

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE MEJORA DOCENTE SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA PROFESIÓN ENFERMERA EN
ESPAÑA

Autor: M. Enrique Martínez García

Director: Dr. Miguel Ariño Lapuente

INDICE:

Resumen

1-Introducción.....	3
1.1 Gasto sanitario.....	7
1.2 Recursos y personal de enfermería en España.....	8
1.3 Indicadores de calidad.....	10
2-Objetivos	
2.1 General.....	11
2.2 Específicos.....	11
3-Metodología	
3.1 Planificación.....	12
3.2 Búsqueda Bibliográfica.....	13
3.3 Diseño del estudio	
3.3.1 Ámbito del estudio.....	13
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión de países.....	14
3.3.3 Sujetos del estudio.....	14
3.3.4 Materiales.....	15
4-Desarrollo	
4.1 Descripción del problema.....	15
4.2 Beneficios.....	16
4.3 Qué vamos a hacer.....	16
4.4 Porqué lo vamos a hacer?.....	16
4.5 ¿Qué queremos lograr?.....	16
4.6 Hacer.....	17
5-Comprobar	
5.1 Indicadores de estructura.....	22
5.2 Indicadores de proceso.....	23
5.3 Indicadores de resultado.....	24
6-Bibliografía.....	26

ANEXOS

Anexo I- Cartel Promocional del Plan de Mejora.....	29
Anexo II-Triptico Informativo.....	30
Anexo III-Cuestionario de Conocimientos (Previos y Finales).....	32
Anexo IV-OECD Health Data.....	34
Anexo V-OMS Sistema Sanitario Óptimo.....	35
Anexo VI-Modelos Liberal y Socialista.....	35
Anexo VII-Calidad Percibida de la Atención Sanitaria.....	36
Anexo VIII-Encuesta de Satisfacción.....	36

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla N.º 1 - Clasificaciones de los modelos de bienestar y países seleccionados.....	3
Tabla N.º 2 - Características de los modelos Beveridge y Bismark.....	5
Tabla N.º 3 - Competencias de enfermería de cuidados generales. Directiva 2013/55/UE.....	6
Tabla N.º 4 - Datos sobre el gasto sanitario en los países seleccionados.....	7
Tabla N.º 5 - Evolución del gasto sanitario total. Periodo 2007-2015.....	7
Tabla N.º 6 - Ratio enfermeras x 1000 hab. Ratio enfermeras / médicos.....	8
Tabla N.º 7 - Previsión de profesionales de enfermería para el 2025.....	9
Tabla N.º 8 - Calidad percibida de la atención sanitaria.....	10
Tabla N.º 9 - Satisfacción con el sistema sanitario público.....	10
Tabla N.º 10 - Estrategias de búsqueda.....	13
Tabla N.º 11 - Criterios de inclusión y exclusión de países.....	14
Tabla N.º 12 - Desglose del coste económico del plan de mejora.....	15
Tabla N.º 13 - Beneficios que se esperan conseguir con la impartición del plan de mejora.....	16
Tabla N.º 14 - Desarrollo de la Sesión I.....	19
Tabla N.º 15 - Desarrollo de la Sesión II.....	20
Tabla N.º 16 - Desarrollo de la Sesión III.....	20

RESUMEN:

Enfermería es una disciplina en constante evolución, la necesidad de orientar la prestación de los servicios hacia una mejora de la calidad prestada, ha llevado a la creación de diferentes teorías y modelos conceptuales.

Con el fin de mejorar la calidad del conocimiento de la profesión enfermera, es preciso la implantación de un plan de mejora docente dirigido a los profesionales sanitarios. En dicho plan se compara la situación de la profesión en España con la de países tales como: Italia, Alemania, Reino Unido y Noruega .

El plan de mejora está organizado en dos partes significativamente diferenciadas.

En la primera parte de este plan de mejora se presentan las características de los sistemas sanitarios de España, Italia, Alemania, Reino Unido y Noruega.

En la segunda parte, se procede a comparar diversos indicadores tales como el ratio de enfermeras por cada 1000 habitantes y el ratio enfermeras / médico. A su vez, se analizan los marcadores de calidad sanitarios con la finalidad de contextualizar dentro del programa académico de enfermería cual es la situación actual de la profesión y las diversas formas de afrontar los nuevos retos.

Metodología:

Se ha realizado un estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica sobre la situación actual de la profesión enfermera en España en comparativa con 4 países de la UE, para una vez recogida la información realizar un plan de mejora del conocimiento de la profesión enfermera en España basado en el ciclo de Deming.

El ámbito del estudio pivota sobre Noruega, Alemania, Italia, Reino Unido y España, siendo los sujetos del estudio el desarrollo de la profesión enfermera en dichos países.

Conclusiones:

Mediante la ejecución de este plan de mejora se pretende aumentar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el estado de la profesión enfermera en nuestro país. Para ello se realiza una comparativa de la situación de enfermería entre los países citados anteriormente.

Además sirve como instrumento para detectar posibles áreas de mejora con el fin de poder optimizar el rendimiento de recursos.

Palabras clave:

Personal enfermería, calidad, cuidados, ratio enfermera, envejecimiento, presupuesto, gasto en salud, formación, Europa.

ABSTRACT:

Nursing is a discipline in constant evolution, the need to guide the provision of services towards an improvement of quality borrowed, has led to the creation of different theories and conceptual models.

In order to improve the quality of global knowledge of the nursing profession, it is necessary to implement a plan for improving teaching directed to health professionals. This plan compares the situation of the profession in Spain with that of countries such as Italy, Germany, United Kingdom and Norway.

The improvement plan is organized into two significantly different parts.

The first part of this improvement plan presents the characteristics of the health systems of Spain, Italy, Germany, United Kingdom and Norway.

In the second part, we proceed to compare different indicators such as the ratio of nurses per 1000 inhabitants and the ratio nurses / doctor. In turn, the sanitary quality markers are analyzed in order to contextualize within the academic nursing program what is the current situation of the profession and the different ways to face the new challenges.

METHODOLOGY:

A descriptive study was carried out based on a bibliographical review on the current situation of the nursing profession in Spain in comparison with 4 EU countries.

Once the information was collected, a plan to improve the knowledge of the nursing profession in Spain in the Deming cycle. The scope of the study is based on Norway, Germany, Italy, the United Kingdom and Spain, the study subjects being the development of the nursing profession in these countries.

CONCLUSIONS:

The implementation of this improvement plan aims to increase the knowledge of health professionals about the state of the nursing profession in our country. To do this, a comparison of the nursing situation between the countries mentioned above is made. It also serves as an instrument to detect possible areas for improvement in order to optimize resource performance.

KEYWORDS:

Nursing, quality, care, aging, budget, health expenditure, training, Europe.

INTRODUCCIÓN:

Todos los países implicados en la elaboración de este plan de mejora, son miembros de la Unión Europea (en adelante UE).

A la hora de seleccionar a los países, si bien encontramos diferentes clasificaciones de los modelos de bienestar imperantes en la Unión, las corrientes más recientes apuntan a la predominancia de cuatro modelos:⁽¹⁾

Modelo Nórdico: Posee una provisión universal incondicionada y generalizada de servicios sanitarios de alta calidad.⁽¹⁾

Modelo Continental: El principio de asistencia sanitaria está basado en un sistema de seguros no condicionado a la empleabilidad.⁽¹⁾

Modelo Anglosajón: Reconocido por la contención de gastos y el óptimo grado de desarrollo profesional alcanzado en cada servicio.⁽¹⁾

Modelo Mediterráneo: Presenta unos gastos asistenciales inferiores a los otros modelos.⁽¹⁾

En la Tabla 1⁽¹⁾ se indican los países seleccionados.

TABLA N.º 1

Clasificaciones de los modelos de bienestar y países seleccionados

TABLA 1 ⁽¹⁾ .	MODELO NÓRDICO	MODELO CONTINENTAL	MODELO ANGLOSAJÓN	MODELO MEDITERRÁNEO
Ejemplo de países que lo componen	Noruega, Islandia, Finlandia, Suecia, Holanda	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo	Irlanda, Gran Bretaña	Grecia, Portugal, España, Italia
País seleccionado	Noruega	Alemania	Gran Bretaña	Italia

Alemania: El origen del Sistema Sanitario Alemán data de 1883, sirviendo como base para la creación de algunos sistemas sanitarios europeos.

El SNS alemán tal y como es actualmente, comenzó con la unificación de las dos Alemanias en 1989, implicó una profunda reforma sanitaria que supuso la implantación de un sistema tipo Bismark en toda Alemania.

Actualmente está basado en un seguro de salud social, existiendo unos Fondos de Enfermedad que negocian contratos con diferentes proveedores sanitarios. Cada persona puede elegir libremente los Fondos.⁽²⁾

España: El Sistema Nacional de Salud (SNS) se establece a través de la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986) con el objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro.

Aunque los servicios sanitarios son competencia de las CCAA a través del Servicio de Salud, la dirección y coordinación queda bajo los poderes del Estado.⁽³⁾

Reino Unido: El National Health Service (NHS) fue creado en 1948 bajo la premisa de que la atención médica nace de la necesidad y no de la capacidad de pago por parte del individuo.

Es encargada de suministrar las prestaciones sanitarias públicas a Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte, siendo reconocido mundialmente por contención de gastos y el óptimo grado de desarrollo profesional alcanzado en cada servicio.⁽⁴⁾

Italia: El Sistema Sanitario Nazionale (SSN) Italiano se estableció en el 1978, teniendo como objetivo garantizar el acceso universal y uniforme a los cuidados.

La reforma de la Constitución Italiana en el año 2001, supuso que la definición por parte del Estado Central del paquete básico de prestaciones (L.E.A) y las regiones (un total de 20) pasasen a responsabilizarse de la organización y administración de los sistemas de salud de su zona.

Noruega: A nivel local, la oficina NAV (NAV-kontoret) es responsable de satisfacer las demandas sanitarias y depende del Ministerio de Sanidad y Asistencia sanitaria. Generalizando, todas las personas que residan o trabajen en Noruega están cubiertos por el Sistema Nacional de la Seguridad Social. Presenta un sistema con numerosos copagos: Consulta del médico, productos farmacéuticos, cuidado dental, atención en urgencias, especializada en ambulatorio.⁽⁵⁾

Aunque la financiación de los sistemas sanitarios de los países que componen el plan de mejora, es principalmente pública, se configura siguiendo dos grandes patrones:

Uno basado en torno a sistemas nacionales de salud financiados a través de impuestos (modelo Beveridge) y otro basado en sistemas de seguridad social financiado por cotizaciones sociales obligatorias (modelo Bismark).⁽⁶⁾

En la tabla 2⁽⁶⁾ podemos ver las características principales de los dos modelos.

TABLA N.º 2

Características de los modelos Beveridge y Bismark

TABLA 2 ⁽⁶⁾ .	MODELO BEVERIDGE	MODELO BISMARCK
Características	<ul style="list-style-type: none"> -Financiación a través de impuestos -Acceso Universal. -Control gubernamental. -Gran implicación del Estado en la gestión -Presupuestos del Estado -Médicos asalariados o por captación -Cierta sector privado -Algunos copagos 	<ul style="list-style-type: none"> -Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de impuestos. -Los recursos van a parar a "fondos" que son entidades no gubernamentales reguladas por ley. -Los fondos contratan hospitales, médicos de familia, para proveer de servicios a los asegurados. -Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de los usuarios
Países de la comparativa	España, Italia, Reino Unido, Noruega.	Alemania

La UE se encarga de complementar las políticas sanitarias de los países según lo establecido en la Versión Consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Título XIV: Salud Pública. Artículo 168.(Diario oficial de la Unión Europea 30-03-2010), aunque son los Estados miembros responsables finales de organizar la asistencia sanitaria y garantizar su prestación, siendo la salud su competencia principal.^(7,8)

En lo referente a la consolidación de un único modelo de competencias profesionales de enfermería dentro de la UE, las bases se encuentran en la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo.(Diario Oficial de la Unión Europea, número 354, de 28-12-2013), que establecen un marco común para todos los países de la UE.⁽⁹⁾

TABLA N.º 3

Competencias de enfermería de cuidados generales. Directiva 2013/55/UE

TABLA 3 ⁽⁹⁾	COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS GENERALES. DIRECTIVA 2013/55/UE
	1) Competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios, utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos, y las capacidades adquiridas de conformidad con el apartado 6, letras a),b) y c), con el fin de mejorar la práctica profesional.
	2) Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras d) y e).
	3) Competencia para responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud sobre la base de los conocimientos y las capacidad es adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras a) y b).
	4) Competencia para, de forma independiente tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe.
	5) Competencia para, de forma independiente, dar consejos e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.
	6) Competencia para, de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos.
	7) Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.
	8) Competencia para analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermero de cuidados generales.

Entre estas competencias, el término cuidado adquiere un papel esencial en las actividades a desarrollar por el personal de enfermería.

El cuidado comprende una relación y un proceso que va más allá de la enfermedad. Prestar cuidados de calidad requiere una gestión adecuada de los recursos disponibles, máximo si consideramos que la concepción actual de salud no es tan solo un recurso o un componente del sistema sanitario, sino que representa una prioridad y depende de la agenda política global.^(10,11)

Los recursos disponibles guardan una relación directa con el gasto sanitario. De hecho desde el 2007, algunos países se han visto en la necesidad de ajustar las partidas destinadas a sanidad.^(1,12)

El disponer de un menor presupuesto, origina trayectorias de cambio entre los diferentes estados de bienestar, acentuando de este modo mayores disparidades entre los países comparados.^(13,14)

1.1 Gasto sanitario

Con los indicadores referentes a gasto en salud de la OCDE recogidos en el informe OECD.Health and Glance 2015:OECD Indicators,Paris: OECD Publishing;2015. obtenemos los datos reflejados en la Tabla 4⁽¹⁵⁾.

TABLA N.º 4

Datos sobre el gasto sanitario en los países seleccionados

TABLA 4 ⁽¹⁵⁾	Gasto Sanitario Público (€ per cápita)	Gasto Sanitario Total (€ per cápita)	% Gasto sanitario Público respecto al total
España	2.424	3.468	69,90%
Italia	2.717	3.599	75,48%
Reino Unido	3.479	4.403	79,01%
Alemania	4.925	5.794	85,00%
Noruega	6.158	7.224	85,24%

El estado, viene siendo la principal fuente de financiación de la salud en los países comparados, representando unos valores que varían en el año 2015 entre un 69,9% y un 85,24% (Ver Tabla 4), si bien en España el gasto sanitario público abarca un 70% del gasto resulta ser el menor porcentaje de todos los países con los que realizamos la comparativa.^(8,16)

En la tabla 5⁽¹⁵⁾, se muestra el crecimiento del gasto sanitario total (en adelante GST) de los países a comparar desde el año 2007 hasta el 2015.

TABLA N.º 5

Evolución del gasto sanitario total (€ per cápita). Periodo 2007-2015

TABLA 5 ⁽¹⁵⁾	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Crecimiento 2007-2015
España	2.828	3.076	3.239	3.210	3.253	3.221	3.247	3.358	3.468	22,63%
Italia	3.027	3.312	3.371	3.418	3.486	3.492	3.456	3.527	3.599	18,88%
Reino Unido	3.148	3.268	3.465	3.340	3.396	3.511	4.269	4.368	4.403	39,86%
Alemania	4.027	4.291	4.544	4.794	4.961	5.164	5.414	5.631	5.794	43,86%
Noruega	5.036	5.470	5.603	5.764	6.066	6.311	6.563	6.689	7.223	43,44%

El crecimiento del GST entre el 2007 y el 2015 varía entre el 18,88% de Italia y el 43,44% de Noruega, situándose el de España en un 22,63%.

1.2 Recursos y personal de enfermería en España.

Según el Consejo General de enfermería en su informe "Recursos Humanos en España y en la UE" publicado en 2014 nos encontramos que en la UE un 70,94% del total (considerando médicos + enfermeras) corresponde al personal de enfermería.⁽¹⁷⁾

Los países miembros de la UE cuyos sistemas sanitarios ostentan las máximas consideraciones tanto de calidad como de asistencia por parte de la Organización Mundial de la Salud, disponen a su vez de un porcentaje de enfermeros superior al porcentaje citado anteriormente.⁽¹⁸⁾

En la Tabla 6⁽¹⁷⁾ se presentan los datos correspondientes al ratio enfermeras x 1000 habitantes y ratio enfermera/médico de los países seleccionados.

TABLA N.º 6

Ratio enfermeras x 1000 hab. Ratio enfermeras / médicos

TABLA 6 ⁽¹⁷⁾	Ratio enfermeras x 1000 hab	Ratio enfermeras / médico	Población
España	5,08	1,4	46.468.102
Italia	5,44	1,5	60.665.551
Reino Unido	8,83	2,9	65.382.556
Alemania	11,49	3,2	82.175.684
Noruega	16,9	3,8	5.210.721

La importancia del ratio Enfermeras/Médico, se basa según el informe de la OCDE "Health and glance 2016" que ratios bajos pueden provocar una ineficiencia en la asignación de tareas a enfermería.

A pesar de que en todos los países el componente humano adquiere un peso importante dentro de la sanidad, tanto Italia como España presentan una tendencia mantenida a incrementar el número de médicos especialistas, mientras los ratios de enfermería se mantienen en cuotas inferiores a la de los otros Estados.^(19,20)

Analizando el ratio enfermeras por cada 1000 habitantes, se aprecia que los datos varían entre 5,08 y 16,9.^(17,21)

Con estos datos España ocupa el puesto veintidós de todos los países europeos respecto al ratio de enfermeros, necesitando incrementar un 46% su número para alcanzar la media europea (8,8 enfermeras x 1000 habitantes).^(17,18,21)

La importancia del análisis de los ratios es debida a que un subdimensionamiento del personal puede provocar un aumento de la carga laboral así como una predisposición a favorecer la aparición de unas condiciones laborales inapropiadas para el ejercicio de las funciones dentro de la profesión, viéndose comprometidas la calidad de la atención de los pacientes y los estándares de atención y calidad previstos.^(22,23)

Adecuar el número de profesionales sanitarios a la carga de trabajo proporciona una garantía de acceso efectivo a la asistencia sanitaria, posibilitando el ejercicio apropiado de las funciones y la atención a las necesidades y expectativas de los pacientes.⁽²³⁾

A pesar de que España posee el menor ratio de enfermeras de todos los países de la comparativa, el MSSSI indica en su informe "Oferta-Necesidad 2010-2025 de personal sanitario" que siempre que se mantengan las características y organización actual del sistema se pueden satisfacer las necesidades de una población con altas tasas de envejecimiento con un ligero incremento del ratio enfermeras-médico.⁽²⁴⁾

La Tabla 7 refleja el ratio previsto Enfermera / Médico para el periodo 2010-2025 según el Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025 elaborado por el MSSSI.⁽²⁴⁾

TABLA N.º 7

Previsión de profesionales de enfermería para el 2025

TABLA 7 ⁽²⁴⁾	2009	2015	2020	2025
Médicos	162.213	164.865	160.835	157.030
Enfermeras	226.914	233.867	238.699	241.594
Ratio enfermera/médico	1,4	1,42	1,48	1,54

A la hora de desarrollar la actividad enfermera, países tales como Francia, Reino Unido, Noruega, están desarrollando roles de Enfermería de Práctica Avanzada (en adelante EPA). El Consejo Internacional de Enfermería define la EPA como "Una enfermera preparada más allá de una generalista y autorizada para trabajar como una especialista con experiencia en un apartado específico de la enfermería" si bien hemos de especificar que los roles que desempeñan están perfilados por cada país.^(25,26)

Los sistemas sanitarios que han incorporado estos roles, poseen una gran flexibilidad. Han pasado a colaborar interdisciplinariamente y han usado las competencias de enfermería para basar la práctica clínica en evidencia.

Por otro lado el empoderamiento del paciente ha sido asumido en gran parte por las EPA.⁽²⁶⁾

La UE recomienda a sus estados miembros el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los servicios de salud.

En España, la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-86) y la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29-05-2003), recogen como una de las características fundamentales del Sistema Español de Salud, "la prestación de una atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados".^(27,28)

1.3 Indicadores de calidad

Con el fin de comparar la calidad de los servicios en los diferentes países del estudio, analizamos dos indicadores :

- 1) "Calidad Percibida de la Atención Sanitaria" publicada por el MSSSI en 2014⁽⁶⁾.

TABLA N.º 8

Calidad percibida de la atención sanitaria.

TABLA 8 ⁽⁶⁾	Alemania	Francia	España	Reino Unido	Italia	Noruega
% de población que considera que la atención en su país es mejor que la de otros países de la UE	53%	55%	39%	38%	15%	53%

- 2) "Satisfacción Con El Sistema Sanitario Público" del Barómetro Sanitario 2015 publicado por el MSSSI.⁽²⁹⁾

TABLA N.º 9

Satisfacción con el sistema sanitario público

TABLA 9 ⁽²⁹⁾	España	Reino Unido	Noruega	Alemania	Francia	Italia
% de ciudadanos que manifiestan que su sistema público de salud funciona bien o muy bien	64%	63%	45%	40%	40%	38%

España, aún presentando el menor ratio de enfermeras, el servicio prestado no solo no se ve afectado, sino que es de alta calidad, así pues el SNS español, está considerado como uno de los mejores del mundo, a pesar de que los ratios españoles están lejos de la media de los países de nuestro entorno. ^(16,30)

2.Objetivo:

2.1 General:

Mejorar los conocimientos de la profesión enfermera en España en un estudio comparativo con Italia, Alemania, Reino Unido y Noruega.

2.2 Específicos:

Elaborar sesiones formativas para titulados sobre la situación de la enfermería dentro del sistema sanitario español en comparación con los países europeos citados anteriormente.

Promover el desarrollo de la profesión enfermera dentro del entorno sanitario.

Incrementar la formación acerca de los indicadores sanitarios de calidad de los países de la comparativa.

Aumentar el conocimiento acerca del ratio de enfermería.

3. Metodología:

3.1 Planificación:

Se ha aplicado un diseño de carácter descriptivo basado en una estrategia de búsqueda de fuentes bibliográficas PubMed, Scielo, ScienceDirect, para una vez recogida la información realizar un plan de mejora del conocimiento basado en el ciclo de Deming.

Para estructurar el desarrollo de este trabajo se realizó un diagrama de Gant en el que plasmar la planificación inicial:

PLANIFICACIÓN PREVIA										
	01/09/15	15/09/15	10/09/16			15/02/17	23/03/17	01/04/17	10/05/17	
Búsqueda bibliográfica	█	█	█	█	█					
Lectura de artículos		█	█	█	█					
Elección Artículos					█	█				
Introducción						█				
Objetivos						█	█			
Desarrollo							█	█	█	
Conclusiones									█	█
Resumen									█	█
Anexos								█		

PLANIFICACIÓN FINAL										
	01/09/15	15/09/15	10/09/16			15/02/17	23/03/17	01/04/17	10/05/17	
Búsqueda bibliográfica	█	█	█	█	█					
Lectura de artículos							█			
Elección Artículos					█	█		█		
Introducción						█	█			
Objetivos						█	█	█		
Desarrollo							█	█	█	
Conclusiones									█	█
Resumen									█	█
Anexos								█	█	█
Elaboración borrador						█	█	█	█	
Corrección de errores							█	█	█	
Presentación PPT									█	█
Maquetación										█

3.2 Búsqueda bibliográfica:

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes fuentes documentales para actualizar el conocimiento sobre el posicionamiento sanitario de España dentro de la UE, limitando la búsqueda a artículos publicados en inglés y en español de los últimos 10 años y cuyo contenido sirvieron al propósito del presente trabajo y a los cuales se ha tenido acceso a través de PubMed, Scielo, ScienceDirect .

Se ha completado con búsquedas manuales en las referencias de algunos artículos seleccionados y la consulta de la web del ministerio de sanidad, notas de prensa del INE, datos de la OCDE y Eurostat, informes del colegio oficial de enfermería, así como página web del banco mundial y BCE.

TABLA N.º 10

Estrategias de búsqueda

TABLA 10	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	Nº RESULTADOS	SELECCIONADOS
	"Enfermería" & "Práctica" & "Avanzada"	Science Direct	1237	3
	"Retos" & "enfermería"	Science Direct	1279	2
	"Gestión" & "Sanitaria"	Cuiden	803	4
	"EPA"	Pub Med	1404	2

3.3 Diseño del estudio:

3.3.1 Ámbito del estudio:

Se ha ofrecido el plan de mejora al Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, con el fin de que pueda valorar su implementación en los planes de formación de personal sanitario.

3.3.2 Criterios de inclusión exclusión de países:

Los criterios de inclusión y exclusión de los países los podemos apreciar en la Tabla 11.

TABLA N.º 11

Criterios de inclusión y exclusión de países

TABLA 11	CRITERIOS INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN	
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE PAÍSES	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE PAÍSES
	1)Financiación por cotizaciones sociales obligatorias o bien a través de impuestos.	1)Países fuera de la zona Euro.
	2)Características poblaciones, sociales y económicas similares.	2)Países los cuales no posean autonomía estatal a la hora de introducir reformas en su modelo de gestión del Estado de Bienestar.
	3)Cartera de servicios definida a nivel estatal y que sea amplia.	3)Presentar deficiencias en la acción asistencial.
	4)Si bien presentan diferentes mecanismos de copago, en todos deben poseer mecanismos de protección de colectivos vulnerables.	4)Porcentaje de gasto sanitario privado mayor que el público.
	5)Acceso universal independientemente del nivel de ingresos	5)Sistemas asistenciales sin flexibilidad.
	6)Esperanza de vida comprendida entre 75 y 83 años.	6)Presentar bajos niveles de calidad percibida de la atención sanitaria.
	7)Auto percepción del estado de salud positivo.	7)Países en los cuales no exista una participación de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario.
	8)Prestar una atención integral de la salud: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.	8)Sistemas sanitarios los cuales no sean eficientes
		9)Consideración de la salud como un bien de consumo.
		10)Modelos de gestión sanitaria Liberales o socialistas.

3.3.3 Sujetos del estudio:

El sujeto del estudio es el desarrollo de la profesión enfermera dentro de los sistemas sanitarios de España, Italia, Alemania, Reino Unido y Noruega.

El desarrollo del plan está basado en ampliar los conocimientos del conjunto de profesionales sanitarios sobre la situación de la enfermería a nivel estatal en comparación con el resto de sus socios europeos.

3.3.4 Materiales:

La duración de este plan de mejora será de 3 sesiones formativas.

El aula para la impartición de las sesiones, será proporcionada por el centro en el que se imparta el plan.

En lo referente al costo económico, podemos verlo desglosado en la Tabla 12 .

TABLA N.º 12

Desglose del coste económico del plan de mejora

TABLA 12	ELEMENTO	PRECIO UNIDAD (€)	UNIDADES	COSTE (€)
EQUIPOS Y MAQUINARIA	Ordenador Portatil	500	1	500
	Mini Proyector USB	90	1	90
	Modem USB	30	1	30
	Puntero laser	20	1	20
HERRAMIENTAS DE PROMOCIÓN.	Carteles Informativo de la Sesión. DIN A4	0,2	5	1
	Trípticos	0,15	35	5,25
MATERIAL OFICINA (para los asistentes)	Boligrafo Bic	0,5	35	17,5
	Portaminas	1	35	35
	Goma de borrar	0,3	35	10,5
	Cuaderno de notas	1,25	35	43,75
RRHH	Remuneración docente	30 € /H	5 H 30 MIN	165
	Desplazamiento (únicamente contabilizar si es fuera de la capital aragonesa)	0,2	Número de km	

*Coste calculado por formación.**Los gastos referentes a equipos y maquinaria solo será preciso el contabilizarlos en el caso de que el centro en el que se imparta la formación no disponga de algún elemento. Solo será necesario el contabilizarlo una vez.

4.PLANIFICACIÓN:

4.1 Descripción del problema:

Existe una falta de seminarios específicos cuyos destinatarios sean el colectivo trabajadores sanitarios que muestren la situación de la profesión enfermera a nivel nacional en comparativa con otros sistemas sanitarios europeos.

4.2 Beneficios:

Los beneficios que se esperan conseguir con este plan de mejora los tenemos en la Tabla 13.

TABLA N.º 13

Beneficios que se esperan conseguir con la impartición del plan de mejora

TABLA 13	BENEFICIOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR	
	Beneficios para los asistentes	Beneficios organizativos / centro de impartición
	-Conocer el desarrollo de la profesión enfermera en España.	-Proporcionar una guía que sirva de base para poder identificar posibles áreas de mejora.
	-Facilitar la comprensión de determinadas políticas de gestión.	-Promover la comunicación dentro de la organización.
	-Reciclaje del conocimiento.	-Facilitar que el personal se identifique con la dirección del centro.
	-Disminución de la sensación de estancamiento profesional.	-Identificación de posibles áreas de mejora.

4.3 Qué vamos a hacer?:

El objetivo principal de este trabajo es aumentar los conocimientos del colectivo de profesionales sanitarios acerca del desarrollo de la profesión enfermera en España, realizando para ello una comparativa de la profesión entre España, Italia, Alemania, Reino Unido y Noruega, para posteriormente poder identificar los desafíos a los que se enfrenta el sector sanitario en nuestro país.

4.4 Porqué lo vamos a hacer?

Enfermería está altamente relacionada con las necesidades de atención de los pacientes teniendo su trabajo una gran repercusión en los estándares de atención previstos.

4.5 ¿Qué queremos lograr?

Ampliar el conocimiento acerca de la profesión enfermera comparando entre sí diferentes sistemas sanitarios, pudiendo comprender de esta forma las diferentes estructuras organizativas en la que se integran los cuidados enfermeros.

4.6 HACER:

Las sesiones van a proporcionar la base para que el personal asistente pueda continuar ampliando sus conocimientos sobre el estado de la profesión enfermera en España.

Con el fin de obtener la mayor difusión posible, un mes antes del comienzo del plan de mejora, se proporcionará al centro de impartición carteles informativos. (Anexo I)

El seminario constará de un total de tres sesiones:

Primera sesión: Acogida

La acogida se realizará en una de las salas habilitadas por el centro en el que se vaya a impartir la formación. En dicho acto intervendrá la dirección de enfermería del centro presentando a los docentes.

En esta primera sesión, se mostrará el contenido a impartir, para ello se entregarán los trípticos que resumen el contenido del programa (Anexo II).

Para valorar los conocimientos previos desde los que parten los asistentes, se les realizará el cuestionario "ad hoc" (Anexo III).

Se realizará una exposición sobre la situación económica de la UE así como los diferentes estados de bienestar que podemos encontrar y como han afectado los recortes al gasto total sanitario, así como su evolución a lo largo del periodo 2007-2015.

Se explicará porque los datos de financiación y gasto sanitario se obtienen de la "OECD Health Data". (Anexo IV)

Se mostraran los requerimientos que debe de cumplir un sistema sanitario para que sea considerado óptimo por la OMS. (Anexo V)

Segunda sesión:

Se describirán las diferencias entre los modelos Beveridge y Bismark, así como que países de la UE siguen uno u otro modelo. Seguidamente se explicarán las características de otros modelos sanitarios existentes: Modelo Liberal y Modelo Socialista (Anexo VI).

Se mostrarán los ratios de personal de enfermería, ratio enfermeras/médicos, así como las necesidades previstas por el MSSSI de personal enfermero en España para poder satisfacer la demanda asistencial hasta el 2025.

Tercera sesión :

Se hablará de la figura EPA, así como los países que han implantado en su sistema sanitario dicho rol y que ventajas han obtenido.

Se debatirá acerca de su implantación en el modelo sanitario español, así como las ventajas o inconvenientes que implicaría la creación de esta nueva figura.

Se mostrarán los indicadores de calidad percibida de la atención sanitaria así como la satisfacción con el sistema sanitario público.(Anexo VII).

Al finalizar la sesión se volverá a repetir el cuestionario "ad-hoc" (Anexo III) llevado a cabo en la primera sesión, con la finalidad de valorar si el programa ha conseguido optimizar los conocimientos de los asistentes.

Se facilitará una encuesta de satisfacción con la que poder evaluar la formación en conjunto. (Anexo VIII)

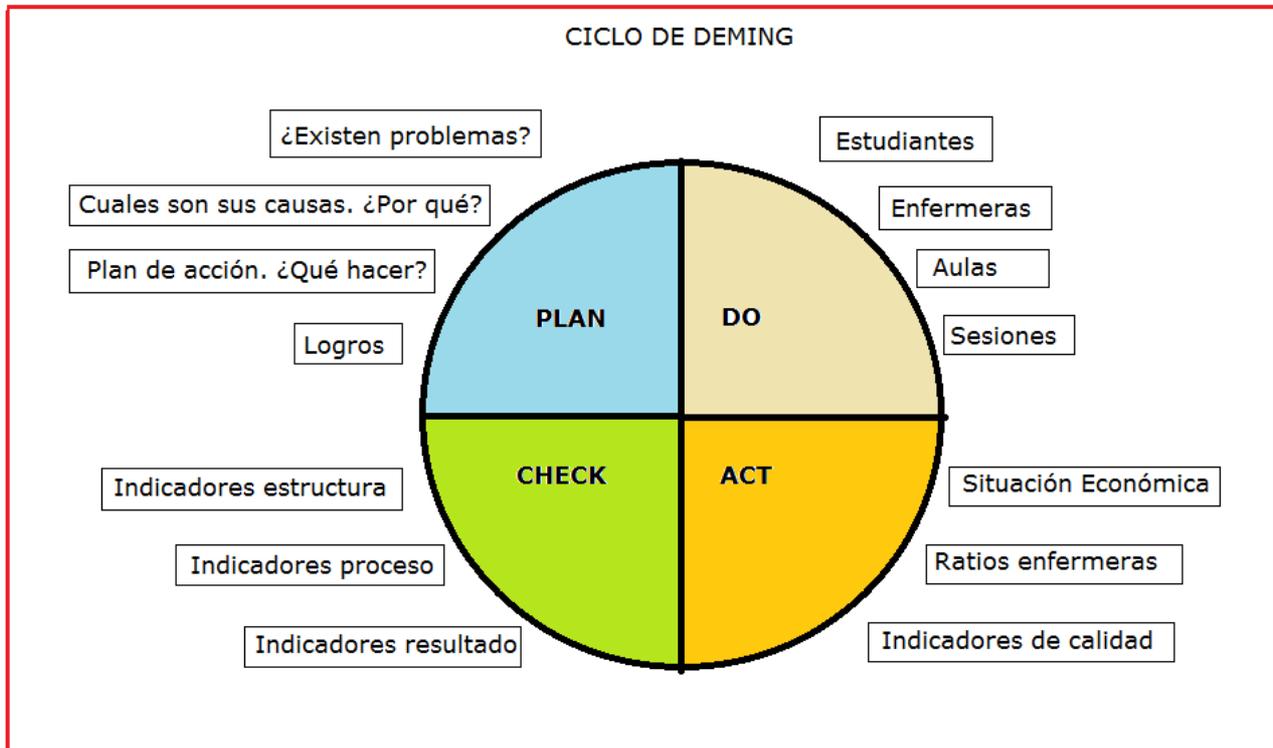
TABLA 14	DESARROLLO SESIÓN 1: " Modelos de Bienestar Europeo, Sistemas Sanitarios Óptimos y Presupuestos. Mas relevantes de lo que creemos"		
PARA QUÉ	CÓMO	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
<p>-Presentación:</p> <p>Situar a los asistentes en la temática del curso y crear un clima de confianza entre docente y asistentes</p>	<p>Breve presentación del docente. (Curriculum), así como de los asistentes. Entrega de tríptico informativo</p>	<p>Ordenador, proyector, puntero láser, modem usb(conexión a internet)</p>	<p>20 min</p>
<p>-Entrega de cuestionario de evaluación de conocimientos previos "ad hoc" (Anexo III):</p> <p>Poder evaluar la situación de la cual partimos.</p>	<p>Entregar cuestionario</p>	<p>Entrega de material de oficina. (Bolígrafo, portaminas, goma de borrar, cuaderno de notas) Entrega de cuestionario</p>	<p>20 min</p>
<p>-BrainStorming:</p> <p>Al realizar la lluvia de ideas fomentamos la participación y la colaboración entre los asistentes. Proporciona a su vez conocimiento acerca de los temas que suscitan mayor interés</p>	<p>Entre todos los asistentes a la formación</p>	<p>Ordenador, proyector, puntero láser</p>	<p>20 min</p>
<p>-Descanso</p>			<p>10 min</p>
<p>-Desarrollo de la sesión 1:</p> <p>Diferentes estados de bienestar dentro de la UE. Situación económica y gasto sanitario de los países. Sistema sanitario óptimo según la OMS. Preguntas</p>	<p>Mediante contenidos teóricos y presentación PPT</p> <p>Los asistentes plantearán posibles dudas</p>	<p>Ordenador, proyector, puntero láser</p>	<p>45 min Desarrollo sesión</p> <p>15 min Preguntas</p>

TABLA 15 DESARROLLO SESIÓN 2: " Modelos Sanitarios. Ratios de Enfermería: Garantía de Acceso Efectivo."			
PARA QUÉ	CÓMO	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
-Resolución de preguntas pendientes : Resolver posibles consultas para aclarar conceptos	Los asistentes plantearán posibles dudas acerca de la sesión anterior.	Ordenador, proyector, puntero láser, modem usb(conexión a internet) Ordenador, proyector, puntero láser	25min
-Desarrollo de la sesión 2: Modelos de financiación sanitaria en Europa: Beveridge y Bismark. Modelo Liberal y Socialista. Ratios de enfermeras x 1000 habitantes y enfermeras /médico. Necesidades previstas para 2025	Mediante contenidos teóricos y presentación PPT	Ordenador, proyector, puntero láser	40 min Desarrollo sesión
	Los asistentes plantearán posibles dudas sobre esta sesión		25 min Preguntas

TABLA 16 DESARROLLO SESIÓN 3: " Enfermería de Práctica Avanzada. La importancia de una prestación integral de la salud con altos niveles de calidad"			
PARA QUÉ	CÓMO	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
-Resolución de preguntas pendientes : Resolver posibles consultas para aclarar conceptos	Los asistentes plantearán posibles dudas acerca de la sesión 2.	Ordenador, proyector, puntero láser, modem usb(conexión a internet) Ordenador, proyector, puntero láser	15min
-Desarrollo de la sesión 3: La importancia de la figura de Enfermería de Práctica Avanzada. A importancia de la calidad. Calidad percibida de la atención sanitaria y satisfacción con el Sistema Sanitario Público	Mediante contenidos teóricos y presentación PPT	Ordenador, proyector, puntero láser	40 min Desarrollo sesión
	Los asistentes plantearán posibles dudas sobre esta sesión		25 min Preguntas
-Entrega de cuestionario de evaluación de conocimientos finales "ad hoc" (Anexo III): Poder evaluar los conocimientos adquiridos	Entregar cuestionario	Material de oficina	20 min.

5. CHEQUEAR:

Para valorar la aplicación del plan de formación, se utilizará un método de control de la calidad continuado basado en el ciclo de Deming.



Se analizarán los indicadores con el fin de valorar aspectos de la puesta en marcha del plan formativo, analizando su evolución y proponiendo objetivos.

Para medir la efectividad de la formación se utilizarán los siguientes indicadores:

5.1 INDICADOR DE ESTRUCTURA:

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA I	INDICADOR DE ESTRUCTURA II
INDICADOR	Aulas disponibles con proyector en el aula proporcionada por el centro.	Cuantificar la disponibilidad de butacas dentro del aula proporcionada.
DIMENSIÓN	Disponibilidad	Disponibilidad
DESCRIPCIÓN	-Numerador: N° de aulas con proyector -Denominador: N° de aulas totales del centro -Periodo de tiempo: En la puesta en marcha del plan de mejora	-Numerador: N° de butacas del aula ocupadas por los asistentes -Denominador: N° de butacas disponibles -Periodo de tiempo: Duración de la sesión
ACLARACIÓN TÉRMINOS	Se consultará con la dirección de la facultad el número de aulas las cuales contengan proyector así como su disponibilidad para poder realizar el plan de mejora.	1. Contaje del número de butacas del aula elegida una vez aceptado el realizar el plan de mejora. 2. Preferencia de un aula amplia para una mayor asistencia.
JUSTIFICACIÓN	El número de aulas las cuales dispongan de proyector es material fundamental para poder llevar a cabo el plan de mejora. Si existe disponibilidad de varias aulas, se seleccionará en función del espacio, número de butacas, luminosidad, con el fin de proporcionar un mayor confort a los asistentes.	Se intentará que el aula encaje con las posibles necesidades de los asistentes. Es valorarle la presencia de mesas.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Responsable del plan de mejora	Responsable del plan de mejora
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio de la preparación del plan de mejora	Al inicio de la preparación del plan de mejora
TIPO DE INDICADOR	Estructura	Estructura
FUENTE	El responsable del plan de mejora se encargará de examinar y evaluar las aulas para seleccionar la más adecuada a las necesidades del plan de mejora	El responsable del plan de mejora examinará y evaluará el aula seleccionada para proporcionar el mayor confort posible a los asistentes
ESTÁNDAR	El 40% de las aulas deberán de contar con proyector o posibilidades de conectar uno.	Ocupación del 75% de las butacas

5.2 INDICADORES DE PROCESO:

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO I
INDICADOR	Número de profesionales que acuden a la totalidad de las sesiones formativas.
DIMENSIÓN	Actividad.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: Nº de profesionales que acuden a la totalidad de las sesiones. -Denominador: Nº de total de profesionales que acudieron a las sesiones del plan de mejora. -Periodo de tiempo: Al finalizar el plan de mejora
ACLARACIÓN TÉRMINOS	Siendo la asistencia voluntaria e informando que la obtención de estos datos tiene como finalidad el poder evaluar el grado de interés en los asistentes, realizará un contaje de asistentes en todas las sesiones .
JUSTIFICACIÓN	Este indicador nos proporciona información acerca de si el plan de mejora genera interés entre los asistentes. Servirá como herramienta para mejorar el plan si se lleva a cabo de forma anual.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional que imparte las sesiones
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio de la preparación del plan de mejora
TIPO DE INDICADOR	Proceso
FUENTE	El responsable de impartir las sesiones, contará el numero de asistentes y comparará los datos.
ESTÁNDAR	Un 75% de los profesionales que acudieron a la primera sesión debería de acudir a la totalidad de las sesiones

5.3 INDICADORES DE RESULTADO:

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO I	INDICADOR DE RESULTADO II
INDICADOR	Grado de satisfacción por parte de los asistentes tras la finalización de las sesiones.	Propuesta de realización del plan de mejora de forma anual.
DIMENSIÓN	Satisfacción	Satisfacción
DESCRIPCIÓN	-Numerador: N° de profesionales satisfechos tras la finalización del plan formativo. -Denominador: N° de total de profesionales que acudieron a las sesiones. -Periodo de tiempo: Al finalizar el plan de mejora	-Numerador: Respuesta afirmativa por parte de los asistentes a la última sesión a realizar de forma anual este plan de mejora. -Denominador: N° total de asistentes -Periodo de tiempo: Al finalizar la última sesión
ACLARACIÓN TÉRMINOS	La satisfacción quedará definida como la confirmación de la conformidad de los asistentes. Se realizará una encuesta de satisfacción tipo Likert (Anexo VII). Se contabilizarán aquellas valoraciones marcadas con 4 o 5. En el apartado de sugerencias podrán añadir posibles mejoras	1. Tras realizar la encuesta de satisfacción, se les realizará la pregunta. 2. Se apuntarán número de respuestas positivas y negativas.
JUSTIFICACIÓN	La satisfacción será el indicador clave de la calidad educativa por parte de los exponentes. Un índice alto de satisfacción facilitará la realización de esta actividad formativa cada curso académico.	Conocer si el plan ha sido efectivo y ha generado interés.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional que imparte las sesiones	Profesional que imparte las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al finalizar la última sesión.	Al finalizar el plan de mejora
TIPO DE INDICADOR	Resultado.	Resultado.
FUENTE	El responsable de impartir las sesiones, repartirá la encuesta	El profesional que imparte la última sesión realizará la pregunta propuesta.
ESTÁNDAR	Un 75% de los asistentes debería de estar satisfecho	Un 70 % deberá de afirmar la cuestión

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO III
INDICADOR	Aumento del conocimiento del desarrollo de la profesión enfermera en España
DIMENSIÓN	Eficacia.
DESCRIPCIÓN	-Numerador: Nº de aciertos en el cuestionario de conocimiento (Anexo III) al inicio del plan de mejora . -Denominador: Nº de aciertos en el cuestionario de conocimiento (Anexo III) al final del plan de mejora. -Periodo de tiempo: Al finalizar el plan de mejora
ACLARACIÓN TÉRMINOS	En la primera sesión del plan de mejora se solicitará a los asistentes que realicen el cuestionario de conocimientos con el fin de poder evaluar estos al comienzo. Se avisará que en la última sesión del plan de mejora se volverá a repetir el mismo cuestionario.
JUSTIFICACIÓN	Al comparar el nivel de conocimientos al principio y al final, obtenemos información para poder valorar la eficacia del plan.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional que imparte las sesiones
FRECUENCIA DE RECOGIDA	En la primera y última sesión del plan de mejora
TIPO DE INDICADOR	Resultado.
FUENTE	Los datos serán recogidos por el docente
ESTÁNDAR	Se espera una mejora del 33%.

6-BIBLIOGRAFÍA:

- 1- García Domingo M, Sotomayor Morales E. Escenarios desiguales de una Europa en crisis. Aproximación a los efectos de la crisis socio económica en los estados de bienestar europeos: El caso de Alemania, Suecia y España. Acta sociológica. 2016; 69:181-205
- 2-Parcet, M. El sistema sanitario alemán. Panace@ 2011; 12(34):285-294
- 3-Real Decreto 1030/2006. (Boletín Oficial del Estado, número 222, de 16-09-2006)
- 4-Department of Health[internet].Londres:Health and Social Care Publications; 2012 [consultado 9 marzo 2017] The NHS Constitution. Department of Health.. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england>
- 5-Comisión Europea. Bruselas: Unión Europea; 2012 [consultado 2 de abr 2017]. Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. La Seguridad Social en Noruega. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Norway_es.pdf
- 6-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 3 abr 2017]. Sistema de información sanitaria. Los Sistemas Sanitarios en los países de la UE: Características e indicadores de salud 2013. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
- 7-European Union[internet]. Bruselas:Communication department of the European Commission[consultado 3 de abr 2017]. Temas de la Unión Europea. Salud. Disponible en: https://europa.eu/european-union/topics/health_es
- 8- Calvete Oliva, A. Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas.. Revista Española Salud Publica. (Madrid). 2008; 82 (3):273-281.
- 9-Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo.(Diario Oficial de la Unión Europea, número 354, de 28-12-2013)
- 10-Morán Peña L. Enfermería y gobernanza en salud. Los retos y algunos caminos por recorrer. Revista iberoamericana de educación en investigación en enfermería. 2016; 6(2):4-8
- 11-Báez-Hernandez F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería.. AQUICHAN. 2009; 9(2):127-134.

- 12- Buendía L. Los estados de bienestar europeos y el impacto de la crisis de 2008: Introducción. *Revista de economía crítica*. Segundo Semestre. 2015; 20: 58-64.
- 13-Vela Valle L; Hijós Larraz, L.A. Estudio sobre el perfil de competencias y liderazgo de las enfermeras gestoras. *Tesela [Rev Tesela]*.2015; 17.
- 14- Guillén A M, Gonzalez-Begega S, Luque Balbona D. Austeridad y ajustes sociales en el sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar mediterráneo. *Revista española de sociología* 2016; 25 (2): 261-272.
- 15-OECD. *Health and Glance 2015:OECD Indicators*. 1ª ed. París: OECD Publishing;2015.
- 16-OECD[Internet]. Paris:OECD;2015. Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. España en comparación[consultado 26 de abril 2017]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
- 17-Consejo general de enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y en la Unión Europea 2014. Análisis comparativo de la situación de médicos y enfermeras. Gabinete de Estudios. 2014.
- 18-Cruzado Álvarez C, Jaime Jimenez F, Sánchez Paule Y. Principales problemas de los recursos humanos sanitarios en la Unión Europea y España. *Enfermería Docente* 2012; 97:20-4
- 19-García MA, Amaya C. ¿Faltan médicos en España? *Ars Médica*. Revista de humanidades.2007; 6(2):152-170
- 20-Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la enfermería de practica avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería clínica* 2014;24(1):90-98
- 21-Simó Miñama J, Gérvas Camacho J, Seguí Díaz M, De Pablo González R, Dominguez Velazquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. *Atención primaria* 2004;34(9):472-81
- 22-Hernández-Morquecho KG. Evaluar para gestionar recursos. Análisis de la literatura sobre la carga laboral en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(3):217-22.
- 23-Mirelle Inácio S, Zélia Marilda Rodrigues R, Silvia Helena Henriques C, Fabio de Souza T. Gestión de recursos humanos y su interfaz en la sistematización de la asistencia de enfermería. *Enfermería Global* 2016, 15(42):341-352.

- 24-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[Internet]. Madrid:Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 7 de abr 2017]. Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. Disponible en: http://www.msc.es/gl/novedades/docs/Estudio_necesidades_enfermeria.pdf
- 25-Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index de Enfermería. 2009; 18(4).
- 26-San Martín-Rodríguez L. Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. Enfermería clínica 2016; 26(3):155,157
- 27-Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986)
- 28-Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29-05-2003)
- 29-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[Internet].Madrid:Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Barómetro Sanitario 2015 [consultado 27 de abril 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>
- 30- Lillo Fernández de Cuevas JM, Rodríguez Blas MC. Estadística de Gasto Sanitario Público 2014; Principales resultados. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Mayo 2016.



Plan de Mejora

Del Conocimiento de la Profesión Enfermera en España

SALÓN DE ACTOS HCU MIGUEL SERVET ZARAGOZA

La Profesión Enfermera En España.

"Una atención integral de la salud con altos niveles de calidad".

Sesión I. 10 de Junio 2017. 10,30H-13:00 H
Modelos de Bienestar Europeo. Sistemas Sanitarios Óptimos y Presupuestos.
Más Relevantes de lo que Creemos

Sesión II. 11 de Junio 2017. 12:00 H-13:30 H
Modelos Sanitarios y Ratios de Enfermería.
Garantía de Acceso Efectivo.

Sesión III. 12 de Junio 2017. 12:00 H 13:45 H
Enfermería de Practica Avanzada.
La Importancia de unaprestación integral de la salud con altos
niveles de calidad

Colaboran:

ANEXO II. Tríptico informativo

SESION III.

***"ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.
LA IMPORTANCIA DE UNA PRESTACIÓN
INTEGRAL DE LA SALUD CON ALTOS
NIVELES DE CALIDAD"***

*La importancia de la figura de Enfermería de
Práctica Avanzada.*

La importancia de la calidad.

*Calidad percibida de la atención sanitaria y
satisfacción con el Sistema Sanitario Público*

CONTACTO:
M.Enrique Martinez García.

Correo: 448446@unizar.es
Facultad de Ciencias de la Salud.
Grado en enfermería



***LA PROFESIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA
"Una atención integral de la salud, con altos
niveles de calidad "***

*Plan de mejora del conocimiento de la profesión
enfermera en España*



TRÍPTICO INFORMATIVO:

<p><i>El equipo docente de este plan de mejora queremos darte la bienvenida a estas sesiones formativas acerca del desarrollo de la profesión enfermera en España.</i></p> <p><i>El desarrollo se llevará a cabo a lo largo de tres sesiones formativas.</i></p> 	<p>SESIÓN I:</p> <p>"MODELOS DE BIENESTAR EUROPEO, SISTEMAS SANITARIOS ÓPTIMOS Y PRESUPUESTOS. MAS RELEVANTES DE LO QUE CREEMOS"</p> <p><i>Diferentes estados de bienestar dentro de la UE.</i></p> <p><i>Situación económica y gasto sanitario de los países.</i></p> <p><i>Sistema sanitario óptimo según la OMS.</i></p> <p><i>Preguntas</i></p>	<p>SESIÓN II</p> <p>"MODELOS SANITARIOS Y RATIOS DE ENFERMERIA: GARANTIA ACCESO EFECTIVO."</p> <p><i>Modelos de financiación sanitaria en Europa: Beveridge y Bismark.</i></p> <p><i>Modelo Liberal y Socialista.</i></p> <p><i>Ratios de enfermeras x 1000 habitantes y enfermeras /médico.</i></p> <p><i>Necesidades previstas para 2025</i></p>
---	--	---

Anexo III: Cuestionario de conocimientos. (Cuestionario de elaboración propia).

Ciclo Formativo: EVALUACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DEL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA.	
Lugar de impartición:	Fecha:
Nombre alumno:	
Tiempo transcurrido desde que adquirió la titulación:	
Q1	El modelo de Estado de Bienestar que presenta España es:
A	Modelo Nordico
B	Modelo Continental
C	Modelo Mediterraneo
D	Modelo Anglosajón
Q2	El actual sistema sanitario español se rige por:
A	La universalidad
B	Por la constitución española
C	Está regulado por la Ley General de Sanidad de 1986
D	Cada hospital tiene su propio sistema sanitario.
Q3	Entre las características que incluye la OMS para que un sistema sanitario sea considerado óptimo se encuentran:
A	Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación
B	Eficiencia y Equidad
C	La universalidad y flexibilidad
D	Todas son correctas
Q4	Que directiva marca las competencias profesionales de la enfermería asistencial a nivel de la UE
A	La unión europea no tiene competencia sobre este punto
B	La constitución europea
C	La directiva 2013/55/UE
D	La directiva del 1 de noviembre de 1993
Q5	La financiación del sistema sanitario español, se rige bajo el modelo:
A	Bismark
B	Beveridge
C	Liberal
D	Socialista
Q6	El gasto sanitario público en España
A	Se sitúa en torno a los 2500 € per cápita
B	Es uno de los mayores en la zona Euro en torno a los 7000 € per cápita, similar a los países nórdicos
C	El gasto sanitario es privado en su totalidad
D	Se sitúa en torno a los 4300 €
Q7	El crecimiento del gasto sanitario total en España durante el periodo 2007-2015 ha sido
A	Negativo debido a la crisis económica en torno a -15%
B	No ha habido crecimiento. El gasto sanitario es idéntico
C	Ha experimentado un crecimiento en torno a un 23%
D	Ninguna es correcta.
Q8	El "modelo socialista: "

A	Es el que sigue Estado Unidos tras aprobar la ley Patient Protection and Affordable Care Act. (PPACA o también conocida como Obamacare)
B	Favorece la competitividad entre los hospitales para conseguir mas fondos públicos
C	El estado se encarga de la gestión de los fondos
D	Todas son correctas
Q9	En España el ratio enfermeras x 1000 habitantes.....
A	Es aproximadamente 5.
B	Es aproximadamente 50
C	Es aproximadamente 15
D	Es aproximadamente 3
Q10	La media del ratio enfermeras x 1000 habitantes en la UE....
A	Es aproximadamente 8
B	Es aproximadamente 5
C	Es aproximadamente 12
D	Es aproximadamente 20
Q11	La importancia de adecuar el número de profesionales sanitarios a la carga de trabajo reside en....
A	La carga de trabajo no es medible ya que puede variar constantemente.
B	Que proporciona una garantía de acceso efectivo a la asistencia sanitaria
C	Que posibilita el ejercicio apropiado de las funciones y la atención a las necesidades y expectativas de los pacientes
D	B y C son correctas
Q12	Para el año 2025, en España, según las previsiones del MSSSI, siempre que se mantengan las características y organización actual del sistema se podrán satisfacer las necesidades con un ratio enfermeras /médico de:
A	1,54
B	1,22
C	2,25
D	2,54
Q13	La figura de Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)
A	No existe esa figura.
B	Se trata de una enfermera preparada más allá de una generalista y autorizada para trabajar como una especialista con experiencia en un apartado específico de la enfermería
C	Los roles que desempeñan las EPA están perfilados por cada país.
D	B y C son correctas
Q14	En España el % de ciudadanos que manifiestan que su sistema público de salud funciona bien o muy bien
A	Ha pasado a ser a consecuencia de la crisis uno de los más bajos de Europa, un 15%
B	Se situa en los valores medios de los países de la Unión Europea, un 35%
C	Es de los más altos de Europa, un 65%
D	Ninguna es correcta

Anexo IV. OECD Health Data

En 1963 la Organización Mundial de la Salud, reconoció que la sistematización de la información del flujo de recursos financieros destinados a sanidad pueden tratarse de una potente herramienta para que los ministerios de salud de los diferentes países administrasen mejor sus finanzas y pudiesen administrar de mejor forma los recursos disponibles.⁽³⁰⁾

En el año 2000, la OCDE en cooperación con Eurostat y expertos en el campo de la contabilidad sanitaria, publicó el manual del Sistema de Cuentas de Salud o System of Health Accounts (en adelante SCS), el cual propone un sistema exhaustivo e integrado de cuentas internacional mente comparables, proporcionando un marco uniforme de reglas básicas de contabilidad así como un conjunto de tablas modelo para la difusión de datos sobre gasto público.⁽³⁰⁾

Con el tiempo, las cuentas de salud de la OCDE han llegado a ser un patrón para la notificación uniforme en todo lo relativo a los sistemas de atención de la salud.

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, elabora en colaboración con las comunidades autónomas, la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) de acuerdo con el manual de SCS. Esta operación está incluida en el Plan Estadístico Nacional que permite efectuar el seguimiento de gasto del Sistema Nacional de Salud.⁽³⁰⁾

En la actualidad, los datos SCS son la base para las cifras de gasto y financiación sanitaria de la publicación anual Eco-Salud de la OCDE (OECD Health Data).⁽³⁰⁾



Anexo V- Definición de Sistema Sanitario Óptimo

TABLA Anexo V	DEFINICIÓN SEGÚN LA OMS DE UN SISTEMA SANITARIO ÓPTIMO
	1) Universal o cobertura total de la población si ningún tipo de distinción
	2) Atención Integral, significa que el sistema sanitario debe atender no solo a la "asistencia" sino en conjunto amplio a la promoción, prevención tratamiento y rehabilitación
	3) Equidad: Referida a la igualdad de trato y accesibilidad a los servicios y en la igualdad de rendimiento de los servicios
	4) Debe ser eficiente, es decir, conseguir el máximo de salud y prestaciones al coste óptimo
	5) Flexibilidad con el objeto de poder responder ágilmente a las nuevas necesidades
	6) Debe tener una participación real de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario. Las prestaciones cubiertas han de ser responsabilidad de toda la sociedad y no solo de los sanitarios.

Anexo VI. Características de los Modelos Liberal y Socialista.

TABLA Anexo VI	MODELO LIBERAL	MODELO SOCIALISTA
	<p>-La salud es considerada como un bien de consumo y como tal está sometido a las leyes de oferta y demanda a la hora de realizar la distribución de los recursos en la sociedad.</p> <p>-El estado no tiene que proteger la salud en toda su amplitud y realiza una contribución a la asistencia sanitaria comparativamente muy pequeña. Prácticamente lo invierte todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos.</p> <p>-El usuario paga directamente al proveedor o más frecuentemente el pago se realiza a través de compañías privadas de seguros. La regulación se limita a establecer unas condiciones para el ejercicio (licencias profesionales y otras) y la utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.</p> <p>-Este modelo favorece la competitividad entre los diferentes proveedores para captar clientes lo que provoca que la tecnología y la investigación científico-médica avance notablemente</p>	<p>-Financiación en su totalidad por presupuestos generales del Estado basándose en la solidaridad financiera de todos los miembros de la sociedad.</p> <p>-Cobertura universal y gratuita de la población en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad.</p> <p>-El modelo socialista puro es incompatible con la estructura sanitaria privada o los seguros.</p> <p>-Los medios de producción son de propiedad pública y el estado se encarga de la planificación y distribución de los recursos.</p> <p>-Entre sus ventajas está la apuesta por la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas.</p> <p>-Sin embargo este modelo sanitario aún siendo más justo y solidario desde el punto de vista social en su concepción tiene las dificultades derivadas de su excesiva rigidez por la burocracia y la administración que pueden llevarlo a perder toda su legitimidad.</p>

Anexo VII: Calidad percibida (%) de la atención sanitaria del país de origen en relación a otros países miembros de la UE.⁽⁶⁾

TABLA Anexo VII ⁽⁶⁾	Mejor	Igual	Peor	NS/NC
Francia	55	29	4	12
Noruega	53	35	5	7
Alemania	53	32	7	8
España	39	31	12	18
Reino Unido	38	31	16	15
Italia	15	39	37	9

Anexo VIII: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.						
Tema: CONOCIMIENTO DE LA PROESION ENFERMERA EN ESPAÑA			Fecha:			
Centro Docente:		de		impartición:		
La realización de esta encuesta es anónima.						
Se deberá marcar la escala de valoración que considere, siendo :						
1. puntuación mínima						
5 puntuación máxima						
		1	2	3	4	5
CONTENIDO	Los temas tratados en las sesiones formativas se han tratado con la profundidad que esperaba.					
	La organización del curso ha sido...					
	Los contenidos expuestos han cubierto las expectativas					
METODOLOGÍA	Valore la utilidad de los contenidos aprendidos					
	La duración del curso ha sido la adecuada.					
	El material suministrado ha resultado ser el adecuado					
	El lugar seleccionado para impartir la formación cumplía las necesidades adecuadas (mobiliario, temperatura, luz,...)					
FORMADOR	El personal docente ha despertado el interés en los asistentes					
	Los contenidos han sido expuestos con la claridad necesaria					
	Se ha respondido a las cuestiones planteadas					
	Se ha cumplido con el horario previsto					
VALORACIÓN	Valore el curso en general					
Comentarios / Sugerencias (Temas que incorporaría en futuras formaciones, Posibles aspectos a mejorar)						