

## **LA FIGURA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL. GESTIÓN Y LABOR ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE SISÄ-SAVO (FINLANDIA)**

El trabajo que desarrolla la enfermería de salud mental en España difiere entre las diferentes unidades de salud mental y mucho más cuando se trata de autonomías diferentes, y es bien sabido que el proceso de Bolonia impulsa a realizar cambios profundos y dinámicos en los planes de estudios para facilitar la movilidad entre los profesionales europeos que deberán tener unas capacidades muy similares entre los diferentes países para así poder desarrollar las mismas funciones en cada profesión dentro del área comunitaria. En este sentido, el Plan de acción para la salud mental<sup>1</sup> reconoce que la salud mental es fundamental para la calidad de vida y la productividad de las personas, las familias, la comunidad y los países y se enmarca entre cinco y diez años para su ejecución. Este plan, entre otras consideraciones, propone crear una fuerza de profesionales expertos que diseñen e implementen una formación adecuada de especialistas por áreas utilizando la misma metodología en toda la región europea, por lo que las diferencias asistenciales entre los países europeos no deben existir.

En Finlandia son los municipios quienes ostentan la responsabilidad de la gestión del Sistema Nacional de Salud<sup>2</sup> (este SNS cubre todos los residentes permanentes de Finlandia. La principal fuente de financiación del SNS finlandés se basa en las cuotas de las aseguradoras que se recogen a través de impuestos. El resto proviene de los presupuestos del Estado).

Los finlandeses están cubiertos por un sistema descentralizado en diferentes áreas de salud regidas por municipalidades, pero a su vez coordinadas a nivel central, que obtienen un reembolso parcial en los medicamentos prescritos, sin embargo, no todos sus habitantes están cubiertos completamente por este sistema; Por ejemplo, los inmigrantes ilegales, los trabajadores temporales no europeos, etc., que quedarían al amparo del gobierno. El SNS finlandés también ofrece a sus ciudadanos la posibilidad de poder beneficiarse de las ventajas de una organización colectiva en materia de salud laboral que incluye servicios básicos de salud como la disponibilidad de médicos y enfermeros.

## **1) La subdivisión de salud mental de Sisä-Savo (Finlandia)**

En Finlandia las municipalidades tienen capacidad para la autogestión; Según la *Ley 2007/169*<sup>3</sup> para ello necesitan una base de al menos veinte mil habitantes, para lo que se “asocian” entre ellos dentro de un área centralizada más amplia, esto es, cada área o división de salud “contiene” diferentes subáreas o subdivisiones de salud, y éstas agrupan a diferentes municipios. Estas agrupaciones municipales pueden variar en el tiempo por motivos de eficiencia organizativa, atendiendo sobretudo al criterio de equidad geográfica que siempre prevalece.

La mayoría de los servicios de salud para la región de Pohjois-Savo se encuentran centralizados en el Hospital Universitario de Kuopio (la subdivisión de salud de Sisä-Savo pertenece administrativamente a esta división de salud). Se trata de un área de salud cuya base principal está en Suonenjoki y que en el momento de la investigación (Octubre-Diciembre 2009) atendía a un total de veinte mil habitantes aproximadamente.

La unidad de salud mental de Suonenjoki cuenta con una USMA y con una unidad para Jóvenes de entre 13 a 20 años. El equipo de profesionales de las Unidades de Salud Mental de Sisä-Savo para pacientes externos estaba formado por dos psiquiatras, once enfermeras, una de ellas es la jefe de enfermería que trabaja dos días/semana en la unidad de Suonenjoki y los otros tres está en Vesanto, un trabajador social, una terapeuta ocupacional, una administrativa que entre otras tareas también transcribe las consultas de psiquiatría y dos psicólogos (en Finlandia no suele haber ningún equipo psicopedagógico en los colegios de las ciudades pequeñas, así se evita duplicar los recursos humanos para una misma función y el gasto innecesario que esto comporta). Por otra parte, los psicólogos en Finlandia trabajan conjuntamente con los psiquiatras y su principal función es “colaborar” en el diagnóstico y planteamiento del tratamiento (enfermería<sup>4</sup> también imparte todo tipo de psicoterapias). Además, el área de Sisä-Savo cuenta con una unidad de psiquiatría de ingreso (con once camas) que es atendida por una psiquiatra; Esta unidad cuenta con otro jefe de enfermería y un total aproximado de 30 enfermeros, de los cuales al menos diez son de prácticas (lähihoitaja<sup>5</sup>); También cuenta con un psicólogo, una terapeuta ocupacional, una administrativa y una limpiadora que además es la responsable de las comidas, y su limpieza posterior (todos los datos aportados se refieren al momento de la investigación).

### **1.1) Labor asistencial y gestión de la unidad de salud mental ambulatoria de Suonenjoki**

Cuando un paciente decide que quiere ser visto en la unidad (porque cree presentar sintomatología compatible con algún tipo de trastorno mental) no necesita pasar por el filtro del médico de atención primaria y puede acudir directamente a pedir cita o llamar por teléfono.

Los pacientes pueden llamar también al psiquiatra para las dudas relacionadas con el tratamiento en un horario establecido (es obvio que si el paciente considera que su problema no puede esperar puede llamar en cualquier momento o bien puede acudir al servicio de emergencias de la subdivisión de salud). La prescripción de medicamentos es la norma (a mano o electrónicamente). El psiquiatra es el responsable último del control<sup>6</sup> del tratamiento farmacológico del enfermo. La enfermería también es responsable conjuntamente con el médico tratante del asesoramiento del paciente y del seguimiento de la eficacia de la medicación de los pacientes a su cargo (existe un protocolo de control de medicación para los pacientes ambulatorios con problemas de salud mental). Este control del tratamiento se lleva a cabo a través de mediciones de las concentraciones de los fármacos en sangre y otras pruebas de seguridad (esto se lleva a cabo por el servicio de laboratorio que suele ser externo). Los resultados de las pruebas realizadas en las distintas unidades se envían al paciente a través del correo o e-mail y también puede ser informado por teléfono.

Cuando el paciente tenga alguna duda o note algún problema que pueda estar relacionado con la medicación que toma deberá contactar con la enfermería de la unidad e informarle de su caso (cualquier síntoma extraño referido por el paciente será notificado por enfermería con carácter inmediato y quedará registrado en la historia clínica del paciente). Los efectos adversos notificados por el paciente y su forma de presentación serán entregados de inmediato al supervisor o responsable de la unidad. El objetivo de ello es poder buscar las causas en los posibles errores de administración de medicación, además de poder investigar las causas que llevaron a su desencadenamiento y así poder abordar los problemas con la medicación del paciente en reuniones conjuntas (los problemas graves se tratan con inmediatez). Basándose en el estudio se tendrá en cuenta la sintomatología del paciente para prevenir nuevas apariciones. Los controles después de la fase aguda se realizan por enfermería cada medio año aproximadamente. Los estudiantes de enfermería también participan en el tratamiento ambulatorio de control de la medicación junto a los profesionales de enfermería.

Los pacientes<sup>7</sup> pueden realizar reclamaciones a través de los formularios que tienen a su disposición en los diferentes servicios de salud. La confidencialidad es respetada en todo momento por los profesionales de la salud, durante y después de la finalización del tratamiento. El programa común para todo el SNS finlandés para la recopilación y control de información de los pacientes se denomina *Pegasos*.

En el área de salud de Sisä-Savo se realiza una evaluación de la calidad de los diferentes equipos cada seis meses y de la satisfacción de los pacientes cada dos años.

### **1.2) Labor asistencial y gestión de enfermería en la USM de Suonenjoki**

En la unidad de Salud Mental de Suonenjoki la jornada laboral es de 38,15 horas semanales distribuidas en jornadas diurnas de ocho horas (los breaks no cuentan en la jornada laboral finlandesa). Dentro de un sistema rotativo establecido una de las enfermeras de la unidad se encarga de atender semanalmente las consultas telefónicas de los pacientes y elabora un listado con los puntos más importantes que demanda el paciente prestando especial atención a los problemas relacionados con la toma de medicación. Las peticiones de los pacientes en estas consultas son trasladadas también al resto del equipo multidisciplinar y la demanda se aclara según la gravedad de los casos pendientes.

Todos los días durante el tiempo del café se tratan distendidamente los asuntos más comunes del quehacer diario de enfermería. Jueves y viernes (9-11 a.m.) son los días semanales para las reuniones del equipo multidisciplinar. En estas reuniones se tratan los problemas comunes de la unidad como el número de pacientes de la unidad (se controlan los pacientes que no acuden), el número de las visitas pendientes, la revisión de los tratamientos de los pacientes vistos en la unidad (se suelen plantear las dudas y se hace hincapié en los casos que presentan problemas), se les asigna cita a los nuevos pacientes que llegan priorizando lo más grave (control de la lista de espera) y se reparten las cargas entre el equipo multidisciplinar de la manera más equitativa posible; Por ejemplo, si el número de bajas de enfermería o el incremento del número de pacientes es importante la jefe de enfermería valora también la posibilidad de contratar más recursos humanos (en Finlandia las bajas se cubren según las cargas de trabajo del momento y los trabajadores pueden faltar al trabajo por enfermedad hasta tres días sin necesidad de presentar la conformidad médica y esto puede ocurrir más de una vez). También se trata el tema de los estudios, algunos obligatorios para los trabajadores y se suele dejar tiempo para las sugerencias y la elaboración de planes conjuntos.

Todos los pacientes que acuden por primera vez a la unidad son valorados por enfermería que después de las cuatro-cinco primeras consultas (antes si tiene dudas o el caso reviste algún tipo de gravedad) expone el caso en equipo para toma de decisiones conjuntas de cara al futuro tratamiento farmacológico y/o terapéutico (estas entrevistas de intercambio de información sirven para identificar los síntomas más significativos y así poder obtener una mayor comprensión del estado de salud del paciente y su contexto, además de los daños físicos o psíquicos causados por un posible abuso de alcohol y/o drogas). El tiempo de estas primeras visitas es una hora más quince minutos para plasmar los datos en la historia clínica. Se investiga conjuntamente con el paciente la evolución de su vida, como se relaciona en su contexto, las vivencias y los acontecimientos traumáticos que posiblemente le están afectando en la toma de decisiones, en el manejo de su vida, y en colaboración con el paciente se intenta encontrar “soluciones” a sus problemas, siempre respetando sus creencias y costumbres; Enfermería también evalúa la situación sociosanitaria del paciente, incluida la vivienda y medios de vida teniendo muy en cuenta los aspectos en los que los niños puedan estar involucrados (los estudios profesionales de enfermería en Finlandia incluyen diferentes asignaturas sobre políticas sociales y atención a los discapacitados, además, hay un programa de especialización dentro de los estudios de enfermería registrada y también existe como master); Así pues, este tipo de valoraciones forman parte de la rutina diaria del trabajo enfermero.

Después de esta *fase exploratoria* o de investigación entraríamos en la *fase de negociación* donde si es necesario se valora también a la familia en una reunión aparte y en el que se decide el número de consultas, la frecuencia de las visitas, el enfoque terapéutico y quiénes son los profesionales que le van a atender. El paciente recibe un *plan de gestión preliminar* que contiene información sobre los resultados obtenidos en la fase investigación y las opciones posibles de tratamiento (en esta fase los pacientes tienen derecho a saber su posible diagnóstico y los posibles tratamientos a seguir). Se trata de que el paciente pueda adquirir una vida saludable, segura, y la posibilidad de sentirse apoyado en su crecimiento personal y profesional a través de diferentes opciones como la realización de psicoterapias y talleres que le ayuden en su manejo diario. El tiempo para cada visita sucesiva de enfermería es de cuarenta y cinco minutos más quince minutos para el volcado de datos.

Por último, durante la *fase de tratamiento* enfermería es responsable de la atención terapéutica con el paciente y evalúa la calidad de la atención y la efectividad de

la psicoterapia impartida a través de diferentes escalas (Cada tres-seis meses se suelen repetir las mismas escalas; Estas escalas no se utilizan durante el periodo exploratorio y de negociación). Se pretende que los objetivos de la fase de negociación se alcancen adecuadamente y los pacientes fortalezcan su capacidad de manejo de las situaciones vitales, sobretodo a través de la psicoterapia. Cuando finaliza la fase de tratamiento los objetivos deben haberse alcanzado suficientemente y el paciente prosigue su atención en el centro de salud (enfermería de primaria y consultas de médico de familia). La continuidad de la atención del paciente se garantiza en esta transición nuevamente a través de una nueva *negociación*, por lo general entre el paciente y la enfermería del centro de salud a la que éste acude con un *informe final* que incluye instrucciones (sugerencias) sobre el modo de poder optimizar la continuidad de su tratamiento.

### **1.3) Labor asistencial y gestión de la jefe de enfermería de las unidades de salud mental del área de Sisä-Savo**

En el momento de esta investigación la jefatura de enfermería de salud mental de área y la jefatura de salud mental ambulatoria estaban ejercidas por la misma persona; Otro enfermero ejerce la jefatura para la enfermería de salud mental de ingreso del área.

La jefe de enfermería de las unidades de salud mental de Sisä-Savo realiza, además de su labor asistencial, las tareas administrativas que por su cargo le corresponden como: asuntos corporativos, asuntos financieros, desarrollo y puesta en marcha de protocolos y planes para enfermería, control y solución de las incidencias que puedan surgir en el quehacer diario de la unidad, recogida de sugerencias e información útil para el desarrollo profesional de la enfermería, se interesa por el bienestar de sus trabajadores y de que el clima laboral sea agradable, controla las bajas y las cargas de trabajo de enfermería, dirige las reuniones de enfermería y asiste a otras reuniones con otros miembros relevantes de la división de salud de Sisä-Savo, colabora en la realización de los planes económicos anuales de la unidad y controla exhaustivamente los gastos relacionados con el quehacer enfermero, también organiza estudios para el personal de enfermería (una vez recogidas las sugerencias) y se encarga de *evaluar* continuamente en el tiempo la *calidad asistencial* a través de indicadores y un perfecto control de las estadísticas de enfermería de la unidad.

Después de la reunión del viernes, la jefe de enfermería de las unidades ambulatorias de salud mental también se reúne una hora con la jefe de psiquiatría de estas unidades para estudiar y desarrollar las diferentes propuestas y revisar

conjuntamente las estadísticas de la unidad, así se controla y optimiza el tiempo invertido en el desarrollo conjunto de los diferentes planes de salud mental.

Cada tres semanas se reúne con el *grupo ejecutivo* del que también forma parte (esta comisión de salud mental en el área de Sisä-Savo está formada por el trabajador social, los jefes de enfermería de salud mental y los jefes de psiquiatría de los niveles ambulatorio y hospitalario). Este grupo trata de desarrollar planes tangibles para cada estamento y se encarga también de elaborar protocolos, además de diseñar y desarrollar planes de salud y campañas para el área de salud.

Se reúne todos los años durante el mes de Mayo con la gerencia de enfermería de área y la gerencia administrativa de área (ésta última informa de la disponibilidad económica y los límites financieros) para iniciar los preparativos de los presupuestos de los dos años siguientes y a finales de Julio vuelve a reunirse, junto con la jefe de psiquiatría de la unidad, con la gerencia administrativa de área y con la gerencia médica de área para implantar conjuntamente los objetivos operacionales y el plan de acción económico de los dos años siguientes para los dispositivos ambulatorios de salud mental de Sisä-Savo. Ese es el momento de comparar los resultados económicos del último ejercicio y establecer las vías de mejora necesarias para un control eficiente del gasto, siempre manteniendo o aumentando la calidad asistencial y atendiendo a los criterios de equidad geográfica. Cada Noviembre los planes económicos y de recursos humanos definitivos para el siguiente año están finalizados, asimismo el borrador para el segundo año está listo (por ejemplo: en Noviembre de 2009 se planificó exhaustivamente el año 2010 y se previeron los gastos y recursos necesarios para el año 2011).

Por otra parte, se reúne también semanalmente durante al menos dos horas la gerencia médica de área, la gerencia administrativa de área y la gerencia de enfermería de área que realizan un control exhaustivo financiero-asistencial de todos los dispositivos de la división de salud de Sisä-Savo (la información es recogida semanalmente de los jefes de los distintos dispositivos de salud por e-mail y teléfono, mensualmente a través de los informes financiero-asistenciales que reciben de éstos y aproximadamente cada dos meses a través de reuniones conjuntas). De esta manera logran tener un control impecable de los puntos fuertes y débiles del sistema, pueden diseñar los planes financieros futuros muy ajustados a la demanda, y saben responder con prontitud y adecuación a las posibles injerencias o cambios de tendencia en el sistema de salud.

En Finlandia el control de los gastos se realiza semanalmente por los jefes de las unidades (céntimo de euro por céntimo de euro) y mensualmente las autoridades de la Junta de Gobierno Municipal obtienen un informe del control de gastos de cada unidad, lo que permite observar las tendencias del sistema y responder adecuadamente a la demanda; además, Finlandia es un país sin apenas crecimiento poblacional<sup>8</sup> (los inmigrantes<sup>9</sup> suponen la mitad del incremento de población en Finlandia) lo que a diferencia de otros países les ha permitido la realización de sus planes con una exactitud casi vehemente.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de crecimiento poblacional en Finlandia	0,17	0,16	0,14	0,14	0,18	0,16	0,14	0,13	0,11	0,1	0,08	0,08

Tabla n<sup>o</sup>1. Fuente: [http://www.indexmundi.com/es/finlandia/tasa\\_de\\_crecimiento.html](http://www.indexmundi.com/es/finlandia/tasa_de_crecimiento.html)

## 2) Principales funciones de enfermería de salud mental en el área de Sisä-Savo (Finlandia)

En el sistema de salud finlandés la enfermería está considerada como el eslabón principal del sistema, es la *bisagra* que pone en contacto las diferentes partes del sistema. A lo largo de los años, el trabajo enfermero en Finlandia ha sido capaz de “tejer” una potente red fractal en la que todos los niveles del SNS se encuentran organizados de tal manera que cualquier demanda interna o externa podría generar una respuesta inmediata y adecuada para su posible resolución (por ejemplo, la enfermería paramédica ante una situación de accidente o emergencia).

La enfermería finlandesa aporta al paciente casi cualquier tipo de información clínica por teléfono (el trasvase de datos clínicos por teléfono profesional de la salud-paciente está normalizado), de hecho, todo paciente al igual que tiene asignado un médico también tiene asignado un enfermero. La atención telefónica hacia el paciente es relevante y cada servicio dispone de un horario para ello. En los centros de salud el personal encargado de la “recogida” de los datos del paciente es enfermería, ningún paciente es visto por el médico en primera consulta sin contactar previamente con ésta; Es el personal de enfermería quien da la cita al paciente si lo considera oportuno y después de tomar nota de su caso (labor de triaje).

Las responsabilidades de la enfermería de salud mental finlandesa en la práctica clínica diaria son mayores que las de la enfermería española pese a realizar esta última

los estudios en la Universidad. Las funciones de enfermería de salud mental están claras en Finlandia para todas y cada una de las unidades de salud mental, con y sin ingreso, y en todas ellas enfermería tiene un alto grado de responsabilidad (en las unidades de salud mental finlandesas la principal función de la enfermería es impartir el tipo de psicoterapia adecuada para cada paciente de manera individualizada o grupal de acuerdo con el equipo multidisciplinar). Todo lo que puede ser solucionado sin medicación, con pautas psicoterapéuticas, se intenta primero con éstas y según la evolución se valora la posibilidad de seguimiento también por psiquiatría; En este punto considero importante resaltar que en Finlandia la escuela cognitiva y la psicoanalítica no están enfrentadas, sino que la tendencia actual en las Universidades punteras como Jyväskylä (está considerada en el área psicológica uno de los máximos exponentes a nivel mundial) es hacia la “combinación” de sus conceptos teóricos. Las psicoterapias impartidas por la enfermería finlandesa suelen combinar los distintos aportes teóricos.

Las principales tareas ejercidas por la enfermería de salud mental finlandesa podrían resumirse en:

### 2.1. Principales tareas de enfermería de salud mental en Sisä-Savo

2.1.1. Gestión de enfermería	2.1.2. Labor de enfermería
Recepción de los pacientes (sin derivación médica: telefónica y presencial)	Atención telefónica y presencial (terapia de apoyo: visitas a demanda y urgencias)
Triage enfermero para acceso a la unidad	Visitas programadas (control medicación y psicoterapias)
Carga de trabajo según el número de pacientes (los gestores cuidan mucho de que el número de pacientes no sean excesivos para cada profesional; Ej: la USMA de Suonenjoki abarca una población de ocho mil habitantes y cuenta con 3'5 enfermeras)	Tiempo visita (45 minutos + 15 minutos para volcado de datos)
Recursos espaciales adecuados (salud mental cuenta con salas propias para terapias de grupos y reuniones)	No se programan visitas para extracciones de sangre o/y inyecciones intramusculares (servicios externos)
El paciente recibe un <i>plan de gestión preliminar</i> antes del comienzo de su tratamiento (atención horizontal: alta participación del paciente en su proceso de tratamiento)	Investigación psiquiátrica (cinco primeras visitas; En ellas se intenta establecer una adherencia adecuada al tratamiento)
Tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia en la mayoría de los pacientes	Enlace para el establecimiento de un proceso adecuado de negociación paciente-equipo multidisciplinar
Utilización de transcripciones (el administrativo de la unidad es el encargado de hacerlas; Se reflejan en <i>Pegasos</i> )	Utilización de escalas por enfermería para medición de la evolución de los pacientes
Reuniones multidisciplinares semanales	Enfermería realiza psicoterapias (tiene también un servicio de counselling)
Gestión financiera descentralizada (hasta el nivel individual)	Labor de triaje
Planificación exhaustiva de las necesidades de la unidad de los dos años siguientes al año en curso	
Contacto muy estrecho entre los distintos gestores de la subdivisión de salud	

Tabla nº 2. Fuente: elaboración propia

Y las principales fortalezas y barreras del SNS finlandés que se han encontrado serían:

## **2.2. Principales fortalezas y barreras del SNS FINLANDÉS**

<b>2.2.1. Fortalezas</b>	<b>2.2.2. Barreras</b>
<i>Base fuerte de enfermería (la enfermería es la bisagra que interconecta el sistema de salud)</i> <i>Flexibilidad: sistema camaleón (lo que hoy es, mañana puede no serlo)</i> <i>Observación continuada:</i> <i>¿Cómo? se trabaja</i> <i>¿Qué? se puede cambiar</i> <i>Recursos humanos y espaciales adecuados a la demanda</i> <i>Descentralización administrativa (formación de federaciones municipales)</i> <i>Descentralización responsabilidades (cada profesional es responsable de los recursos que utiliza y se reflejan numéricamente)</i> <i>Importante fuerza de profesionales (coordinados por el Instituto Nacional de la Salud y de Bienestar) en la realización de programas diferentes para la salud (todo se planifica convenientemente)</i> <i>Coordinación del SNS con otros ministerios, sobretudo con el ministerio de educación (se podrían evitar duplicidades en los recursos)</i> <i>Supervisión rigurosa y descentralizada de los parámetros de calidad</i> <i>Actitud abierta hacia las propuestas del exterior (expertos de la OMS suelen realizar auditorias con cierta frecuencia y los gestores suelen seguir sus consejos)</i> <i>Adaptación de las leyes a la sociedad (por ejemplo, en el año 2011 la ley, Terveysjuoltolaki<sup>10</sup> introdujo importantes reformas en el SNS finlandés)</i> <i>Alta movilidad de los profesionales de la salud (en general, los profesionales pueden elegir y cambiar su lugar de trabajo si lo desean)</i>	<i>Dispersión geográfica (mayor en las áreas rurales)</i> <i>“Excesivo” tiempo<sup>11</sup> para la investigación de los procesos de enfermedad (al menos cinco sesiones antes de comenzar el proceso de negociación)</i> <i>Retraso en los procesos urgentes (tendría que ver con el “excesivo” tiempo invertido antes del inicio del proceso de investigación)</i> <i>Retraso en la entrega de los informes (también tendría que ver con el “excesivo” tiempo invertido antes del inicio del proceso de negociación)</i> <i>Barrera idiomática en algunas áreas geográficas (por ejemplo en la isla de Åland o en los municipios de la zona norte del país con mayoría sami)</i> <i>Pirámide poblacional sesgada hacia la vejez (“obliga” a un mayor control de los recursos disponibles)</i>

Tabla nº 3. Fuente: elaboración propia

Las diferentes modificaciones legislativas llevadas a cabo estos últimos años han hecho posible una descentralización espacial y administrativa muy flexible en las que cada trabajador del sistema participa en el proceso de control del gasto; Los trabajadores sanitarios se sienten motivados (esto en mi opinión es clave) y adheridos a su equipo de trabajo, sin cargas excesivas de trabajo y tienen posibilidad de cambiar con cierta frecuencia su lugar de trabajo por el periodo de tiempo que deseen, de esta manera cada trabajador puede elegir el horario y lugar de trabajo adecuados para su estilo de vida (los horarios de trabajo en Finlandia son muy flexibles, desde jornadas completas a jornadas por horas, jornadas en fines de semana, etc.; Los sábados y los domingos se pagan el doble, la jornada nocturna un 40% adicional y la jornada nocturna de sábado un 140% adicional).

### 3) Conclusiones

Los sistemas de salud no escapan a los principios básicos de la lógica empresarial, por ello es muy importante saber cómo flexibilizarlos adecuadamente para que puedan responder con inmediatez y adecuación a las demandas externas e internas del sistema; Es lo que yo denomino *modelo del camaleón* (al igual que el camaleón es capaz de mimetizarse en su contexto, los SNS deberán saber “responder” con premura y eficacia a las amenazas, esperadas o no, del sistema, para lo que necesitarán dotar de una alta flexibilidad a sus estructuras y realizar un control exhaustivo de los gastos en periodos muy cortos de tiempo para observar las tendencias).

Por su capacidad de adaptación y dinamismo (se han cambiado, y se siguen modificando, las leyes para poder llevar a cabo una profunda reforma estructural sanitaria) en estos momentos el SNS finlandés podría estar en condiciones de afrontar con éxito cualquier cambio por inesperado y difícil que sea, y la principal fortaleza reside en la capacidad de respuesta adquirida debido principalmente a los diferentes equipos de trabajo multidisciplinarios con expertos trabajando *coordinadamente* en el diseño e implementación de planes para la salud y el bienestar.

En épocas de crisis sobretodo, es importante saber cómo anticiparse adecuadamente a los posibles cambios de tendencia de los diferentes sistemas y las autoridades gestoras deberán saber adaptarse adecuadamente a los “nuevos” escenarios, pero difícilmente se puede innovar cuando existe poca o nula coordinación con otros niveles o dispositivos no sanitarios. Sin una coordinación que abarque todos los niveles, los esfuerzos se duplican (con suerte) y la disponibilidad monetaria se suele gastar inadecuadamente (recursos humanos innecesarios, gasto público inadecuado, etc.). Posiblemente todo esto también lo podemos aprehender “visualizando” el modelo de salud finlandés: en Finlandia se tiene lo que se necesita, no más; Por ejemplo, si un recurso como puede ser un psicólogo está en el sistema educativo, este recurso no estará en el sistema de salud. En el sistema de salud solo se contratan psicólogos en aquellas unidades donde puedan resultar de ayuda diagnóstica. Las psicoterapias las aplica enfermería y también los terapeutas ocupacionales (dependiendo del tipo de paciente) con resultados excelentes. Esto anualmente supone un gran ahorro para las arcas municipales de todo el país. Por otra parte, la figura de enfermería está en todos los colegios y el pediatra se desplaza regularmente a los colegios para atender, junto a enfermería, los niños y adolescentes que presentan algún problema de salud; De este

modo las responsabilidades se reparten, nunca se duplican, y los problemas planteados se resuelven con enorme efectividad y eficiencia.

Es lógico que existan diferencias estructurales entre los diferentes sistemas sanitarios europeos pero difícilmente podremos definir el grupo de indicadores de salud mental y establecer su diseño y distribución de servicios en asociación con otros estados miembros, tal y como promulga el Plan de Acción de Salud Mental para Europa si se difiere en lo básico, esto es, en el número y tipo de recursos humanos, y aún peor, en la distribución de funciones entre los diferentes estamentos, además de las dificultades que esto entrañaría a la hora de evaluar adecuadamente la situación de la salud mental y las necesidades de la población (en términos comparativos).

Europa avanza, se flexibiliza, y se optimiza en todas las áreas posibles y los sistemas sanitarios deberán estar preparados para esta “nueva” partida intercultural, globalizada, con estamentos dinámicos y resolutivos que saben gestionar los recursos disponibles que en tiempos de crisis son más valiosos. Deberíamos saber como adaptar las leyes al sistema, a las sociedades modernas del siglo XXI, no el sistema a las leyes. Las leyes son estáticas, pero todas las sociedades son dinámicas, así pues, las crisis debieran brindarnos magníficas oportunidades para la *innovación* en todas y cada una de las estructuras societales, y los sistemas sanitarios forman parte de éstas. Esperemos que en un futuro cercano el SNS español, encuentre el “camino” adecuado para poder afrontar con éxito su futuro en el largo plazo.



#### 4) Referencias y notas finales

Conferencia Ministerial de la OMS. “DECLARACIÓN EUROPEA DE SALUD MENTAL”, Helsinki, 12-15 Enero 2005 [En línea] <[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est17.pdf.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf)> [Consulta: 4 Jul. 2012]

**DATOS DE SALUD DE FINLANDIA**  
**Nivel de descentralización** Las autoridades locales a través de los municipios son las encargadas de proporcionar a sus ciudadanos los servicios públicos de salud.  
**Principales recursos financieros** A través de tasas fiscales (al gobierno y a las municipalidades)  
**Seguros de salud privados** Voluntario. Cubren aproximadamente al 11% de la población.  
**Provisión de los servicios** Los centros de salud ofrecen servicios comunitarios y preventivos en cooperación con otros servicios municipales, asociaciones e Iglesias (luterana y ortodoxa).

El sector privado proporciona atención especializada en su mayoría **Remuneración de los trabajadores del NHS finlandés** Salarios **Distribución de costes y copagos** Medicamentos, servicios dentales y atención hospitalaria, con límites máximos aplicables.

Co-seguros (cubren hasta el 58% de lo que se paga) **Co-pago por prescripción de medicamentos** Medicamentos con receta (se pagan las tres primeras veces).

Límite máximo para el co-pago: 627 euros anuales.

El Instituto de Seguridad Social de Finlandia (KELA) es el encargado de gestionar los co-pagos y las bajas de los trabajadores **Co-pago por los gastos de los servicios de médicos generales** Las visitas son gratis para los menores de 18 años.

Cada consulta de medicina cuesta 11 euros (sea la especialidad que sea, también la medicina general) y cada día de estancia en el hospital cuesta 30 euros.

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares solo pagan la mitad de las tasas y los pacientes con problemas mentales no pagan

Las consultas en el sector privado también se reembolsan hasta un 60% y los tratamientos sucesivos hasta el 75% (de los gastos que excedan el co-pago con un máximo de 13,46 euros por visita) **Co-pago para prótesis dentales** No las cubre, pero son gratis para los niños y veteranos de guerra **Co-pago de servicios odontológicos** Los menores de 18 años no pagan.

Los adultos pagan cada consulta, pero existen unas tasas básicas estipuladas (dependiendo del tratamiento aplicado se cobra desde un mínimo de 7 euros hasta un máximo de 130 euros (hay seis tramos); esto para cada consulta). **Co-pago para ayudas y dispositivos médicos** Algunas ayudas médicas, tales como sillas de ruedas y otras para la movilidad y las prótesis, no dentales, son gratuitas (se prestan).

Las lentes para niños menores de 18 años son gratis, así como para los adultos con problemas de visión graves (la lesión ocular queda definida previamente para las ayudas)

Se recibe hasta 25 euros por transporte (si se utiliza el tren o el autobús)

Si se utiliza la ambulancia se paga 10 euros *Tabla nº 4*. Fuente: elaboración propia a través de información encontrada en: [www.kela.fi](http://www.kela.fi) y [www.stm.fi](http://www.stm.fi) (datos referidos al momento de la investigación)

<sup>3</sup> “LEY DE REFORMA DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES FINLANDESES 2007/169” (*mi traducción*)

<sup>4</sup> En la Unión Europea se estableció un sistema general de reconocimiento mutuo de los títulos de enseñanza superior en 1989 a través de la directiva 1989/48/CE para regular la libre circulación de profesionales. Desde entonces otras directivas han intentado regular las diferentes profesiones y la profesión de enfermería también ha sido regulada. En estos momentos es la directiva 2005/36/CE la que regula la profesión de enfermería, además de otras profesiones, al integrar los distintos sistemas de reconocimiento profesionales en una disposición única (las disposiciones anteriores quedaron anuladas).

Teniendo en cuenta siempre las diferentes directivas europeas y atendiendo también a los consejos de la OMS, la enfermería en Finlandia se imparte desde las Universidades de Ciencias Aplicadas y los diferentes programas son aprobados por el Ministerio de Educación Opistoministerio. (La estructura de los estudios en las universidades de Ciencias Aplicadas varía entre las diferentes facultades y los programas de grado, pero suelen tener una estructura muy similar y el total de créditos ECTS ha quedado establecido entre 210-270; Cada cuatro años se revisan los planes de estudio y si se estima oportuno se adelanta este proceso). En estos momentos existen cuatro tipos de enfermería en los programas de las Universidades de Ciencias Aplicadas:

- \* La enfermería general (Sairaanhoitaja)
- \* La Enfermería de Salud Pública (Terveydenhoitaja)
- \* La Enfermería de Obstetricia (Kätilö)
- \* La Enfermería Paramédica (Ensihoitaja)

<sup>5</sup> Este nivel (lähihoitaja) existe desde 1987; Éste es el nivel más inferior de la enfermería (no pertenecen a la categoría de la Subdivisión de Enfermeras). La enfermería de prácticas cuida, apoya y promueve el crecimiento y la rehabilitación de personas de distintos grupos de edad. Su principal objetivo es ayudar, orientar y apoyar a los pacientes a hacer frente a sus actividades diarias normales. La formación práctica del programa de estudios se lleva a cabo en los hospitales, en los centros de salud, en guarderías, en las unidades para disminuidos psíquicos y en la comunidad en general. La enfermería de prácticas es capaz de trabajar de forma autónoma en ciertas tareas básicas, pero a menudo trabaja junto a la enfermería (sairaanhoitaja). A partir de 1987 este tipo de enfermería ha sufrido cuatro remodelaciones (hasta ese año el periodo de especialización era de un año y se hacía al finalizar los 2'5 primeros años). Desde 1987 hasta 1992 las diferentes especialidades fueron integrándose poco a poco dentro del plan de estudios general y en el año 1995 se reestructuraron todas las materias y se profundizó en los contenidos teórico-prácticos sanitarios, incluyendo también por vez primera al área de trabajo social; De esta manera, en el año 1998 el periodo de estudios para la enfermería de prácticas (lähihoitaja) era de 3 años en todo el territorio nacional, quedando circunscrita definitivamente dentro del ámbito de la Formación Profesional.

<sup>6</sup> “LEY SOBRE LA CREACIÓN DE REGISTROS DE PACIENTES Y CUIDADOS DE LOS DATOS 2001/99” (*mi traducción*).

<sup>7</sup> Los derechos de los pacientes a ser informados están amparados por la “LEY SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE Y SUS DERECHOS 1992/785” (*mi traducción*).

<sup>8</sup> Index mundi. “CUADROS DE DATOS HISTÓRICOS ANUALES. POBLACIÓN: TASA DE CRECIMIENTO”. [En línea]  
<[http://www.indexmundi.com/es/finlandia/tasa\\_de\\_crecimiento.html](http://www.indexmundi.com/es/finlandia/tasa_de_crecimiento.html)>[Consulta: 17 Ago. 2012]

<sup>9</sup> Hernández S. “LOS INMIGRANTES SUPONEN LA MITAD DEL INCREMENTO DE POBLACIÓN EN FINLANDIA” [En línea] <<http://www.biginfinland.com/inmigrantes-incremento-poblacion-finlandia/>> [23 Ago. 2012]

<sup>10</sup> “TERVEYDENJUOLTOLAKI (1.5.2011)”, entre otros objetivos, pretende disminuir la inequidad geográfica aún presente pese a los esfuerzos de las diferentes municipalidades, pues las áreas rurales no suelen atraer a los profesionales de la salud; En este sentido, entre otras modificaciones, esta ley contemplaría el movimiento entre profesionales de la salud inclusive entre áreas diferentes de salud (por ejemplo, puede resultar más barato trasladar a los médicos que a los pacientes), El paciente podrá elegir el médico y la enfermería incluso en otra ciudad diferente a la de su residencia habitual y también el equipo médico y hospital donde quiere ser tratado; en definitiva, trata de orientar los servicios hacia los pacientes. Las leyes y publicaciones del Ministerio de Salud y Asuntos sociales finlandeses están disponibles en: [www.stm.fi](http://www.stm.fi)

<sup>11</sup> Quizás sería excesivo desde el punto de vista de otros países como España, pero cabría tener en cuenta que el SNS finlandés está volcado en dar la mejor atención a sus ciudadanos, y este tiempo de investigación tiene que ver con la futura adherencia al tratamiento del paciente que se pretende conseguir, además del establecimiento de un diagnóstico adecuado (se trataría de un posicionamiento en el que cada paciente es el centro, sabe las opciones que tiene, y elige la más adecuada a sus intereses). En la cultura finlandesa para cada cosa existe un tiempo, eso sí, planificado con antelación siempre que se pueda.

## 5) Documentos de trabajo consultados (*mi traducción*)

- *Johtotiimi* (Equipo Directivo)
- *Kayttötalousosa 2009* (Destino del presupuesto económico 2009)

- *Koulutus ja työnohjaussuunnitelma 2009* (Plan económico para la educación 2009)
- *Koulutusjärjestelmä Suomessa* (El sistema educativo en Finlandia)
- *Lääkehoitosuunnitelma mielenterveystyön tulosalue avohoito. Päivitetty 11.5.2009* (Plan de tratamiento médico para pacientes ambulatorios de salud mental. Actualizado el 11-5-2009)
- *Mielentervesneuvonta, suoritteet, kuntalaisittain* (Enfermería de salud mental, prestaciones de las municipalidades)
- *Psykiatrinen polikliininen tutkimus. Sisä-Savon mielenterveystulosalueen avohoidon palvelutuote* (La investigación psiquiátrica ambulatoria. Servicios ambulatorios de salud mental de Sisä-Savo)
- *Raportointipohja Tammikuu, Touko, Syys 2009.* (Informe Enero, Mayo, Septiembre 2009).
- *Sisä-Savon mielenterveystyön tulosalueen avohoidon toimintasuunnitelma vuodelle 2009* (Plan de acción para la división de pacientes ambulatorios de salud mental. de Sisä-Savo 2009)
- *Talousarvo 2009* (Presupuesto económico 2009)
- *Talousarvo 2010* (Presupuesto económico 2010)
- *Tavoitesuoritteet, oma toiminta* (Cumplimiento de los objetivos trazados, su tendencia)
- *Terveysthuollon maksut* (Tasas por el cuidado de la salud)
- *Toimintasuunnitelma vuodelle 2010. Mielenterveystyön tulosalue. Luonnos 22.7* (Plan de Acción para 2010. División de Salud Mental. Proyecto de 22-7)

## 6) Entrevistas realizadas

PELTONEN E., doctora enfermera especializada en Ciencias de la Enfermería y Administración de la Salud (26 de diciembre de 2009); En <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/ISBN978-951-27-1227-4epeltonen.htm> se puede encontrar un resumen de las conclusiones más relevantes de su tesis doctoral

REUNANEN M., profesora en la Escuela de Enfermería de DIAK (escuela Sisälähetysseuran "sisis", en Pieksämäki). Tres entrevistas seriadas durante el periodo de investigación (Octubre-Diciembre 2009)

HUTTUNEN S., (enfermera de la USM de Suonenjoki). Dos entrevistas durante el periodo de investigación (Octubre-Diciembre 2009)

SIMONEN A., jefa de enfermería de las unidades de salud mental en Sisä-Savo (2 de Noviembre de 2009)

*Esta comunicación es fruto de la beca BE-10/09 de la bolsa de ampliación de estudios para financiar las estancias breves en centros de investigación nacionales y extranjeros en el año 2009 de la Oficina de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Consellería de Sanidad (Comunidad Valenciana)*