



## **Aportaciones desde el Colegio de Enfermería de Asturias para la Reconstrucción Social y Económica tras la crisis COVID19.**

### **1. Introducción.**

La reciente crisis generada por la pandemia COVID19, trasciende de la propia emergencia sanitaria que deja un 55,8% de exceso de mortalidad durante las últimas semanas (*Fuente informe Momo ISCIII 4 junio*)<sup>1</sup>.

La necesidad de confinar a la población en sus hogares para controlar la pandemia, ha tenido y probablemente tendrá consecuencias en la salud de las personas y las comunidades más allá de los contagios. Estos efectos secundarios serán más notables en las poblaciones frágiles y en ámbitos que debieron adoptar medidas más radicales para evitar la propagación de la enfermedad, como es el caso de las residencias geriátricas. Elementos como la falta de ejercicio, reducción de la comunicación e interacción social, aumento del estrés y el miedo, entre otros tienen consecuencias en la salud de las personas.<sup>2</sup>

Por otro lado la crisis y su tratamiento tiene y tendrá efectos sobre los determinantes en salud de las personas, lo cual será más notable en las poblaciones más frágiles. No hay duda de los efectos económicos y sociales que ha supuesto esta crisis y cómo afectará la salud de las personas.<sup>3</sup> Esta crisis de la salud en nuestras comunidades tendrá efectos en la salud física, en la salud mental y en el bienestar de las personas, que podrían cronificarse e intensificarse si no cortamos el círculo que relaciona la salud de las comunidades con su economía.

Es por tanto evidente que para salir de este trance de forma exitosa será necesario contar con todas las áreas de conocimiento posible y que profesionales y políticos generemos sinergias de cara a salir reforzados de esta dificultad.

Las enfermeras hemos sido reconocidas por la OMS como los profesionales ideales para generar mejores resultados en salud, economías más fuertes y mayor igualdad de género (*Fuente informe Triple Impact APPG on Global Health*)<sup>4</sup>. Si hemos vivido un compromiso de los cuidados en nuestro país, y es necesario replantearse (al menos en parte) nuestro modelo de cuidados de la salud; es imprescindible que las enfermeras aportemos nuestra visión, conocimiento y experiencia y contribuyamos decisivamente a la reconstrucción tras la crisis.

Así atendiendo y agradeciendo la solicitud del Congreso de los Diputados, este Colegio Profesional quiere hacer sus pequeñas aportaciones para la reconstrucción o renovación social y económica tras la crisis, especialmente en el ámbito de “sistema de cuidados” y de “Sanidad pública”.

## **2. Aportaciones desde el Colegio de Enfermería de Asturias para la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica.**

### **a. Políticas Sociales y Sistema de Cuidados**

En primer lugar debemos de decir que es poco entendible la separación entre políticas sociales, sistema de cuidados y salud pública. Es necesario que tomemos una visión global de lo que es la salud pública, cuál es la relación entre las políticas sociales, sistema de cuidados y resultados en salud de las comunidades. Desvincular la salud pública y el sistema sanitario de los condicionantes socioeconómicos y el modelo cuidados carece de sentido si queremos ser eficientes en conseguir mejores resultados en salud y poblaciones más sanas. Esto ya lo hemos vivido con crisis anteriores.<sup>5</sup>

En un paradigma en el que sanidad, cuidados y políticas sociales estén vinculados, las enfermeras pueden ser de gran importancia, por competencia y conocimiento pero también por la situación que tienen en el sistema. En este sentido una mayor inversión en enfermería y enfermeras será vital para conseguir mejores resultados en salud para nuestras comunidades pero también para alcanzar más igualdad de género y generar economías más sólidas.

Lo sociosanitario no es independiente de lo sanitario, por tanto es importante trabajar la unión de estos dos mundos. La coordinación entre la sanidad pública y el sistema sociosanitario debe restablecerse condiciones de igualdad. La necesidad de atención a la fragilidad y a la cronicidad hace necesario un trabajo coordinado en el que las enfermeras son el principal activo tanto del ámbito sanitario como del sociosanitario.

Sin embargo no existe una relación de igualdad entre ambos sistemas pesando mucho más los servicios sanitarios que los sociosanitarios. Los primeros tienen más recursos públicos, mayor presupuesto, prestigio y tecnología, mientras los segundos por lo general están infradotados e infravalorados, teniendo en estos un peso mucho mayor la privatización de los servicios.

El cuidado de las personas frágiles y crónicos genera alrededor trabajos precarios mal remunerados y poco cualificados cuando se necesitan realmente profesionales competentes, motivados y reconocidos. La gestión de servicios sociales en manos de entidades locales es precaria y poco coordinada con los servicios sanitarios. Esta coordinación de servicios, continuidad asistencial, podría estar liderada por enfermeras que han demostrado su idoneidad en este ámbito <sup>6,7</sup>.

Curiosamente en el contexto de la pandemia se ha tendido a la “intervención” de los servicios sociales fundamentalmente residencias públicas y privadas. Está intervención no es tanto una mal denominada *medicalización* como un refuerzo en los recursos que generalmente estos servicios no pueden manejar o a los que no tienen acceso, fundamentalmente personal de enfermería cualificado.

Sin embargo probablemente debemos revisar la institucionalización, el **modelo de residencias**, no solo porque haya quedado en entredicho durante esta crisis si no porque debe adaptarse a la realidad social y a las necesidades de salud de la comunidad y las personas que la forman. En este sentido las residencias no dan buena solución a las personas autónomas para las que la institucionalización podría ser más un problema y tampoco a las personas con altos niveles dependencia que requieren cuidados muy especializados.

Por otro lado cada vez es mayor la prevalencia de problemas de **salud mental**, muy relacionados con el entorno y la salud de la comunidad. Es necesario destinar recursos y políticas a este campo, tanto asistenciales como para la investigación desarrollándose estrategias sólidas y coordinadas con el ámbito sociosanitario.

En definitiva, es necesario apostar por una **atención integral a la comunidad**, cuidando a las personas, a las familias en la comunidad, desarrollar definitivamente la atención comunitaria y la coordinación con los servicios sociales. Creemos que las enfermeras deben tener un papel central en este reto para lo que proponemos:

- a) Es necesario apostar por las especialidades de **Enfermería familiar y comunitaria, enfermería geriátrica y enfermería de salud mental, pediatría y del trabajo**, de manera que se pueda trabajar coordinadamente el acompañamiento del ciudadano y la comunidad en el proceso salud/enfermedad. Es importante que las especialidades se reconozcan, se desarrollen y se potencien, la situación actual es una merma para todos los ciudadanos que se podrían beneficiar de cuidados especializados y mejor coordinados.
- b) Sin olvidar estas especialidades será necesario en el futuro potenciar la práctica avanzada, que racionalice competencias profesionales y servicios a los ciudadanos dando una respuesta ágil a necesidades del sistema y la comunidad.
- c) Es importante dar capacidad de resolución a las enfermeras que actualmente ya realizan estas actividades en la comunidad, pero que sin embargo no tienen autorización ni respaldo legal para asumir decisiones como puede ser la indicación o prescripción de servicios, materiales o recursos ni siquiera en el ámbito de su competencia.
- d) Es importante que las enfermeras tengan acceso a puestos de desarrollo, coordinación y ejecución de estrategias y políticas sociosanitarias. Las enfermeras disponen de competencias idóneas para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria o la gestión de proyectos y recursos tanto a nivel micro como macro. Sin embargo hay que desarrollar la legislación para que las enfermeras tengan capacidad ejecutiva real en nuestro sistema.

## **b. Unión Europea**

Necesitamos mirar a Europa y aprender, no nos hace ningún bien seguir complaciéndonos en la “*mejor sanidad del mundo*”. sin duda todo es susceptible de mejorar y nuestro modelo también lo es.

Es importante tener presencia en las políticas sanitarias comunes no solo como agente de proyectos de éxito a imitar, también cómo aglutinadores de políticas de cuidados vinculándonos con proyectos de innovación que se desarrollan en el ámbito europeo<sup>8</sup> incluso algunas de iniciativa española<sup>9</sup>, más allá de disponer de ayudas económicas hay que establecer políticas de aprendizaje y desarrollo de estrategias comunes con otros países de la Unión trabajando con otras instituciones de reconocido prestigio.

Quizá sea necesario fomentar y constituir órganos supranacionales a nivel europeo con capacidad de medir y analizar el desempeño de los diferentes sistemas nacionales, autonómicos y locales y también de ofrecer directrices

comunes tanto en la gestión de la calidad asistencial como en la de las emergencias como la que hemos vivido.

### **c. Reactivación Económica**

Sin duda se abren incertidumbres ante la recuperación económica pero también ciertas oportunidades. Es necesaria una visualización de las acciones más costo-efectivas para garantizar los mejores resultados sin comprometer la sostenibilidad del sistema.

En el ámbito económico es posible que sea interesante la inversión en manufacturas de material sanitario que debemos importar de terceros países y que no cumplen con medidas mínimas de calidad cuando son sometidos a examen. Reducir la burocracia en este área e incentivar el reciclaje de industrias al ámbito sociosanitario puede ser estimulante.

La asistencia residencial sociosanitaria está privatizada en el 75%. Este negocio genera no pocos beneficios pero sí un trabajo poco cualificado, y muy precario. El modelo está beneficiando a grandes corporaciones que se van comiendo negocios más pequeños y familiares, más compatibles con un modelo de atención comunitaria y de economía social.

Apostar por estas empresas cambiando el modelo puede generar una riqueza económico-social más sostenible, y sin duda mejoraría la salud de las comunidades. Pero para esto es imprescindible el trabajo con:

- 1) Personal cualificado. Hay que apostar por la formación y trabajos bien remunerados.
- 2) Obligación de incorporar enfermeras en las residencias enfermeras especialistas en ratios conformes con una atención digna a las personas mayores, no solo para realizar tareas sino para gestionar cuidados.
- 3) Desarrollo de un plan de acompañamiento sociosanitario con una coordinación bien definida con la atención primaria, salud mental y los servicios sociales locales. Más allá de la gestión de plazas residenciales se necesita coordinación de los cuidados.

### **d. Sanidad y Salud Pública.**

En el **punto “a”** ya poníamos en evidencia la necesidad de hablar conjuntamente de salud pública y sistema de cuidados. En este sentido es necesario valorar todas las propuestas de forma integral y solidarizar los dos ámbitos que en realidad es solo uno.

Hablámos en la introducción de los “*determinantes en salud*” y la necesidad que tenemos de abordar este aspecto de la salud desde el sistema. El sistema debe estar orientado a la obtención de mejores resultados en salud, de poblaciones más sanas y mayor bienestar de la población. Desde este punto de vista algunas actuaciones claras por las que apostar:

- 1) **Alfabetización en salud.** La salud no es algo que se obtenga con más visitas al sistema, más recetas o más medicación. Una mejor tasa de salud tiene que ver con un mejor autocuidado, y un entorno más saludable. Es necesario por tanto mejorar conocimientos y actitudes de los ciudadanos para mejorar su salud y la de la comunidad. Debemos salir de las consultas y el sistema y llegar a los ciudadanos a través de programas estructurados, en escuelas, en ámbito laboral, comercial, en el ocio...
- 2) **Continuidad asistencial.** Hay que facilitar la adaptación de los ciudadanos a su estado de salud en todo el proceso el proceso salud-enfermedad. El sistema sanitario sigue volcado en el hospital y la tecnología y no tanto en el paciente y su proceso. Debemos ser capaces de acompañar a los ciudadanos y ayudarlos a transitar por el sistema y usar los recursos que más le convienen en cada momento.
- 3) **Atención cercana y desinstitucionalización.** Es decir, debemos centrar la atención en la persona y su entorno, evitando lo máximo posible sacar a la persona del mismo. Desde este punto de vista y con un liderazgo de la atención comunitaria (enfermería comunitaria) hay que usar más la atención domiciliaria y buscar recursos más adaptados a la persona, pero que a la vez puedan resolver sus problemas.
- 4) **Humanización.** Muy ligado al punto anterior debemos buscar la adaptación del sistema a las personas y no al revés. Huir de grandes estructuras deshumanizadoras hacia soluciones más cercanas y adaptadas a las personas y sus circunstancias concretas. Además hay que reforzar los servicios de enlace entre unos niveles y otros, en los que por cierto las enfermeras somos referencia.
- 5) **Gestión de la información.** Nunca habíamos tenido tanta información, nunca tan protegida, y sin embargo somos incapaces de usarla de forma coordinada. Seguimos trabajando en guetos y no se comparte la información de las personas. funcionamos por comportamientos estancos. Es necesario avanzar en buenas tecnologías de la información para mejorar el servicio a los ciudadanos.
- 6) **Investigación en cuidados.** Es necesario invertir en investigación, por supuesto aumentar la dotación en investigación en biomedicina y biotecnología, pero es necesario conocer cómo es el desempeño de



nuestro sistema y las iniciativas en las que merece la pena invertir. La práctica basada en la evidencia aún necesita refuerzo.

### 3. Conclusiones.

Es necesario repensar nuestro modelo, parece que necesita ajustes, y llevamos años hablando de los mismos, pero parece evidente la resistencia al cambio. La comunidad sanitaria que ya estaba cansada y desmotivada, ha quedado muy en precario tras el esfuerzo que ha supuesto la pandemia. Es necesario tener esto en cuenta a la hora de implementar cambios en el sistema.

Como Colegio profesional de Enfermería proponemos cambios en consonancia con el previo desarrollo que hemos hecho, centrándonos por supuesto en lo que las enfermeras podemos aportar en este “nuevo” modelo en ciernes, e intentaremos concretarlas en el ámbito legislativo que es el que más incumbe al Congreso:

- 1) **Necesidad de unir los mundos sanitario y sociosanitario.** Es fundamental que dejemos de pensar en compartimentos estancos. Seguimos dividiendo la salud en las carteras de sanidad, servicios sociales,... Es difícil luego generar la sinergia, más aún cuando bajamos escalones hacia el ciudadano. En este sentido disponemos una ley general de sanidad que quizás fuera preciso mejorar, muy orientada a la institucionalización y a la prestación sanitaria, medicalizada y poco centrada en el ciudadano y con poca coordinación entre administraciones.
- 2) **Necesidad de cambios profundos en la gobernanza del sistema.** Nuestro sistema necesita flexibilidad, es verdad que necesita control, pero es importante que los profesionales puedan tener capacidad de resolución. En el caso que nos ocupa, la autonomía asistencial de las enfermeras (Profesionales universitarias con alta capacidad resolutive) está mermada por intereses diversos que perjudican a los propios ciudadanos. La enfermera debería tener capacidad legal de prescribir tratamientos, servicios y recursos, así como solicitar pruebas y consultas pertinentes a otros profesionales sanitarios o sociosanitarios.
- 3) **Legislaciones obsoletas.** Dentro del panorama sociosanitario, existen legislaciones obsoletas que no atienden a la enorme diversidad de profesiones socio-sanitarias que existen y sus capacidades como agentes de salud. La ***Ley de Ordenación de las Profesionales sanitarias*** debe repensarse de manera que podamos aprovechar todo el potencial de los profesionales y el sistema sea capaz de adaptarse mejor a los ciudadanos y sus necesidades en cada momento, sin tener que pasar por un único profesional prescriptor. La ***Ley de uso racional del medicamento*** adolece por su parte de un desarrollo claro al propio uso del medicamento y se centra únicamente en su prescripción, como si usar un medicamento o un producto



sanitario fuera simplemente hacer una receta. Es necesario adaptar estas leyes a la realidad académica de este país, a la verdadera competencia de los profesionales y a las necesidades de los ciudadanos.

- 4) **La atención comunitaria en el centro.** Desde todos los ámbitos hace años, estamos escuchando la misma música de que es la atención primaria la que debe liderar este cambio, la que debe llevar el peso de este nuevo paradigma. Luego no sabemos qué es lo que pasa, pero esa buena nueva nunca llega a materializarse. Ejemplo paradigmático es el de las enfermeras comunitarias, con especialidad desarrollada desde hace más de una década, con muchos años de promociones vía EIR, y que sigue sin materializarse correctamente en ninguna comunidad autónoma. Es necesario financiar y tomarse la atención comunitaria en serio, legislando la coordinación de recursos y niveles a través por ejemplo de enfermeras gestoras de casos, enlaces,...
- 5) **Enfermería como recurso costo-efectivo.** Actualmente trabajan en nuestro país más de 300000 enfermeras, aunque es preocupante su escasez si atendemos a los ratios de enfermera/paciente de la unión europea lo es más el desaprovechamiento de talento que hace el sistema con estas profesionales. Nosotros proponemos ponerlas en el centro de la coordinación socio-sanitaria con medidas diversas:
  - a) **Reconocer su capacidad prescriptora.** (No solo de medicamentos y productos sanitarios, también de pruebas y recursos) Las enfermeras deben poder indicar a sus pacientes lo que necesitan y acompañarlos así en todo su proceso.
  - b) **Reconocer su capacidad gestora y de liderazgo.** Tirando abajo la discriminación que sufren las enfermeras para gestionar equipamientos y recursos sociosanitarios, así como procesos “core”. Las enfermeras pueden y son buenas gestoras, lo han demostrado durante esta crisis, pero lo demuestran desde hace años en el sistema, que sin embargo no les permite acceder a direcciones de diferente índole.
  - c) **Reconocer su capacidad de especialización.** Desarrollando sistemas que permitan que las enfermeras no “valgan para todo” sino que sean capaces de adaptarse y adaptar a los ciudadanos a entornos cada vez más variables y confusos. En este sentido es momento de *tomarse en serio* la enfermería y las especialidades que existen, también otros modelos complementarios como la enfermería de práctica avanzada o la enfermera experta. Como anécdota diremos que en España se forman al año unos 1000 especialistas (Algo así como el 10% de los que se titulan al año y sólo 45 son especialistas en geriatría) ¿Cuántos años serían necesarios para tener una adecuada plantilla de especialistas? Por otro lado en esta crisis hemos vivido la necesidad de disponer de más especialistas en



cuidados críticos, manejo de urgencias o gestión epidemiológica. Quizás sea preciso desarrollarlas.

- d) ***Reconocer su valor.*** Las enfermeras no son costo-efectivas por cobrar poco, en ningún caso creemos que deben barajar esa interpretación, o pretender que las enfermeras puedan sustituir a otros profesionales. Las enfermeras son costo-efectivas porque el trabajo que desarrollan y cómo lo desarrollan es muy rentable en cuanto a su efecto en la salud de la comunidad. Es necesario que la figura de la enfermera se reconozca también en el plano social, profesional y por supuesto salarial.

En definitiva, queremos ponerles delante la mejor herramienta de la que van a poder disponer si quieren darle un cambio al sistema, si lo quieren mejorar. Hemos demostrado capacidad y compromiso, somos las profesionales mejor preparadas para dar este paso, por competencias, situación en el sistema y desarrollo en las últimas décadas. Para dar este paso es necesario que confíen en nuestra capacidad y talento, y por una vez en la historia apuesten por las enfermeras.

#### 4. Bibliografía.

1. Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII). *Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo. Situación a 04 de junio de 2020.* Consultado el 7/06/2020 en : [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo\\_Situacion%20a%204%20de%20junio\\_CNE.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%204%20de%20junio_CNE.pdf)
2. Roqué M. Coll-Plana L. *¿Cuáles son los efectos colaterales del confinamiento para evitar la COVID-19 en las personas mayores, y las medidas para prevenirlos o tratarlos?* Cochrane Iberoamericana 21 abril 2021. Consultado el 7/06/2020 [https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/COVID-19/fixa\\_sars\\_cov-2\\_geriatria\\_n.pdf](https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/COVID-19/fixa_sars_cov-2_geriatria_n.pdf)
3. Palomino Moral P. et al. *LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI* Revista Internacional de Sociología (RIS). Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre Vol. 72, extra 1, 71-91, junio 2014.
4. All-Party Parliamentary Group on Global Health. *Triple Impact. How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth.* Octubre 2016 [https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG\\_triple-impact.pdf?ua=1&ua=1](https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf?ua=1&ua=1)
5. Cortés-Franch I. González López-Varcarcel B. *Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014* Gaceta Sanitaria Volume 28, Supplement 1, June 2014.

6. Gomez-Picard, P. Fuster-Culebras J. *Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud*. Enfermería Clínica Volume 24, Issue 1, January–February 2014.
7. Sánchez-Martín, CI. *Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. Enfermería Clínica. Volume 24, Issue 1, January–February 2014
8. Comisión Europea *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*. 15.11.2010
9. Programa Effichronic. Consultado el 7/06/2020 en <http://effichronic.eu/about/>



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Nursing now  
Asturias



2020  
AÑO INTERNACIONAL  
DE LAS ENFERMERAS  
Y MATRONAS