El AE/TCE tiene como funciones:

- la movilización
- el cuidado e higiene de la piel
- la alimentación
- los procesos relacionados con la eliminación (incontinentes...)

Todas estas actividades están identificadas como principales medidas preventivas en la aparición de úlceras por presión.

Las UPP no son, simplemente, unas lesiones que se le originan al paciente. Son lesiones que aparecen por un déficit en la praxis profesional y cuya resolución no siempre es fácil e, incluso, pueden llegar a comprometer la vida de los pacientes.

- Las UPP son caras para el sistema sanitario.
- Las UPP generan largas estancias hospitalarias.
- Las UPP reducen la calidad de vida del paciente.
- Las UPP son causa directa o indirecta de la morbilidad.
- Las UPP generan más trabajo al personal de enfermería.

- Por lo general, las medidas que se proponen como prevención suelen aplicarse en el momento en que se detectan los signos de lesión de primer o segundo grado y no antes.
- **El 95% de las UPP puede evitarse.**

El coste total de tratamiento de las úlceras por presión en España en un año es aproximadamente de 461 millones de euros, cerca del 5% del gasto sanitario anual.

De este montante, el 15% lo representan el coste de apósitos y otros materiales, mientras que el 19% lo representan el coste del tiempo de enfermería, y el 45% del total lo representa el costo de las estancias extra en el hospital relacionadas con estas lesiones.⁴

Con lo cual podemos concluir que reforzando los cuidados básicos, y dotando de los suficientes recursos humanos a los técnicos que los imparten, evitaríamos otro gran número de acciones curativas (tratamientos antibióticos por infecciones o como medida profiláctica) y técnicas de enfermería invasivas (curas, desbridados químicos y quirúrgicos...)

Creo que estos datos merecen una reflexión profunda por parte de los gestores.

⁴ SOLDEVILLA AGREDA, J. Javier et al. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. **Gerokomos.**, Madrid, v. 18, n. 4, 2007.

➤ **Apoyo Psicológico y relación de ayuda**

El AE/TCE está capacitado, por su formación⁵, para dar apoyo psicológico al paciente y a la familia⁶. Este aspecto del cuidado debería de potenciarse, pues la mayoría de los estados de ansiedad puntuales ocasionados por el ingreso hospitalario se podrían abordar con una adecuada relación de ayuda y una “infusión”. Se debe fomentar otra cultura sanitaria que integrara la dimensión humana, cambiando lextines y orfidales por “infusiones” y empatía.

➤ **El fomento de autocuidados y de autonomía para las Actividades de la Vida Diaria (AVD)**

El objetivo de la atención sanitaria debe ir enfocado a restablecer la autonomía del paciente y fomentar el autocuidado. Esta es una labor educativa que realiza el AE/TCE de forma sistemática en el desempeño diario de su trabajo, actividad que tiene una gran repercusión en el retraso de situaciones de dependencia que traen asociados deterioros físicos y psicológicos, proporcionando calidad de vida y contribuyendo a minimizar el gasto de recursos sociales y sanitarios.

Área de Atención Primaria

En Atención Primaria las principales aportaciones del AE sobre el gasto farmacéutico se realizan en dos ámbitos fundamentalmente:

⁵ RD 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.

⁶ RD 546/1995, de 7 de abril. Referencia del sistema productivo, punto 2.1.2 Capacidades profesionales:..Promover a su nivel la humanización de la asistencia sanitaria al paciente/cliente utilizando técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria.

➤ **Gestión**

El AE/TCE es el encargado de evaluar las necesidades de material y hacer los pedidos a suministros y farmacia. Éste tiene entre sus funciones controlar el estockaje, revisar caducidades y comprobar y, en su caso, reponer los fármacos en todas las salas y consultas del centro de salud, velando en todo momento por el uso adecuado de los recursos; por ejemplo cuando en una sala se necesita reponer fármacos, el AE/TCE valorará con qué frecuencia se usan en esa sala en particular, para reponer directamente desde el almacén o redistribuir la medicación desde otras salas que hacen menor consumo y tienen las fechas de caducidad más próximas, siguiendo el mismo procedimiento de gestión que con el resto de material clínico.

Además se encarga de dispensar el material a diabéticos (tiras reactivas, glucómetros, agujas de insulina...) registrar la entrega y verificar que se cumple la pauta médica o de enfermería en cuanto al número de control de glucemias..., promoviendo el adecuado manejo del material, controlando el consumo y buen uso de las tiras y detectando posibles problemas en los pacientes.

➤ **Promoción, prevención y educación para la salud**

En nuestro primer nivel asistencial el AE/TCE podría tener un papel más importante y rentable en la atención a personas con dependencia, dentro de la asistencia a domicilio, alta hospitalaria, hospitalización domiciliaria etc. Es por ello que nuestra organización viene instando a la Administración a valorar la necesidad de incluir a

este profesional en todos los proyectos que contemplen cuidados básicos de enfermería en el domicilio, como sucede en Europa.

En este documento nos extenderemos sobre las ventajas y fundamentos de la inclusión del AE/TCE en la atención domiciliaria.

Lamentablemente, en la actualidad no hay establecidos indicadores de calidad en el trabajo que recojan la actividad del AE/TCE. Todavía hay centros donde no se permite a estos profesionales registrar su actividad y donde existen, además de ser insuficientes, no cuantifican ni recogen con evidencia científica la calidad de los cuidados.

En la mayoría de los casos estas técnicas se registran en los planes de cuidados de enfermería por otros profesionales que no han realizado la praxis y el resto de la actividad y cuidados no se cuantifican ni forman parte de la hoja de evolución y planificación de cuidados de enfermería que debe incluirse en la historia clínica.

Este hecho priva al paciente del derecho a que quede constancia dentro de la historia clínica de toda la información sobre su proceso asistencial y los profesionales que intervienen en él⁷.

⁷ Derecho recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica.

2.2.2 Mejorar la coordinación en los niveles asistenciales, potenciando la combinación de todas las estrategias como la existencia de guías de actuación comunes, trayectorias clínicas, gestión de casos y enfermedades

La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para muchos sistemas de salud y, especialmente, para la atención de problemas de salud crónicos en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. La abundancia de estrategias y mecanismos de coordinación promovidos requiere una sistematización que ayude a utilizarlos de forma adecuada.

Los estudios realizados en nuestro entorno, sin ser abundantes, evidencian graves problemas de coordinación entre niveles asistenciales que se manifiestan fundamentalmente con: ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias, etc.), pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución de la calidad de la atención prestada.

La coordinación de la atención es un proceso complejo que depende del grado de especialización clínica, el nivel y tipo de interdependencias de las actividades asistenciales y el grado de incertidumbre de la atención asociada con la capacidad para procesar información y la variabilidad en la respuesta del paciente.

Las organizaciones sanitarias han confiado con frecuencia en instrumentos basados en la estandarización para coordinar la atención del paciente, como de las habilidades de los profesionales y

de los procesos de trabajo en los últimos años. Aunque este tipo de mecanismos puede servir de ayuda en situaciones que pueden ser anticipadas, resultan insuficientes para coordinar procesos complejos en los que intervienen diferentes servicios especializados e interdependientes, con un volumen elevado de información procesada. Precisamente, éstos son los problemas de salud que emergen con el envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

Los mecanismos de coordinación que responden mejor en estos casos son los que se basan en la adaptación mutua (grupos de trabajo interdisciplinarios, puestos de enlace entre niveles asistenciales, estructuras matriciales, etc.)

La utilización aislada de un instrumento no mejora la coordinación, sino que se necesita introducir una combinación de instrumentos que aborde los aspectos fundamentales relacionados con la continuidad de información y gestión del paciente. La planificación de la asistencia del paciente, cuando es posible, y el rediseño de la práctica asistencial que ello implica, el acceso al conocimiento especializado (sistema experto) y la información sobre el paciente a lo largo del continuo, son algunos de los elementos comunes de estrategias de coordinación que han obtenido buenos resultados.⁸

⁸ Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q.* 1996;4:12-25..

Las diversas estrategias y mecanismos han sido muy utilizados en los niveles asistenciales sociosanitario y de salud mental pero están muy poco extendidos en el resto. Por tanto, uno de los retos para mejorar la coordinación asistencial lo constituye la introducción sistemática de mecanismos basados en la adaptación mutua en la relación entre los diferentes profesionales y servicios a lo largo del continuo asistencial.

El AE/TCE como miembro del equipo de enfermería participa en el proceso asistencial, en ambos niveles, y es una pieza clave a la hora de ofrecer continuidad en los cuidados básicos de enfermería en el ámbito hospitalario y fuera de él.

La Planificación del Alta Hospitalaria

El desarrollo que sigue el alta hospitalaria se traduce en un hecho que parece ocurrir de repente. La planificación del alta debe ser un proceso, no un evento aislado.

Medicare⁹ define la planificación del alta de esta forma: *“Un proceso utilizado para decidir lo que un paciente necesita para pasar con suavidad de un nivel de cuidado a otro.”* Como resultado de este proceso, el plan de alta puede consistir en mandar al paciente a su propia casa o a la casa de otra persona, a un establecimiento de

⁹ Medicare es el plan de atención médica para ciudadanos de Estados Unidos de 65 años en adelante, personas con discapacidades y personas con insuficiencia renal crónica.

rehabilitación, a una clínica de salud (un centro de enfermería especializada), o a algún otro lugar fuera del hospital¹⁰.

En esta guía de alta hospitalaria, se contemplan medidas de formación para cuidadores, que durante la estancia en el hospital son enseñadas por el personal sanitario. La mayor parte de éstas se refieren a los cuidados básicos que imparte el AE/TCE, tales como el aseo, cuidado de la piel y mucosas, movilizaciones en pacientes encamados, deambulaciones, transferencias de cama a sillón y viceversa, manejo de andadores, sillas de ruedas así como dispositivos antiescaras, cambios posturales, cambio de pañales, administración de nutrición enteral, aplicación de enemas, cuidado y mantenimiento de sondas...

En informes comparativos sobre la calidad de los hospitales en EEUU, como el de la California HealthCare Foundation¹¹ se informa a los pacientes de que el cuidado no termina cuando se le da de alta hospitalaria, ya continúe la recuperación en casa o en un centro de rehabilitación. Es responsabilidad de su hospital y de sus médicos prepararlo adecuadamente.

La mayoría de los hospitales cuentan con un la figura del Planificador del Alta Hospitalaria capacitado. Este planificador

¹⁰ **Guía sobre la Planificación del Alta Hospitalaria para los Familiares Cuidadores.** Medicare, National Alliance for Caregiving (Alianza Nacional de Cuidados Asistenciales) National Association of Professional, Geriatric Care Managers (Asociación Nacional de Administradores de Asistencia Profesional Geriátrica)... **Editor de Always on Call: When Illness Turns familias into Caregivers (Siempre de Guardia: Cuando una Enfermedad Transforma a los Familiares en Cuidadores)**

¹¹ 2008 California HealthCare Foundation. Calificando la Calidad de los Hospitales en California.

consulta con el médico y equipo de enfermería que le está atendiendo, con el fin de preparar por escrito un "plan del alta hospitalaria" para su atención médica una vez que haya abandonado el centro.

La educación sobre el cuidado del paciente en el hogar será competencia del AE/TCE, en lo que se refiere a cuidados básicos.

En nuestro país este tipo de planes al alta, se zanja con un informe médico para el centro de salud y, aunque no siempre, con otro de enfermería que no recoge ni los cuidados, ni las observaciones de los AE/TCE, con lo que queda sesgada la información sobre los cuidados básicos y las recomendaciones de estos técnicos, que suelen ser las de más utilidad para los cuidadores familiares.

En ninguno de los casos se dirige el plan, hacia el propio paciente o familiar dejando constancia por escrito en un lenguaje claro y entendible para el paciente o cuidador de las pautas y recomendaciones para su proceso de recuperación fuera del hospital.

Sin duda, esta falta de protagonismo de los usuarios y sus familiares en los autocuidados, dificulta la coordinación, crea ansiedad en su entorno y suele desembocar en reingresos evitables y una demanda inadecuada de los servicios sanitarios con el consiguiente coste económico.

Sería interesante contemplar la posibilidad de que fueran los Técnicos en Cuidados de Enfermería los que siguiendo los planes de

cuidados, pautados por los Gestores de Casos o Enfermeras de Enlace se hicieran cargo de la educación del paciente y cuidadores, en lo referente a los cuidados básicos de enfermería, en las altas sin grandes complicaciones, esto permitiría dar una atención añadida y paralela al cuidador que de manera paulatina podría adquirir las habilidades necesarias en su entorno familiar.

La persona que asume el cuidado del dependiente debe ser cuidado en todas las situaciones, tanto si ya presenta problemas de salud como si no se han manifestado todavía. Este enfoque es el único que puede garantizar la salud de los cuidadores familiares como un derecho fundamental, por lo tanto se debe cuidar al cuidador, no sólo porque colabora con el sistema formal y es útil para la consecución de los objetivos del sistema formal, sino y sobre todo porque como ciudadano tiene ese derecho.

Esta actividad se podría llevar a cabo desde la Atención Especializada (AE), la Atención Primaria (AP), y en coordinación con programas sociosanitarios o incluso en un nivel intermedio.

El análisis del entorno demuestra el interés creciente que debe adquirir la atención a domicilio; debe convertirse en uno de los aspectos más importantes de nuestro sistema sanitario. A pesar de la tendencia que existe a aumentar el número de camas, en centros sociosanitarios no es factible ni deseable promover el uso desmesurado de recursos de institucionalización. Este ámbito debe ser reservado para las personas cuyo grado de incapacidad les impida seguir viviendo en el domicilio. Desde el ámbito de la Atención Primaria se ha hecho un esfuerzo considerable en estos últimos años

para mejorar la calidad de sus servicios. Las necesidades de salud incitan a que la atención domiciliaria se convierta en uno de los aspectos más importantes de su cartera de servicios¹². Por lo tanto, habrá que potenciar y consolidar la prestación de estos servicios, desde los ámbitos de Atención Primaria y hospitalaria, dimensionando los equipos con AE/TCE, como en la mayoría de países europeos.

2.2.3 Potenciar el modelo biopsicosocial frente al biomédico

Modelo biomédico

“El modelo que es hegemónico en nuestras sociedades tiene como características ser biólogo, ahistórico, curativo pragmático y será controlado por un experto que de forma casi impersonal administra un conocimiento a quien se ubica en el rol de paciente.”¹³

Es necesario dejar claro que el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la gran industria de la salud. Pero este modelo deja de ser científico cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos dejan por fuera las variables humanas, sociales o culturales del enfermar o éstas se tratan de reducir a variables estrictamente biológicas.

¹² J.C. Contel, J. Gené, M. Peya "Atención domiciliaria: organización y practica" Mason, 2003

¹³ E. Menéndez "morir de alcohol, saber y hegemonía médica" Alianza editorial –Méjico- 1988

Modelo biopsicosocial:

“Yo creo que llegará el día en que el enfermo de no sé que, se abandonará a las manos de los médicos sin preguntarles nada. Estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variables, multiplicarán unas por otras y curarán a este enfermo con solo una píldora. Sin embargo si yo caigo enfermo me dirigiré a un viejo médico de familia. Él me mirará el ángulo del ojo, tomará el pulso, palpará el vientre, auscultará, conversará conmigo (...) después toserá, prenderá su pipa, frotará el mentón y me sonreirá para calmar el dolor (...) ¡Desde luego yo admiro la ciencia! Pero también la sabiduría.”¹⁴

Con una visión diferente del cuidado de la salud, toma al paciente como un individuo dentro de su contexto familiar y social, para brindarle un acompañamiento permanente de contención, cuidado y prevención a lo largo del complejo proceso de salud – enfermedad.

El enfermar adquiere sentido en función de la vida de la persona. Al introducir el valor de la palabra, de la historia que construye el paciente, permite que la enfermedad deje de ser solamente alteración bioquímica o física. Puede ser también insatisfacción en las relaciones, emociones o afectos inadecuadamente elaborados, dolor psíquico.

La medicina está adherida a un modelo conceptual de enfermedad que ya no es adecuado para las nuevas tareas y

¹⁴ Antoine De Saint – Exupery

responsabilidades que se demandan al profesional tanto en lo social, en lo preventivo, cambios de estilo de vida, cuidado de la calidad de vidas, atención de la enfermedad crónica y de la muerte.

La salud y la enfermedad son un continuo, las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud es un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales familiares y ambientales. La función del profesional es cuidar la salud.

Las gerencias de Atención Primaria han de reorientar el modelo de Atención Primaria, desde el enfoque actual, predominantemente asistencial, a un enfoque salubrista basado en el modelo biopsicosocial. Para ello, es fundamental revisar y potenciar el trabajo en equipo, así como que las actividades comunitarias en marcha se sientan respaldadas.

El AE/TCE vuelve a adquirir en esta propuesta una gran importancia. Como hemos expuesto anteriormente, es un profesional cercano que se relaciona con la persona en todas sus dimensiones siendo un elemento de referencia para el paciente/cliente y para el resto del equipo multidisciplinar. Su papel en los programas de prevención, promoción y educación para la salud hace que se optimicen las estrategias empleadas y aumenten los canales de comunicación con la población diana.

3).- GASTO EN RECURSOS HUMANOS

En este área seremos breves, pues en las propuestas al comité de políticas de recursos humanos lo trataremos con más profundidad.

Es difícil cuantificar el gasto de recursos humanos que se consumen en la atención si lo comparamos con la facilidad con que se cuantifica el gasto material.

3.1 PROPUESTA DE MEJORA EN ESTA ÁREA

- Herramientas eficaces que midieran las cargas de trabajo.
- Potenciación de la utilización de recursos humanos y actividades preventivas, frente al modelo clínico-asistencial.
- Regulación de funciones y roles de los diferentes profesionales
- Motivación de los profesionales.

3.2 INTERVENCIÓN DEL AE/TCE EN LAS PROPUESTAS DE MEJORA EN EL GASTO EN RECURSOS HUMANOS

El buen hacer dentro del desempeño profesional, la regulación de funciones, la motivación, la formación continua, la adecuada dotación de recursos humanos basada en las cargas de trabajo reales dentro de las diferentes categorías y servicios, así como factores que refuercen positivamente el trabajo del AE/TCE tienen repercusión en el tiempo de recuperación de los pacientes/clientes y,

en consecuencia, en la estancia hospitalaria, la duración de tratamientos y en el ahorro del gasto sanitario.

3.2.1 Herramientas eficaces que midieran las cargas de trabajo

Es necesario establecer sistemas complementarios a los que hay actualmente para medir el consumo de recursos humanos, de forma que se pudiera diferenciar entre estamentos profesionales, el número de intervenciones que realiza cada profesional y el tiempo empleado, de esta manera se podrían ajustar las plantillas a las necesidades auténticas de cada servicio, pues las ratios actuales no responden en absoluto a las cargas reales de trabajo. Esto además podría servir de indicador a la hora de analizar si una adecuada dotación de recursos humanos basada en las cargas reales de trabajo, incide en la disminución de la estancia hospitalaria y la calidad en la atención.

3.2.2 Potenciación de la utilización de recursos humanos y actividades preventivas, frente al modelo clínico-asistencial

Anteriormente hemos hecho referencia, aportando los datos existentes, a la dificultad de la sostenibilidad del sistema sanitario. Hemos visto que el desproporcionado gasto farmacéutico incide en una disminución del presupuesto destinado a personal, que el enfoque biopsicosocial, requiere de un aumento de profesionales para mantener los niveles de salud en la población y disminuir las intervenciones clínicas. Todo esto nos lleva a replantearnos si las

actuales políticas están dando respuesta a las necesidades o si sería adecuado hacer nuevos planteamientos, donde se potenciaran los recursos humanos y las actividades preventivas frente a este desenfreno consumista de asistencia sanitaria. Esta segunda reflexión permite contribuir, además, a mejorar aspectos sociales como la alta tasa de desempleo, que intervienen de forma negativa en una comunidad y su diagnóstico de salud.

3.2.3 Regulación de funciones y roles de los diferentes profesionales

Otro planteamiento fundamental es el relacionado con los roles y las funciones de cada profesional. En la actualidad el Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) está proponiendo de manera reiterada la necesidad de revisar, las funciones, la denominación de la categoría profesional y titulación académica de los AE/TCE.

Estos técnicos han avanzado en formación, cualificación y autonomía en el trabajo. Sin embargo, esto no se ha traducido en un avance profesional ni de reconocimiento por parte del Ministerio de Sanidad pues aún habiendo sido emitido un informe por parte del Instituto Nacional de Cualificaciones Profesionales (INCUAL) en febrero de 2005, en el que se encuadra a este técnico en un nivel superior de la formación profesional, seguimos, a día de hoy, sin haber resuelto lo que es indudable para los expertos en educación y cualificación profesional: "QUE ESTE TÉCNICO DEBE ESTAR ENCUADRADO EN UN NIVEL DE GRADO SUPERIOR".

Esta situación se traduce en el aumento de la desmotivación entre estos profesionales. Por otro lado, se evidencia el inadecuado aprovechamiento que se está haciendo de este técnico, se está pagando a profesionales más costosos por funciones que en unas ocasiones realiza el AE/TCE y quedan registradas por otro profesional o realiza un profesional más cualificado sin necesidad.

Somos conscientes que la regulación de funciones es un tema que entraña ciertas dificultades para la Administración en lo que se refiere a la posible discrepancia entre colectivos, y que requiere un esfuerzo por parte de todos a la hora de encontrar cierto consenso entre las distintas categorías profesionales, pero esto no debe servir de excusa para que se aborde con criterios de justicia y sentido común.

La Administración como garante de los derechos de los ciudadanos debe garantizar la calidad asistencial, gestionando y haciendo el mejor uso de los recursos económicos y humanos existentes.

3.2.4.- Motivación de los profesionales.

La motivación profesional constituye un elemento más a considerar en la gestión empresarial. Mediante la misma debe proporcionarse el estilo participativo e integrador en el desarrollo de las tareas de todos los trabajadores a través del reconocimiento, tanto profesional como personal, en su condición de soporte básico del sistema.

Evitar la insatisfacción debe ser un objetivo dentro de la gestión de personal para la cual se debe trabajar en la implantación de los oportunos sistemas que propicien la más correcta adecuación personal de los trabajadores al puesto de trabajo.¹⁵

En esta área consideramos que el sistema retributivo aún siendo muy importante, no es suficiente como elemento motivador, el reconocimiento profesional, académico y social tienen una influencia decisiva en la motivación.

No queremos incurrir en repeticiones pero es necesario revisar la repercusión de todos estos aspectos en el AE/TCE. Siendo una pieza clave del sistema sanitario, no ve traducida su trayectoria académica y profesional en un merecido reconocimiento de las cuestiones antes citadas.

Desde el Sindicato de Auxiliares de Enfermería confiamos en que las aportaciones realizadas en este documento se traduzcan en una mejora de nuestro sistema sanitario y de los profesionales que lo integramos.

¹⁵ La Gestión de los Servicios Sanitarios: Modelos Alternativos. III Congreso "Derecho y Salud". Pamplona, diciembre de 1994.