Especialidades enfermeras: el día después

Enrique Oltra Rodríguez

Máster en Ciencias de la Enfermería. Atención Primaria de Asturias. Presidente de la CN de Enfermería Familiar y Comunitaria.

El largo recorrido del día antes

Nos situamos en abril del año 2005; hacía 28 años que la titulación de enfermería era universitaria como diplomatura y al fin, tras una larga, compleja y difícilmente explicable trayectoria aparece una norma que regula la especialización de enfermería, el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería[1].

A lo largo de un dilatado periodo de tiempo que duró 10 años, hasta 1987, convivieron los estudios universitarios de diplomatura con especialidades de ayudante técnico sanitario (ATS) diseñadas en los años 50 del pasado siglo XX, fruto del desarrollo sanitario-hospitalario de aquella época y de una concepción paramédica de la profesión enfermera. Posteriormente apenas se avanzó en un nuevo diseño de la especialización enfermera, legislándose y desarrollando únicamente la especialidad de matronas en 1992 por imperativo de una directiva europea específica y la de Enfermería de salud mental en 1998.

Los porqués de este vacío o "travesía del desierto" excede la intención de este artículo, pero quizás podrían atribuirse a la sempiterna exclusión de las enfermeras de los centros de planificación y decisión sanitaria, y quizás también se deba mirar hacia ciertas tensiones y luchas por intereses particulares intraprofesionales.

Sin embargo, las consecuencias de este vacío no son difíciles de observar a poco que se profundice, y aunque la atención de Enfermería es bien valorada por los ciudadanos, según reflejan todos los barómetros sanitarios, encuestas de satisfacción autonómicas, etc., está lejos de ser lo óptima que se podría esperar y

esta diferencia entre lo que pudo haber sido posible y la realidad ha ido en detrimento de los cuidados de Enfermería que el sistema sanitario ofreció a la población durante este largo periodo. Unos sistemas de salud mental débilmente implantados, una Atención Primaria actualmente en crisis o una atención geriátrica donde los cuidados no ocupan el lugar que deben, por poner solamente algunos ejemplos, pueden estar apuntando hacia un escaso desarrollo enfermero en esas áreas y una ausencia de la perspectiva o aportación desde el paradigma enfermero en la planificación y búsqueda de soluciones ante las dificultades.

Mucho se ha hablado y se continúa hablando de la desmotivación colectiva; existen datos de demografía profesional en alguna Comunidad Autónoma que resultan muy preocupantes, pues muestran cómo un alto porcentaje de enfermeras abandonan su ejercicio profesional en cuanto sus circunstancias personales se lo permiten, mucho antes de su edad de jubilación (con excepción de las matronas, únicas enfermeras que tienen y ejercen su especialidad). También diversos estudios sobre calidad de vida profesional y *burnout* reflejan una satisfacción profesional muy susceptible de mejora[2-4]. El techo al desarrollo tanto académico como de evolución del desempeño mediante las especialidades, el esfuerzo personal que supone la adquisición de la formación continuada tan necesaria como voluntarista, entre otras condiciones y consideraciones profesionales, pueden ser la explicación a esta realidad desmotivadora.

Sin embargo, y con el ánimo de no ser derrotistas, algo positivo podemos encontrar en el referido periodo de vacío de especialización, y es el que no se hubiese producido el desgajamiento de especialidades que ha ocurrido en otros países de nuestro entorno, donde lo que aquí son o serán especialidades enfermeras, allí son profesiones independientes. En nuestro país actualmente tenemos una profesión única: la Enfermería, lo que aporta identidad, solidez y fuerza. Además estamos partiendo de un modelo de especialidades de concepción troncal que sin duda será modélico una vez se desarrolle y al que aspiran actualmente, con grandes dificultades, otras profesiones con más experiencia que la Enfermería en el proceso de especialización.

¿Era necesario justificar "tanto" las especialidades enfermeras?

Muchas fueron las organizaciones y sociedades científicas que durante años argumentaron la necesidad de las especialidades enfermeras basándose en los profundos cambios que se producían en el sistema sanitario, como la reforma de la Atención Primaria de 1986 o el desarrollo de los dispositivos sociosanitarios de atención a las personas ancianas, entre otros muchos, también en el incremento de la complejidad de los cuidados o en los trascendentes cambios que se estaban produciendo en las características, y consecuentes necesidades de salud, de la población. Es evidente que durante largo tiempo estos argumentos no parecieron ser suficientes, o al menos no fueron tomados en cuenta, como tampoco lo fueron los resultados de las rigurosas investigaciones realizadas por la enfermera doctora Linda Aiken, publicados en las revistas internacionales más prestigiosas desde hace más de 15 años y que correlacionan directa e inequívocamente las ratios paciente/enfermera, las características organizativas y el nivel formativo de las profesionales con la mortalidad y morbilidad iatrogénica hospitalaria[5-7].

Cuentan las leyendas urbanas que algún tiempo antes de aprobarse el Real Decreto 450/2005 de especialidades de Enfermería, en una reunión técnica de representantes autonómicos en la que se debía dirimir la posibilidad de iniciar el proceso que desembocase en la legislación de las especialidades de enfermería y en la que los asistentes eran casi en su totalidad responsables de gestión y recursos humanos, se debatía densamente y se argumentaba en contra de la especialización con cuestiones como el clima social en Enfermería, los supuestos y no ponderados costes económicos de la medida, las complicaciones organizativas y de gestión que podía suponer, otras posibilidades alternativas menos comprometidas como la potenciación de la formación continuada, etc. Sigue contando la leyenda que alguien, enfermera de profesión con larga trayectoria asistencial y asistente circunstancial a la reunión, única enfermera presente en el foro, expuso que en caso de tener un grave accidente de tráfico en su viaje de vuelta a casa, esa noche le gustaría ser cuidada en la UCI por una enfermera con la máxima cualificación

posible; el resto eran problemas o dificultades a resolver por gestores y responsables sanitarios. Parece ser que el argumento aunque sencillo, casi pueril, fue suficiente. El incómodo silencio roto por algún carraspeo dio pie a que se desbloquease el proyecto de especialidades, se diseñase la norma reguladora y esta continuase su camino hacia el Consejo de Ministros y su posterior publicación en el BOE. Pero este relato puede no ser más que una fábula o leyenda urbana.

Acerca de la necesidad de la especialización enfermera también se han venido pronunciando de forma directa o indirecta personas y entidades totalmente ajenas a la propia Enfermería, a modo de ejemplo se pueden citar las manifestaciones realizadas por Olga Ruiz Legido, secretaria nacional de la organización de consumidores FACUA[8]: "la Enfermería ha ido ampliando su papel habitual y realizando funciones cada vez más importantes y complejas dentro del equipo de salud (…) y que tienen como base una reorganización del trabajo que realizan las enfermeras y enfermeros, implican un incremento de competencias profesionales (…)". También, y entre otros muchos que lo hacen en el mismo sentido, Armando Martín Zurro, uno de los principales artífices del diseño y desarrollo de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria, se pronuncia diciendo que "La actual Atención Primaria debe enmarcarse en un nuevo contexto (…) en el que las enfermeras tendrán un papel más autónomo y relevante que hasta ahora"[9]. Sin duda, ambos testimonios y otros muchos hablan de especialización.

Sobre costes económicos y otras sombras de duda

Respecto a la justificación económica, las sombras de duda no se acaban con la publicación del Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de Enfermería, y voces tan autorizadas como las de Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez en su artículo "Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables"[10] de 2006, decían: "(…) nos preguntamos si las especialidades de Enfermería tienen más de satisfacción de necesidades de calidad asistencial, o de satisfacción y mejora de expectativas profesionales. Sin duda tendrán un coste para el sistema", y seguían diciendo "(…) en este sentido, manifestamos preocupación por el reconocimiento de las especiali-

dades de Enfermería, es un nuevo factor de riesgo de agravamiento de las rigideces y restricciones del mercado de trabajo y potencial fuente de ineficiencias", sin embargo en el mismo artículo reconocen que "a pesar de que es mejorable, el programa MIR ha supuesto un gran avance para la sanidad española". No parece fácil de entender.

Las citadas autoras no han sido las únicas en manifestar sus temores, se han vertido otras opiniones bastante más apocalípticas sobre las repercusiones negativas que las especialidades enfermeras pueden acarrear a un sistema sanitario con severas dificultades económicas. Sin duda, el que las especialidades enfermeras sean económicamente sostenibles es un requisito imprescindible, máxime en un sistema sanitario público como el español, financiado con los presupuestos generales del Estado, es decir, con los impuestos de los ciudadanos. Cualquier cambio que se pretenda introducir debería ser minuciosamente valorado y ponderado en implicaciones económicas e incluso organizacionales, siempre sin perder el horizonte del coste/eficacia respecto a los beneficios que aporta a la atención sanitaria de la población. Las especialidades de Enfermería, cuyo proceso formativo también se apoya mayoritariamente en el Sistema Nacional de Salud, no deberían escapar a este principio básico de la "gestión basada en las evidencias", y no en las ocurrencias o en el oportunismo.

El análisis del impacto económico previo al desarrollo, que no parece haberse llevado a cabo, no hubiese sido sencillo, pero tampoco habría sido imposible de realizar si hubiese existido voluntad; quizás su principal dificultad estribase en la indefinición o falta de escenario hipotético para calcular distintos supuestos. Efectivamente está poco claro el modelo de servicios enfermeros y, más en concreto, de servicios enfermeros especializados que el Sistema Nacional de Salud quiere ofrecer a la población. Hay quien mantiene que esto debería haber sido previo al diseño de las especialidades. Una vez más aparece el escaso interés que para los responsables sanitarios suponen las cuestiones enfermeras y estas vuelven a pasar desapercibidas, a pesar de ser el colectivo más numeroso y pilar básico del sistema de salud español y del resto de los sistemas occidentales.

En un estudio piloto muy especulativo y parcial, no publicado, realizado antes de la aparición del Real Decreto 450/2005, se ha determinado como primera aproximación que el coste que puede suponer el reconocimiento de puestos de enfermeras especialistas en los servicios de salud podría oscilar entre 0,06 y 0,1% del presupuesto destinado al capítulo 1 de personal de los servicios de salud, o un 0,7% del montante total de las retribuciones básicas del grupo B. Esto, calculado en el escenario en el que hubiese entre 3 y 4 enfermeras por cada 1.000 habitantes, que de estas, hipotéticamente, un 20% ocupase plaza definida como de especialista y que cobrase el complemento que en aquel momento cobraban las matronas. En principio, y contempladas con la cautela lógica por tratarse de una aproximación especulativa, no parecen cifras imposibles de asumir, ni que fuesen a echar a pique la sanidad española.

Respecto a la carga económica que la formación de los futuros especialistas (los llamados residentes) va a suponer para el sistema sanitario, debe tenerse en cuenta que estos van a tener un contrato de trabajo en formación, "relación laboral de carácter especial de residencia", según la denomina el Real Decreto 1146/2006[11], por lo que además de adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios, van a realizar un cometido laboral efectivo y, por tanto, el dinero invertido no se dedicará de forma exclusiva a su formación. La retribución será equivalente al sueldo base del personal estatutario con la misma titulación académica más el complemento de atención continuada para los residentes de primer año y un 8% más para los de segundo año, según determina el artículo 7 del citado Real Decreto 1146/2006; en todo caso, es potestad de las Comunidades Autónomas establecer la oferta de plazas de residentes convocadas en función de las necesidades y medios disponibles.

El incremento que puede suponer para las actuales plantillas de enfermería la presencia de los profesionales en formación especializada no parece ningún exceso, habida cuenta de que España aparece en la cola de países de nuestro entorno en enfermeras por cada 100.000 habitantes, 367,16 según el informe de recursos humanos de la Organización Mundial de la Salud del año 2000, o 531,83 según el informe de recursos huma-

nos en 2007 del Consejo General de Enfermería[12], donde se destaca que la media europea es de 808,5 (entre 1.869,6 en Irlanda y 358 en Chipre). También en la ratio profesionales de la enfermería/medicina nos situamos a la cola: 1,08 de media en España frente a los 2,7 en Europa en 2000, según Beatriz González López-Valcárcel[13], o 1,19 frente a 2,44 del citado informe del Consejo General de 2007[12].

Y en cuanto a las sombras de duda organizacionales, es evidente que las especialidades de Enfermería van a suponer un reto y van a exigir la introducción de cambios importantes en las organizaciones sanitarias. Muchos profesionales coinciden en que bienvenidos sean los cambios, con o sin especialidades ¡ya van siendo perentorios! y este puede ser un buen momento.

Características del sistema formativo de las especialidades de Enfermería

Mucho se ha debatido sobre la forma en la que se ha diseñado la formación de especialistas en Enfermería, sus ventajas y sus inconvenientes, si tal vez hubiese sido mejor una formación más academicista y ligada a la universidad en formato de master, si no es bueno que nos "metan en el modelo de especialización de los médicos", etc. Lo cierto es que esta formación es regulada por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)[14] en su capítulo III y concretada posteriormente por los Reales Decretos 450/2005[1] y 183/2008[15].

A modo de resumen podría decirse que el sistema formativo de especialistas de Enfermería ha sido diseñado dentro de la normalidad, es decir, como todas las demás Ciencias de la Salud. En el momento de su promulgación, y cuando aún no se había legislado el grado académico dentro de la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, la formación especialista en Enfermería mediante el sistema por el que se optó supuso el primer paso formal para que esta profesión alcanzase el estatus "de ser como las demás". Sin duda, un hecho deseable y singular en la historia contemporánea.

El sistema es el llamado por razones históricas "de residencia", un sistema formativo con más de 40 años de experiencia en nuestro país, ampliamente evaluado y que ha demostrado una de las más altas eficacias pedagógicas; constituye una de las causas

reconocidas de la alta calidad sanitaria de nuestro país. Las diversas profesiones y especialidades se han visto muy potenciadas, e incluso empoderadas, desde el momento en que han sido incluidas en este sistema. El sistema de residencia supone un autoaprendizaje tutorizado en servicio dentro de dispositivos acreditados, en el que se van asumiendo responsabilidades paulatinamente según se van adquiriendo competencias. Es un sistema tutorizado personalmente por profesionales pares o iguales (de la misma profesión) acreditados y especialmente formados y tiene una evaluación continuada y sistemática.

Se han establecido 7 especialidades de Enfermería que, como ya se ha comentado, tienen un marcado carácter troncal: obstétrico-ginecológica (matrona), de salud mental, geriátrica, del trabajo, de cuidados médico-quirúrgicos, familiar y comunitaria y pediátrica. El programa de cada una es elaborado por la Comisión Nacional de la propia especialidad.

El carácter troncal supone una cierta y necesaria flexibilidad o polivalencia, es decir, existen áreas limítrofes o compartidas por más de una especialidad, y hasta incluso por más de una profesión. Estas zonas comunes no deben suponer un campo de batalla para conquistar por cada una de ellas, aunque hay quien ya lo ve así; deben interpretarse como una posibilidad que se ofrece para la adaptación a las necesidades concretas de cada entorno. En último extremo, en un mundo en vertiginosa evolución a la que no se escapa el ámbito sanitario, serán los responsables sanitarios como delegados-representantes de la población quienes decidan en función de las necesidades, de las disponibilidades y de quién resuelve los problemas de la población y del sistema sanitario con más eficacia y eficiencia.

La LOPS también contempla la posibilidad de formación en áreas de capacitación específica dentro de cada especialidad, actualmente aún sin desarrollar.

La formación se seguirá en una unidad docente multidisciplinar, excepto la Enfermería médico-quirúrgica, según determina el Real Decreto 183/2008[15], lo cual va a suponer oportunidades y amenazas como más adelante se verá.

El escenario del día después

Y una vez publicados los programas de las distintas especialidades y

convocadas las pruebas de acceso ¿qué va a pasar?

Es previsible que nos vayamos a encontrar con distintos niveles de acontecimientos. En primer lugar hay que pensar que un número de profesionales indeterminado, pero en ningún caso pequeño, accederá al título de especialistas tras reunir los requisitos y superar la prueba objetiva de evaluación de la competencia determinados en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005. Esto será un reconocimiento de justicia a todas aquellas enfermeras que, superando una enorme cantidad de dificultades, en un ambiente muchas veces hostil, y con gran esfuerzo, han adquirido la categoría de expertas a través de un ejercicio de la profesión más allá de lo exigido por su diplomatura y, en muchos casos, por su empresa, de una reflexión sobre su trabajo y de una formación continuada no obligatoria, casi siempre costeada por ellas mismas y generalmente poco o nada reconocida. Enfermeras que con su profesionalidad han elevado de hecho cada campo de especialización enfermera hasta el nivel en que se encuentra actualmente.

Un número, también sin determinar, de enfermeras en general pertenecientes a las promociones más jóvenes se presentarán a la prueba nacional de acceso EIR (enfermero interno residente) y adquirirán su formación de calidad durante los dos años que durará su periodo de residencia junto a los mejores profesionales. Es de esperar que posteriormente puedan trabajar en su especialidad con reconocimiento; a ellas les corresponde ejercerla en toda su extensión y profundidad, deben ser las verdaderas artífices del cambio que supone las especialidades.

Por último existirá una proporción de enfermeras diplomadas o graduadas, que no habrán accedido a ninguna especialidad y que seguirán ejerciendo como generalistas, impartiendo cuidados generales de Enfermería, pues así lo contempla la normativa legal. La LOPS en su artículo 7.2.a establece sus competencias y el Real Decreto 450/2005 que en su artículo 1.3 dice "La existencia del título de Enfermero Especialista no afectará a las facultades profesionales que asisten a los Diplomados Universitarios de Enfermería como enfermeros responsables de cuidados generales (…)". Además de estas razones legales, existen otras de eficiencia y reconocimiento. Si hasta ahora con una for-

mación de tres años de diplomatura se obtenían unos profesionales altamente cualificados, bien valorados por la población y muy apreciados incluso en los países más desarrollados de nuestro entorno, a partir de 2011, con el grado de 4 años de duración, debe ser presumible que los resultados sean aún mejores, y así serán.

Toda esta tipología profesional convivirá en un sistema sanitario que deberá hacer un verdadero esfuerzo organizativo para orquestar armónicamente estos niveles competenciales, a los que hay que sumar el master y el doctorado para que la atención a la población salga ganando.

Cabe aquí destacar que la obtención del título de especialista, según la disposición adicional tercera del Real Decreto 450/2005, "no implicará el acceso automático a la categoría y plazas de especialistas concordantes (…)". Serán los servicios autonómicos de salud quienes ostenten la potestad de determinar los puestos de especialistas, su sistema de acceso a ellos y su diferencia retributiva, si la hubiese. Los criterios con que lo determinen son en la actualidad una incógnita y consta que son minoría las Comunidades Autónomas que a día de hoy han comenzado a realizar estudios previos, o al menos una reflexión al respecto. También son los servicios de salud autonómicos quienes ofertan el número de plazas EIR que se convocan.

Sin ánimos agoreros, pero sí muy realistas, es necesario recordar que desde 1998 se están invirtiendo recursos económicos públicos en la formación de enfermeras especialistas en salud mental, más de 900 formadas hasta la fecha, y a día de hoy son una minoría las Comunidades Autónomas que lo rentabilizan creando puestos de trabajo específicos y haciendo que las enfermeras especialistas en salud mental que se han formado ofrezcan a la población lo que han aprendido. Es una realidad intolerable y vergonzosa que los responsables sanitarios han mantenido y siguen manteniendo, y que los usuarios de los servicios de salud mental no se merecen. Debe ser corregida de inmediato y no puede repetirse con el resto de las especialidades.

El propio sistema formativo: un gran valor añadido

Supone un sueño para muchos ver a los dispositivos asistenciales (hospitales, unidades de enfermería, centros de salud, unidades de salud labo-

ral, etc.) reunir requisitos de calidad para acreditarse como centros docentes y que esto se verifique mediante memorias y auditorías docentes, ver que los mejores por méritos podrán ejercer la función de tutores con los beneficios y el reconocimiento que ello supone y que está recogido en el Real Decreto 183/2008 y en la Orden SCO/581/2008[16], ver que este sistema formativo no sólo es bueno para quien es objeto de esa formación, sino también para quien la imparte o facilita su adquisición. Desde el primer momento de su implantación, cuando aún no se hayan titulado las primeras enfermeras especialistas, el sistema formativo EIR supone una revolución para el sistema sanitario en general y para los servicios de Enfermería en particular.

Disponer de tiempo de dedicación a la docencia, implantar las sesiones clínicas y formativas de Enfermería o conjuntas con otros profesionales, potenciar la investigación, establecer la reflexión necesaria sobre la práctica clínica y la obligación de basarla en evidencias, contar con apoyo formativo para los tutores, con recursos bibliográficos y acceso a documentación científica, etc., sin duda un sueño, pero un sueño necesario para la profesión sí, pero sobre todo para el sistema sanitario, para optimizar lo que las enfermeras pueden y deben aportar en él.

Como no todo pueden ser sueños, una amenaza que puede convertirse en pesadilla se cierne por partida sobre el sistema formativo de las especialidades de Enfermería; son las unidades docentes multidisciplinares establecidas por el Real Decreto 183/2008, donde las EIR se formarán junto a los MIR (médicos internos residentes) correspondientes a su área de atención y también con los PIR (psicólogos internos residentes) en el caso de salud mental y eso sería un valor añadido si todo fuese bien, pero si todo no va bien la formación enfermera puede ser fagocitada, diluida su identidad, infrapotenciada respecto a la de las otras profesiones. Si se partiese de una igualdad de fuerzas la idea sería tentadora, pero la realidad actual no es esa, y que el pez grande se come al chico ocurre con demasiada frecuencia. Se ha legislado sin apoyo de bases conceptuales, ni análisis mínimamente claro de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) y en contra de la opinión mayoritariamente expresada por las enfermeras. Es muy difícil

entender la intencionalidad de una norma que liga la formación especializada de las enfermeras a otras profesiones y permite que continúen separadas la formación de Oncología médica y Oncología radioterápica, Neurología y Neurofisiología clínica o Farmacología clínica y Farmacia hospitalaria, por poner alguno de los muchos ejemplos posibles.

El Real Decreto 183/2008, en los aspectos que determina las unidades docentes multidisciplinares, fue unánime y argumentadamente contestado por prácticamente todas las organizaciones, asociaciones, sociedades científicas, sindicatos, escuelas de Enfermería, en una reacción común rara vez contemplada y que, sin embargo, no fue capaz de calar en la impermeable postura del Ministerio de Sanidad y Consumo. Lo más que se consiguió fue a minimizar daños; se han admitido algunas concesiones al hecho singular enfermero, como el asegurar una representatividad formal en las comisiones de docencia de centro, tal y como se recoge no en el Real Decreto 183/2008, sino en la Orden de menor rango SCO/581/2008.

Ante situaciones como esta cabe plantear como reflexión cuántas enfermeras están presentes en los órganos de decisión sanitaria, tanto ministeriales como autonómicos. El número es testimonial y la capacidad de influencia muy discreta, como mínimo podría decirse que variable. Es posible que nos encontremos, entre otros fenómenos, ante esa "anorexia de poder de las enfermeras", término certeramente acuñado por la enfermera doctora Denise Gastaldo.

Conclusiones y retos

Como conclusión puede decirse que las especialidades enfermeras vienen a suponer el mayor avance de la práctica enfermera de las últimas décadas. El incremento y profundización de las competencias de la enfermera generalista tendrá trascendencia en la calidad de los cuidados enfermeros que se otorguen a los ciudadanos.

Las especialidades enfermeras implicarán necesariamente un rediseño de la organización de los servicios de Enfermería y los colocará en el lugar que les corresponde dentro de los servicios sanitarios.

La superación del techo, no de cristal, sino real, de desarrollo enfermero puede servir como reconocimiento y acicate a unas profesionales en cierta medida sumidas durante

décadas en la desesperanza y la desmotivación.

Retos e incertidumbres se presentan muchos, uno de los principales es que las enfermeras nos creamos el significado de las especialidades y las pongamos en valor, lo cual significa aplicarlas y utilizarlas con rigor.

Otro reto necesario, en el que por la experiencia acumulada muchos no depositan demasiada esperanza, es el que los responsables políticos y los gestores sanitarios sin miopías a corto plazo potencien las especialidades enfermeras y las utilicen como elemento para mejorar el sistema sanitario y la atención a la población, más allá de presiones corporativistas y pseudocontroles del gasto.

Conseguir una convivencia cooperativa y productiva entre la enfermera generalista y la especialista, entre las distintas especialidades y entre estas y otras profesiones de la salud, también está en el listado de tareas poco sencillas, pero necesarias.

Y sin duda el que la población detecte un balance positivo entre el día antes y el día después de las especialidades de Enfermería será la clave y garantía del éxito.

Agradecimientos

Mi agradecimiento a María del Mar Martínez, Aurora Suárez y Esther Lafuente, de la Consejería de Salud del Principado de Asturias, y a mis compañeras y compañeros de la Comisión Nacional de Enfermería Familiar y Comunitaria por su trabajo inconmensurable, por sus reflexiones sobre las especialidades de Enfermería y también por sus risas. Sin todos y todas ellas este artículo tampoco hubiese sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Publicado en el BOE número 108 de 5 de mayo de 2005.
2. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 1997;71:293-303.
3. Anglada Mirabent N, Cañadell Ledesma E. Satisfacción de enfermería de atención primaria en las comarcas del Alt y Baix Empordà. Aten Primaria. 2000;25(5):90-6.
4. Pérez Álvarez T, Díaz Carreiras T. Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. Metas de Enferm. 2007;10(10):6-10.
5. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA. 2003;290(12):1617-23.
6. Aiken LH, Clarke SP, Silber JH, Sloane D. Hospital nurse staffing, education, and patient mortality. LDI Issue Brief. 2003;9(2):1-4.
7. Segovia Pérez C, Navalpotro Pascual S. Nivel educativo de las enfermeras de hospital y mortalidad de pacientes quirúrgicos. Enferm Clin. 2005; 15(2):103-5.
8. Ruiz Legido O. El nuevo papel de la enfermera. Medicina de Familia (And). 2008;8(2):65-6.
9. Martín Zurro A. La atención primaria necesita cambios profundos. Disponible en: www.opinionras.com (consultado el 5 de octubre de 2008).
10. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:103-9.
11. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
12. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Consejo General de Enfermería; 2007.
13. González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. Gac Sanit. 2000;14(3): 237-46.
14. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
15. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y cla-

sifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

16. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.