



PLAN DE CUIDADOS A UN PACIENTE DE NEUROCIROUGÍA

UNA COMPARACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS SANITARIOS DE ESPAÑA Y
FINLANDIA



TRABAJO DE FIN DE GRADO

ALEJANDRO VEGA PÉREZ

TUTORA: NIEVES MARTA DÍAZ GÓMEZ

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud Sección Enfermería

Sede de Tenerife

Universidad de La Laguna

Curso 2019 – 2020

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN.	2
1.1. ¿Qué es el Sistema Sanitario?	2
1.2. Sistema Nacional de Salud.	3
1.3. Modelos sanitarios.	4
1.3.1. <i>Modelo Beverige</i>	5
1.3.2. <i>Modelo Bismark</i>	6
1.3.3. <i>Análisis comparado de los modelos sanitarios</i>	8
1.4. Sistema Sanitario de Finlandia.	10
1.4.1. <i>KELA</i>	12
1.4.2. <i>Reembolso de la seguridad social y farmacéutico.</i>	13
1.4.3. <i>Copago en finlandia</i>	14
1.5. Sistema Sanitario de España.	14
1.5.1. <i>Evolución del sistema sanitario en el siglo xx</i>	17
1.5.2. <i>Ley General de Sanidad</i>	18
1.6. Análisis comparado de los sistemas sanitarios de España y Finlandia. 20	
1.6.1. <i>Similitudes entre los sistemas sanitarios español y finés</i>	20
1.6.2. <i>Aspectos diferenciales entre los sistemas sanitarios español y finés</i>	21
2. COMPARACIÓN DE DOS PLANES DE CUIDADOS ENTRE ESPAÑA Y FINLANDIA.	22
2.1. Tumor cerebral	22
2.2. Datos del paciente.	23
2.2.1. <i>Historia actual</i>	24
2.2.2. <i>Valoración del paciente en el postoperatorio</i>	25
2.3. Plan de cuidados en finlandia.	29
2.4. Plan de cuidados en españa	31
2.4.1. <i>Agrupación de datos en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon</i> ..	31
2.4.2. <i>Diagnósticos, intervenciones y objetivos enfermeros</i>	33
3. CONCLUSIONES.	41
4. BIBLIOGRAFÍA.	42
5. ANEXO	48
5.1. Anexo 1: Escala Rafaela	48

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. ¿Qué es el Sistema Sanitario?

Los Sistemas Sanitarios de los países de la UE son parte de los altos niveles de protección y cohesión social en Europa. Son variados y reflejan las diferentes opciones sociales (1). Existen dos tipos de definiciones de Sistema Sanitario o Sistema de salud:

- Desde el punto de vista de la sociología, se define como “un conjunto de mecanismos sociales cuya función es la de transformar los recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad” (2)(3).
- Según la OMS, se trata de un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo es mejorar la salud en los hogares, lugares de trabajo, lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial (3)(4)(5).

Los Sistemas Sanitarios han de cumplir una serie de cualidades, éstas han de ser (3):

- Sistema universal, es decir, que dé cobertura a toda la población.
- Tener atención integral, tanto higiene y salud mental, como medicina preventiva y de atención primaria.
- Presentar equidad en la distribución de recursos.
- Ser eficiente. Debe aportar mejores prestaciones y el mejor nivel de salud al menor coste.
- Ha de ser un sistema con flexibilidad.
- Participación ciudadana en la planificación y gestión del sistema.

Los Sistemas Sanitarios están formados por los profesionales que actúan y por las medidas que se usan para promover, restablecer o mantener la salud (4). Estos sistemas han de centrarse en el paciente, así como, de atender a sus necesidades. Además, los sistemas deben ser sostenibles desde un punto de vista financiero (6). Los distintos objetivos que se persiguen en los servicios consisten en la efectividad, la satisfacción, la equidad y la eficacia. Considerando estos objetivos, podemos pensar en cuatro funciones básicas que gobiernan los procesos de interacción (7):

- La financiación de los sistemas.
- La regulación.
- La gestión.
- La utilización.

El problema de alcanzar sus objetivos es que (8):

- Éstos no son únicos ni universales.
- El interés único explicitado suele ser protección de la salud.
- No todos los sistemas tienen definidos los objetivos que han de alcanzar.

En las últimas décadas, los Sistemas Sanitarios de Europa se han enfrentado a unos retos comunes (1):

- Población. La población europea está envejeciendo y está expuesta a diferentes enfermedades crónicas, por lo que conlleva a una demanda mayor de asistencia.
- Costes en tecnología y medicamentos. Éstos aumentan y suponen una carga para la hacienda pública.
- Profesionales sanitarios. Los profesionales se encuentran distribuidos de manera desigual, con una escasez en algunas áreas de atención.
- Acceso a la asistencia sanitaria. No se distribuye de forma igualitaria, por lo que provoca desigualdades en los resultados sanitarios en toda la sociedad.

Según la OMS, es difícil trasladar la organización de un Sistema Sanitario de un país a otro, por lo que no existen dos sistemas iguales en el mundo (6). Las diferencias relacionadas se deben fundamentalmente a tres aspectos (9):

- La sociedad donde se desarrollan.
- La concepción y diseño del sistema.
- Los objetivos definidos.

1.2. Sistema Nacional de Salud.

El modelo que está integrado es típico de los sistemas europeos que están financiados por impuestos, como es el caso de Reino Unido o los Países Nórdicos; pero también lo es de los países del sur de Europa, como de España, Italia o Portugal, que crearon sus sistemas de seguridad social y, posteriormente, pasaron a financiar sus servicios por impuestos.

El prototipo de los sistemas es el National Health Service (NHS) del Reino Unido. Éste procura la equidad yendo en contra de la “ley de cuidados inversos”. El equivalente en España es el Sistema Nacional de Salud (SNS) (10).

En España, el SNS es el conjunto entre la coordinación de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las CC.AA. Éstas integran las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos de acuerdo con la ley (11).

Con la construcción de este sistema, se pretende abarcar un proceso coherente de los aspectos relacionados con (12):

- La delimitación de la población que debemos atender y a sus características sociodemográficas.
- La oferta sanitaria existente y cómo se organizan en cada CC.AA.
- La utilización que la población ha realizado de lo ofertado.
- Los criterios de calidad aplicados y alcanzados en la prestación de los servicios de aquellos elementos que sean esenciales.
- El gasto que se genera de esta atención.
- Los resultados obtenidos en los denominados resultados intermedios o en la satisfacción por parte de la población.

1.3. Modelos sanitarios.

La provisión de los servicios se estructura según dos ejes: la gestión pública-privada y la gestión centralizada-descentralizada. Todos los países cuentan con un sistema de sanidad de gestión pública que se diferencian entre ellos según los servicios mínimos que prestan a su población. Aunque algunos países no cuentan con servicios privados, éstos pueden estar presentes en la mayoría de los países como un complemento a la pública. Por regla general, en un país coexisten los dos tipos de servicios siendo un sistema sanitario mixto.

En las últimas décadas, los gobiernos de los diferentes países han realizado la descentralización de sus responsabilidades fiscales, políticas y administrativas a los gobiernos regionales o locales. Por este modo, se han creado gobiernos subcentrales con poder y recursos suficientes para poder realizar gestiones efectivas del Sistema Sanitario sobre unas bases de gestión sanitaria. En las últimas dos décadas, la aparición de la descentralización ha sido el caso de España con las transferencias a las Comunidades Autónomas (9).

En la práctica los sistemas sanitarios se agrupan en torno a los siguientes Modelos Sanitarios (2):

- a) Liberal: la salud es considerada como un bien de consumo, que no es necesaria que esté protegida por poderes públicos en toda su amplitud. El Estado tiene la responsabilidad de atender a grupos más carenciados y vulnerables a las contingencias de la enfermedad con la mínima contribución financiera al sistema por parte del Estado.

En cuanto a los grupos poblacionales (medios y altos) se adhieren a compañías de seguros privados o contratan al proveedor de prestación médica de forma directa. Usar estos servicios se basa en la oferta de la ley y demanda.

Este modelo es característico de Estados Unidos.

- b) Socialistas o Estadista: las prestaciones de este modelo se dan en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad para toda la población. Su financiación proviene de los presupuestos generales del Estado. El sector privado es inexistente.
- c) Mixto: este modelo es común en los países europeos y latinoamericanos. Este se define por contribuir en el sector público y privado en la gestión del sistema. Dependiendo del país, la participación de ambos sectores difiere dándole características propias en la financiación, los modos de provisión y su funcionalidad, además, en los distintos niveles de asistencia.

En este trabajo, nos centraremos en el entorno europeo. En Europa existen dos tipos de modelos básicos de sistema sanitario: El modelo Beveridge y el modelo Bismarck (6).

1.3.1. Modelo Beveridge.

El modelo inglés llamado Beveridge está inspirado en el informe Beveridge de 1942 (2)(10). Su punto de origen histórico se encuentra en vigor en el Reino Unido (9)(10).

El principio de este modelo se basa en que “toda persona tiene derecho al mejor tratamiento médico existente, fueran cuales fuesen sus medios económicos” (9). En cuanto a la financiación, ésta es pública a través de impuestos generales, su provisión también es pública. Además, para garantizar el principio de atención gratuita, extendida a toda la población, para que así se consiga la cobertura universal de enfermedad.

Este tipo de sistema se originó por pequeñas iniciativas de seguridad social. Su financiación fiscalizada fue asumiendo cada vez más responsabilidades a través de los impuestos, hasta cubrir a toda la población. Los hospitales pertenecen al colectivo y, en cuanto a los médicos de hospitales públicos, tienen condición de asalariados.

Este modelo tiene un principal punto débil, éste se trata de que la libertad de elección del paciente está restringida existiendo problemas de accesibilidad. Esto se refiere a la longitud de las listas de espera que se debe a la falta de inversión y la burocracia de la organización (9)(10).

Después de la Segunda Guerra Mundial, este modelo se extendió inmediatamente a Suecia, Noruega y Dinamarca. Desde 1980, se extendió a España, Italia, Grecia y Portugal (9).

En cuanto a las características de este modelo, se exponen a continuación (2)(13)(14):

- Es financiada a través de impuestos y presupuestos del Estado, por lo que su financiación es pública.
- La prestación se da en condiciones de universalidad, equidad, gratuidad y libertad de acceso de toda la población.
- La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y se descentraliza en CC.AA. y municipios que deciden y elaboran planes de salud evaluables y de cumplimiento obligado.
- Amplio control parlamentario sobre el sistema.
- Los medios de producción son estatales, aunque existe una parte del sector privado, los pacientes participan en el pago.
- Tiene un presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias.
- La atención se basa en el médico general que es quien controla la derivación a los especialistas y es responsable de una lista de población.
- Médicos remunerados por salario o capitación.
- Existen algunos copagos por parte de los usuarios.

1.3.2. *Modelo Bismark.*

Este modelo es el más antiguo y avanzado que se inspira en la legislación social de Alemania en 1883 (2). Su origen histórico se sitúa en los gremios y cofradías de la Edad Media, en el que se ofrecían mediante el pago periódico de una cantidad los servicios de cirujano, botica y entierro. Además, a finales del siglo XIX, el canciller prusiano Bismarck impulsó unos principios para crear un sistema de previsión social, que se destinaba a proporcionar a los trabajadores y familias una protección económica frente a ciertos riesgos, por ejemplo, la enfermedad.

La financiación de este modelo es pública, a través de cotizaciones de trabajadores y empresarios deducidas de las rentas del trabajo. Por lo general, la gestión está centralizada o regionalizada.

El modelo Bismarck es elegido por numerosos países del norte y del centro de Europa, como Francia, Bélgica, Austria, Alemania, Holanda, Luxemburgo y Suiza, entre

otros. Este modelo se encontraba en otros países, como es el caso de España antes de que decidiera adquirir el modelo Beveridge (9)(10).

Las características de este modelo consisten en (2)(13)(14):

- El estado garantiza las prestaciones mediante la financiación por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de impuestos.
- Garantiza una asistencia sólo a los trabajadores que pagaban un seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no “cotizan”.
- Los profesionales son recompensados mediante acto médico y las instituciones reciben un presupuesto global.
- La red de salud pública queda en manos del Estado.
- Los ciudadanos gozan de una sanidad de acceso universal, gratuita y en condiciones de equidad.
- A los “fondos”, que son entidades no gubernamentales reguladas por ley, van a parar los recursos financiados. Además, estos “fondos” gestionan estos recursos.
- Los hospitales y médicos, entre otros, son contratados por los “fondos” para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto.
- Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de los usuarios.

1.3.3. Análisis comparado de los modelos sanitarios (2)(6)(10).

SISTEMA	MODELO BEVERIDGE SISTEMA NACIONAL DE SALUD	MODELO BISMARCK SEGURIDAD SOCIAL
Inspiración	Informe Beveridge (1942) que formaliza la organización adoptada por Suecia en 1930	Legislación social de Alemania de 1883
Concepto	Reconocimiento del derecho de todo ciudadano a la protección de la salud	Conveniencia de cubrir el riesgo de enfermar de los trabajadores
Nivel de cobertura	Universal	Obligatoria inicialmente para los trabajadores (tendente a la universalidad)
Sistema de financiación	Por impuestos (presupuestos generales del estado)	Cotizaciones sociales obligatorias de empresarios y trabajadores
Medios de producción	Básicamente de propiedad pública	Propiedad pública y privada
Prestación de servicios	Básicamente pública	Pública y privada
Países	Reino Unido, Italia, España. Grecia, Portugal, Noruega, Finlandia, Suecia y Dinamarca	Alemania, Francia, Suiza, Holanda, Turquía, Austria, Bélgica, Luxemburgo

MODELO BEVERIDGE:

- Los países con este modelo tienen sistemas integrados con carácter general, los servicios son de patrimonio y la gestión del financiador (Gobiernos).
- El personal sanitario es empleado público con excepción en la Atención Primaria.
- Consiste en una organización basada en la planificación poblacional y territorial de los servicios sanitarios. Coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociales.

- La atención está basada en medicina de Atención Primaria (médico general de familia, responsable de una lista de población y entrada a especialistas).
- Los médicos generales de familia pueden ser empleados públicos (como España y Finlandia) o también ser profesionales autónomos (Reino Unido, Italia), pero no cobran por acto médico (capitación: pago que se realiza por cada paciente que haya recibido atención) (15)(63).
- Los pacientes deben acudir a su médico general en primer lugar y si es el caso, éste le remite al especialista correspondiente.
- Existencia de importantes listas de espera, cuya importancia varía mucho según los países.
- Satisfacción: grandes variaciones entre países. Muy alta (la mejor) en los países nórdicos (más ejemplares), muy baja en los países en funcionamiento peor (Italia, Portugal) y media en España y R. Unido.
- Gasto sanitario menor (alto grado de control por los gobiernos).

MODELO BISMARCK:

- Contrato entre los sistemas de Seguridad Social y Proveedores sanitarios, públicos (hospitales Públicos Francia) o privados.
- El personal sanitario pertenece a una gran variedad de entidades diferentes.
- El sistema no favorece la planificación organizativa ni la coordinación entre los niveles asistenciales.
- No existe formalmente Atención Primaria (aunque las reformas de Alemania y Francia favorecen el modelo médico general de familia).
- En la medicina no-hospitalaria trabajan tanto generalistas como especialistas. Profesionales autónomos que cobran por acto médico (en algunos casos también los médicos de los hospitales).
- Las características del sistema y de todos los proveedores determinan una gran libertad de elecciones para los pacientes (tipo de médicos, veces, etc.).
- Listas de espera son prácticamente inexistentes (el mercado de servicios médicos es muy abierto).
- Satisfacción: un alto nivel de satisfacción poblacional con el sistema sanitario, sin variaciones significativas entre países.
- Gasto sanitario más alto (por mayor influencia de la demanda).

1.4. Sistema sanitario de Finlandia.

El sistema sanitario del país finés se encuentra basado en el modelo denominado Beveridge, por lo que cabe encuadrarlo en un Sistema Nacional de Salud. Se encuentra, por tanto, estructurado en una organizativa basada en impuestos obligatorios, para así ofrecer una cobertura universal a la población residente de manera oficial en el país. Para conseguir una óptima gestión del sistema, deben participar, tanto los municipios estatales, como el gobierno central del país.

El encargado de realizar la legislación y la monitorización del cumplimiento de esta, a nivel nacional, es el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud. Sin embargo, se precisa un control local a través de los Comités de Salud Municipales, en conjunto con los Consejos, que no son más que las entidades organizativas de la salud territorial y pública.

Como se expuso anteriormente, la financiación y el gasto sanitario se realiza a través de impuestos, pero actualmente existe un incremento de la financiación privada.

En el año 1980 se impulsa una ley la cual se rige que los médicos deben valorar a los pacientes en un plazo de 3 días, condicionando así que su salario dependa del trabajo que haya realizado. Actualmente, el salario profesional sanitario se abona mediante un sistema mixto, componiéndose en un 60% de salario básico, un 30% de pago caputivo, un 15% de cobro libre y un 5% de pagos locales. Todas estas modificaciones compusieron una mejora en el acceso a los médicos generales y un notable descenso de listas de espera.

Los equipos multidisciplinares en Centros de Salud de Asistencia Primaria son los encargados de realizar la provisión de cuidados de salud, de manera transversal y universal, a la población. Además, se incluyen dentro de sus funciones los cuidados primarios de medicina general, la medicina preventiva y los servicios de sanidad pública.

El Sistema Sanitario de Finlandia, como intento de mejora constante de la calidad de sus servicios, presenta una serie de objetivos (7)(16):

- Proporcionar cuidados de calidad, de manera gratuita, universal, sin distinción de razas o estratos sociales. A esto se le suma la aplicación de mejoras en el acceso, por parte del ciudadano, hacia el servicio sanitario.
- Continuar con medidas de control de costes para el incremento existente en el gasto farmacéutico.
- Mantener e impulsar las Guías de Calidad de Salud Mental.

- Ejecutar la libre elección de médicos de atención primaria y de elección de hospital.
- Atender y dar respuesta a las preferencias de la población que haga uso del sistema sanitario.
- Mejorar la coordinación entre la asistencia primaria y la asistencia especializada.
- Mantener y mejorar la salud, bienestar, capacidad laboral, capacidad funcional y la seguridad de las personas, así como reducir las desigualdades en el ámbito de salud.

En este sistema se incluyen la sanidad pública y la sanidad privada. En cuanto a la pública, la asistencia sanitaria se encuentra organizada y financiada por los municipios. Sus servicios de salud están divididos en Atención Primaria y Atención Especializada. La primera presta servicio en los Centros de Salud, al contrario, la especializada que lo realiza en los hospitales.

Por otro lado, la sanidad privada proporciona una cuarta parte de los servicios sociales y de salud del país (16)(17).

Los proveedores de los servicios privados pueden vender, directamente a los municipios, autoridades municipales o a los clientes, sus servicios. En Finlandia, los fondos públicos son los encargados de subvencionar parcialmente a los servicios de salud privados, puesto que el KELA (el Instituto de Seguridad Social de Finlandia) es quien paga el reembolso de los gastos médicos (17).

Cabe destacar que se trata de un Sistema de Salud de copago. Esto quiere decir que se tendrá que abonar una cantidad al hacer uso de los servicios de salud (18).

En cuanto a la promoción de salud, el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud (MSAH) es quien se encarga de la responsabilidad de guiar y supervisar la promoción de la salud en Finlandia. Ésta se basa en la Ley de Atención Médica, la cual es parte de la actividad de salud pública. Además, también se encuentra regulada por la legislación sobre enfermedades infecciosas, control del tabaco y alcohol (19).

Finlandia es uno de los países pioneros en la utilización de tecnología avanzada en cuidados de pacientes. Esta tecnología ayuda a los profesionales sanitarios a incrementar la seguridad de los cuidados, así como de gestionar los posibles errores que se pudieran cometer con sus tratamientos. Por lo que se crean, combinan y mejoran estas tecnologías y prácticas para así contribuir en la mejora de la salud de los ciudadanos (20). Este país se encuentra entre las tres economías de tecnología

sanitaria más fuertes (21). Ese es uno de los motivos por los que Finlandia es una de las pioneras en el futuro de la asistencia sanitaria (22).

Además, desde los años sesenta, Finlandia fue el primer país en digitalizar los registros nacionales de salud. Gracias a la combinación entre la mentalidad digital y el enfoque que tienen para resolver los problemas sanitarios, además de sus ricos depósitos de datos, les han permitido abordar los diferentes problemas de los pacientes utilizando datos del mundo real.

En el Hospital Universitario de Helsinki se ha integrado, de manera completa, la tecnología digital, los datos y la capacidad intelectual en un ecosistema único y progresista. Este se llama Cleverhealth (21). El Cleverhealth fue fundada en 2017 y consiste en un ecosistema tecnológico de salud, en el que expertos y empresas desarrollan mejores soluciones para el tratamiento y productos de exportación para las empresas (23).

Además, existe otro programa llamado Smart Life Finland en el que se enfoca en dos áreas (22):

- Un enfoque que promueve la salud y bienestar. Estos están relacionados con hogares inteligentes y entornos de vida, nutrición, utilización eficiente de datos, inteligencia artificial y realidad virtual.
- La transformación de las soluciones sanitarias y de los servicios para toda la trayectoria asistencial.

1.4.1. *KELA.*

El KELA o también conocido como el Instituto de Seguridad Social de Finlandia, se trata de una organización gubernamental, la cual proporciona seguridad económica básica a todos los ciudadanos de Finlandia (24). La Comisión Europea define al KELA como una Fundación de Seguros Sociales de organismo autónomo, el cual gestiona el régimen de la Seguridad Social (25).

La finalidad de KELA consiste en proporcionar a la población medios de vida y cuidados adecuados en todas las situaciones. Además, suministra un ingreso básico en situaciones en las que una persona no pueda asumir la responsabilidad que cubre a todos los residentes o personas que trabajen en el país. En ciertas circunstancias, puede dar cobertura a una persona en el extranjero (26).

Además, aunque es una institución independiente, con su propia administración y finanzas, se encuentra bajo la supervisión del Parlamento (27).

Por último, esta entidad reembolsa parte de los honorarios de los médicos privados y los costos de investigación y tratamiento al paciente. Además, existe una compensación por el cuidado dental privado y paga los medicamentos recetados por el médico (28).

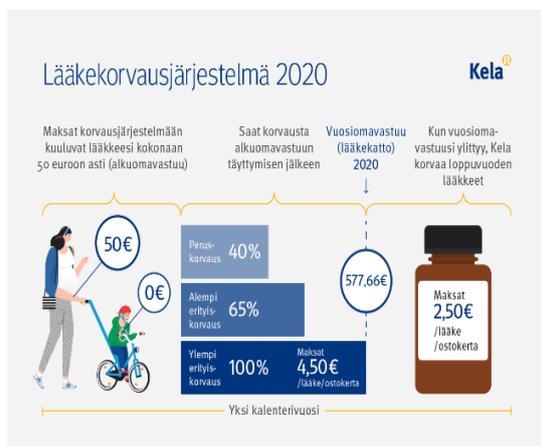
1.4.2. Reembolso de la seguridad social y farmacéutico.

En Finlandia, la Seguridad Social reembolsa algunos gastos de forma parcial. Estos gastos se tratan de:

- Los costes de los servicios por asistencia sanitaria privada, siguiendo un baremo establecido.
- Los gastos de viajes que se tengan que realizar debido a una prueba o por tratamiento.
- Los medicamentos que el médico haya recetado.

Por otro lado, no son reembolsables las tarifas oficiales facturadas por hospitales o centros de salud municipales del paciente (29).

En cuanto al reembolso farmacéutico, se paga cuando se haya cumplido un pasivo (conjunto de deudas y obligaciones pendientes de pago (30)) inicial.



El pasivo inicial de reembolso de los medicamentos es de 50€ por año civil. El paciente tendrá que pagar sus medicinas hasta que se cumpla el pasivo inicial. A partir de entonces, se le reembolsará por los medicamentos que compre. Esto solo se aplica a partir de que el paciente cumpla 19 años, por lo que los niños y adolescentes no tendrán que pagar este pasivo.

Existen varias categorías de reembolso de los medicamentos:

- Asignación básica: En el que se reembolsará el 40%.
- Compensación especial inferior: En el que se reembolsará el 65%.
- Compensación especial superior: En el que se reembolsará el 100%, aunque el paciente pagará 4'50€ por su medicación en cada compra.

El pasivo anual que se va acumulando a medida que se realiza la compra de medicación. Para este año 2020, es de 577'66€. Si se supera esta cantidad, se obtiene el derecho a una compensación adicional. Esta compensación hará que el paciente solo

tenga que pagar 2'50€ durante el resto del año. Cuando se haya pasado un año, el pasivo acumulado volverá a cero y se empezará a acumular a medida que se compre sus medicamentos (31).

1.4.3. Copago en Finlandia.

Un copago se trata de la cantidad de dinero que ha de pagar un paciente, con seguro médico, por cada servicio de asistencia sanitaria (32).

Los servicios sociales y sanitarios públicos, en Finlandia, pueden ser (29):

- Gratuitos.
- La cuota a cargo del paciente es la misma para todos.
- La cuota a cargo del paciente se determina según el nivel de ingresos y la situación familiar.

En cuanto a las cuotas, existen diferentes tipos:

- Las cuotas máximas. Estas cuotas son las que se cobran por los servicios sanitarios municipales que se encuentran estipuladas en la legislación. Se pueden optar por facturar una cuota inferior o prestar los servicios gratuitamente, pero no se podrá cobrar cuotas superiores al coste de los servicios.
- Las cuotas por servicios públicos. Estas cuotas se sujetan a un límite máximo anual. Cuando se alcanza, el paciente no tendrá que hacer el pago de cuotas. Pero, ésta, no se aplicará a la asistencia institucional de corta duración.
- Las cuotas y tarifas en la práctica privada. El KELA reembolsa parte de los honorarios de médicos privados y los gastos de pruebas y tratamientos según un baremo establecido.
- En cambio, no serán reembolsables los gastos de los servicios médicos prestados por proveedores del sector público ni los relativos a la estancia ni el tratamiento en un hospital o centro público.
- Por último, el KELA reembolsará los medicamentos recetados, como anteriormente se ha explicado.

1.5. Sistema sanitario de España.

En 1942 se implantó el Seguro Obligatorio Enfermedad en España. Este seguro se implanta como un sistema de protección social el cual pasó a ser gestionado por el antiguo Instituto Nacional de Previsión dependiente del Ministerio de Trabajo. Éste se trataba de un sistema de tipo Seguros Sociales (modelo Bismark).

En la década de los 70 se produjo una expansión del seguro (Seguridad Social). Al final de la década, llegó a cubrir al 80% de la población (33).

En 1986, surge el sistema español para dar cumplimiento a la Constitución de 1978. Se configuró del siguiente modo:

- El Estado es el financiador y productor de servicios médicos. A través de las CC.AA. con una estructura descentralizada.
- El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, son los principales organismos nacionales encargados a nivel nacional de planificar y coordinar:
 - o El sistema da salud.
 - o Ordenación de las profesiones sanitarias.
 - o Desarrollo y ejecución de la política farmacéutica. Además de la financiación pública y fijación del precio de medicamentos y productos sanitarios.

Las CC.AA. cuentan con un Servicio de Salud. Este servicio es una estructura administrativa y de gestión, en la que se integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, tanto en la Atención Primaria como la Atención Especializada.

En general, cada Área de Salud se divide en Zonas Básicas. En algunas CC.AA. existen estructuras organizativas intermedias. Todas cuentan con un hospital y centros de Atención Primaria.

Desde los '90, se ha intentado una unificación e integración funcional del hospital y los centros especialistas dentro del Área Sanitaria. Toda la población tiene el derecho a una protección de la salud mediante el Sistema Nacional de Salud, exigiéndose la condición de asegurado (34).

La OMS ha evaluado a nuestro Sistema Sanitario como uno de los mejores sistemas del mundo, según diversos parámetros que incluyen resultados en salud. Además, la Atención Primaria ha sido comparada con otras naciones y, se incluye también, entre las mejores (35).

La asistencia sanitaria tiene una cobertura universal, es decir, se extiende a toda la población. Aunque se dan algunas excepciones (36):

- En cuanto a los funcionarios de la Administración del Estado, Entidades Locales, Justicia y Fuerzas Armadas tienen un régimen a través de mutualidades

estatales. Esto puede concertar la asistencia con entidades de seguros privados o con la Seguridad Social.

- Existen entidades colaboradoras. Estas entidades prestan una asistencia personalizada a sus beneficiarios.
- Parte de la población han optado por suscribirse en pólizas de asistencia sanitaria con una compañía de seguros privada.

La financiación del Sistema Sanitario de España y provisión son públicas. Además, se complementa con la privada (36). La mayor parte del gasto sanitario se paga a través de fondos públicos, corresponde a un 71%. Un 5'5% equivale a seguros privados. El resto, el 22'4%, se deben a los gastos sufragados por los ciudadanos (37).

Se distinguen dos niveles asistenciales: la Atención Primaria y la Atención Especializada (33)(37).

- Atención Primaria: pone a disposición de la población una serie de servicios básicos. Estos servicios incluyen actividades preventivas, educación para la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Atención Especializada: comprende actividades más complejas como diagnósticos, terapéuticas o de rehabilitación.

La estructura organizativa del sistema se clasifica en (37):

- El Gobierno Central.
 - o Legislación básica y coordinación SNS.
 - o Asuntos sanitarios internacionales.
 - o Política farmacéutica.
- Comunidades Autónomas.
 - o Legislación sanitaria autonómica.
 - o Aseguramiento.
 - o Planificación de servicios sanitarios.
 - o Gestión y prestación del servicio.
- Autoridades locales.
 - o Saneamiento.
 - o Colaboración en la prestación de servicios sanitarios y gestión directa de servicios de salud pública.

Las prestaciones que aportan el Sistema Sanitario son (36):

- Una asistencia de medicina general y de las especialidades en régimen ordinario y de urgencia.
- El tratamiento y estancia en centros y establecimientos sanitarios.
- La prestación farmacéutica extrahospitalaria.
- Prestaciones sanitarias como prótesis, vehículos para inválidos y oxigenoterapia a domicilio.
- Transporte de enfermos.
- Rehabilitación.

1.5.1. Evolución del sistema sanitario en el siglo xx (38).

Período 1908-35: *Estructura general:* El instituto Nacional de Previsión coordina seguros sociales inconexos. *Financiación:* Estado y cotizaciones. *Beneficiarios/as reales:* Algunos/as trabajadores manuales. *Modelo al que se tiende:* Sistema integral de seguros sociales.

Período 1936-43: *Estructura general:* Asistencia sanitaria en la Guerra Civil. Se siguen creando seguros. *Financiación:* Ley de Seguridad Social. *Beneficiarios/as reales:* Los soldados en el frente, y los/as civiles en la retaguardia. *Modelo al que se tiende:* Hacia una coordinación del sector público bajo el Ministerio de Trabajo.

Periodo 1944-66: *Estructura general:* Seguro Obligatorio de Enfermedad, en el marco de la Ley de Bases de la Seguridad Social. *Financiación:* Obra Sindical de Previsión Social, cotizaciones y mutualidades laborales. *Beneficiarios/as reales:* Ministerio de Trabajo, líderes del Movimiento y productores económicamente débiles. *Modelo al que se tiende:* Un sistema de obreros industriales

Periodo 1967-75: *Estructura general:* Asistencia sanitaria en la Seguridad Social, organizada en la Ley de Bases de la Seguridad Social. *Financiación:* Trabajadores y empresarios fundamentalmente. *Beneficiarios/as reales:* Grupos profesionales, hospitales y su equipamiento, industria farmacéutica, sector privado concertado. *Modelo al que se tiende:* Sistema de toda la población activa, empezando por jornaleros y continuando por clases media urbanas.

Periodo 1976-81: *Estructura general:* Comisión Internacional para la Reforma Sanitaria, que en 1978 crea el INSALUD. *Financiación:* Creciente por parte de las empresas. *Beneficiarios/as reales:* Industria farmacéutica y sector privado concertado.

Modelo al que se tiende: Se compete entre dos modelos: privatización, la UCD; Servicio Nacional de Salud, la izquierda.

Período 1982-85: *Estructura general:* INSALUD, pero diseñándose el Servicio Nacional de Salud (público y con control del sector privado). *Financiación:* Crecimiento por parte del Estado. *Beneficiarios/as reales:* Disminuye algo la corrupción, y se para la privatización. *Modelo al que se tiende:* Unificación del sector público, con control del gasto, y reforzando la APS.

Período 1986-90: *Estructura general:* Desarrollo de la Ley General de Sanidad (aprobada en abril de 1986) y del Sistema Nacional de Salud. *Financiación:* Hacia los Presupuestos Generales del Estado (a largo plazo). *Beneficiarios/as reales:* La población en general y el sistema sanitario. *Modelo al que se tiende:* Universalización del sistema (toda la población), descentralización del sector público (CCAA).

Período 1990-93: *Estructura general:* Consolidación del SNS y transferencias a las Comunidades Autónomas. *Financiación:* Hacia los Presupuestos Generales del Estado (a largo plazo). *Beneficiarios/as reales:* Población total. Atención a enfermos/as del sida. *Modelo al que se tiende:* Concentración de recursos públicos en el SNS; coexistiendo con un sector privado competitivo.

Período 1994-99: *Estructura general:* SNS con planificación interterritorial. *Financiación:* Recortes del presupuesto e inicio de tickets moderados (pago de un peaje por utilizar un servicio, es decir, si querían visitar a su médico, se veían en la obligación de abonar una cantidad para ello). *Beneficiarios/as reales:* Universalización de la población. Creciente beneficio del personal del sector sanitario. *Modelo al que se tiende:* Público/privado. Atención nueva a ancianos/as y pacientes crónicos. Tendencias a la privatización.

1.5.2. Ley General de Sanidad.

Según el artículo 1 de la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, esta ley tiene como objetivo la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que se encuentra recogida en el artículo 43 de la Constitución.

En el artículo 1 de esta Ley, también se expone que todos los españoles y ciudadano extranjeros que tengan establecida su residencia en el país tienen el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. No obstante, los extranjeros no residentes en España, así como a los españoles que residen fuera del territorio nacional,

se les tendrá garantizado el derecho acorde a las leyes y convenios internacionales que se hayan establecido.

Esta Ley presenta una serie de principios generales. Algunos principios generales importantes, recogidos en los diferentes artículos de la misma, se tratan de (39):

- Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Se extenderá a toda la población española la asistencia sanitaria pública. Además, el acceso y las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad.
- La superación de los desequilibrios territoriales y sociales es como se encontrará orientada la política de salud.
- Las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía.
- Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:
 - o A la promoción de la salud.
 - o A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
 - o A garantizar que las acciones sanitarias que se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades. No sólo a la curación de las mismas.
 - o A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
 - o A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.
- Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de sus derechos y deberes.

Además, la Ley General de Sanidad ha posibilitado el tránsito del antiguo modelo de Seguridad Social al actual modelo de Sistema Nacional de Salud, que está financiado con impuestos y es de cobertura prácticamente universal. A raíz de esta situación, se han producido cambios en el sistema que culminaron en el año 2002 con la descentralización total de competencias en materia de salud en las Comunidades Autónomas (6).

La LGS recoge los aspectos básicos de la trayectoria del actual sistema sanitario. Estos aspectos consisten en (33) (37):

- Universalización de la asistencia sanitaria pública.
- La financiación a través de impuestos, cotizaciones y tasas.
- Adopción del modelo de Sistema Nacional de salud. En este se integran las prestaciones sanitarias cuya responsabilidad recae en los poderes públicos.
- Creación de Áreas de Salud.
- Reforma de la Atención Primaria.
- Reordenación de los Niveles asistenciales.
- Posibilidad de imponer tasas por determinados servicios.

1.6. Análisis comparado de los sistemas sanitarios de España y Finlandia (13)(14).

1.6.1. Similitudes entre los sistemas sanitarios español y finés.

Las similitudes entre ambos sistemas se recogen a continuación:

- El % de población con cobertura sanitaria, que está financiada con fondos públicos, corresponde a un 100% de la población.
- La fuente de financiación predominante del gasto sanitario público es a través de impuestos.
- El modo de provisión predominante en la Atención Primaria es público.
- Las libertades de elección de médico en Atención Primaria, de médico en Atención Especializada Ambulatoria y de elección de hospital están limitadas. Aunque no es habitual la libertad de elección de médico en el hospital.
- En ambos sistemas, la Atención Primaria es filtro para el acceso a especialistas.
- Existen listas de espera en la agenda pública.
- Los pacientes tienen que estar registrados con un médico de Atención Primaria.
- La organización de Atención Primaria se basa en grupos de médicos y otros profesionales de la salud.
- En cuanto al copago, existe copago en fármacos con recetas, pero no en las pruebas de laboratorio.
- La remuneración de los médicos en Atención Primaria, de los especialistas ambulatorios y especialistas hospitalarios, consiste en un salario. A excepción de los médicos en Atención Primaria en España, en la que se remunera de manera mixta entre un salario y capitación (63). En España tienen un cupo asignado.

1.6.2. Aspectos diferenciales entre los sistemas sanitarios español y finés
(13)(14).

PAÍS	ESPAÑA	FINLANDIA
Cartera de servicios definida a nivel central	Si (positiva)	No
% de provisión predominante en Atención Primaria (AP)	75%	89%
Organización de Atención Especializada Ambulatoria (AEA)	Centros especialistas/ Consultas externas de hospitales públicos	Consultas externas de hospitales públicos
Copago en AP	No	Sí
Copago en AEA	No	Sí
Copago en Ingreso Hospitalario	No	Sí
Copago en Urgencias	No	Sí
Copago de diagnósticos por imagen	No	Sí
Médicos en ejercicio	3.8 por cada 1000 hab.	3.3 por cada 1000 hab.
Enfermeras en ejercicio	5.2 por cada 1000 hab.	10.3 por cada 1000 hab.
Camas en hospitales	3.1 por cada 1000 hab.	5.5 por cada 1000 hab.
Altas en hospitales	102.5/1000 habitantes	181.5/1000 habitantes
Calidad percibida en la Atención Sanitaria	44% de la población considera que la atención en su país es mejor que la de otros países UE	51% de la población considera que la atención en su país es mejor que la de otros países UE
Gasto sanitario total	9.4% del PIB	9.1% del PIB
Gasto en farmacia	1.6% del PIB	1.2% del PIB

2. COMPARACIÓN DE DOS PLANES DE CUIDADOS ENTRE ESPAÑA Y FINLANDIA.

Antes de realizar la comparación entre los dos planes de cuidados entre España y Finlandia, los datos recogidos, para la realización de estos dos planes, corresponden a un paciente de la unidad de Neurocirugía del Hospital TAYS en Tampere (Finlandia) donde realicé parte de mis prácticas en el primer cuatrimestre. Este paciente estuvo ingresado debido a una recidiva de tumor cerebral (glioma de grado III).

2.1. Tumor cerebral

Un tumor cerebral es un crecimiento de células anormales en el tejido del cerebro. Pueden ser benignos o malignos (40). Los tumores pueden ser divididos en dos grandes grupos:

- Lesiones primarias: Estas se originan de células pertenecientes al sistema nervioso central.
- Lesiones secundarias: Se origina en otras partes del cuerpo y posteriormente se implantan en el cerebro como metástasis

Según la OMS, las lesiones primarias pueden clasificarse en cuatro grados, siendo considerados de “bajo grado” los tumores con clasificación I y II y, de “alto grado”, el III y IV (41).

Los síntomas tumorales varían según la localización en el cerebro. En este caso, en el paciente el tumor se localizaba en el lóbulo frontal izquierdo. Los síntomas de este tumor en este lado del cerebro son (42):

- Parálisis o disminución de fuerza en la mitad del cuerpo (hemiplejía izquierda o derecha).
- Mareo.
- Alteraciones en el lenguaje.
- Alteraciones de la memoria.
- Alteraciones de la personalidad.
- Pérdida de olfato.

El paciente presentaba los síntomas de alteración en el lenguaje y alteración de su memoria.

Glioma de grado III

Los gliomas son tumores que se generan en el sistema nervioso central y que se distinguen según las células de origen en el cerebro y el grado de agresividad (43). Este tipo de tumor no solo se desarrolla en el cerebro, sino que también en la médula espinal (44).

Hay que destacar que esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y los 50 años y con un promedio de supervivencia de 3 años (45).

Los síntomas varían según el tumor, tamaño, ubicación y velocidad de crecimiento. Los signos y síntomas más comunes son (44):

- Dolor de cabeza.
- Náuseas y vómitos.
- Confusión o disminución en la función cerebral.
- Pérdida de la memoria.
- Cambios de personalidad o irritabilidad.
- Problemas de equilibrio.
- Incontinencia urinaria.
- Problemas de la visión, como visión borrosa, doble visión o pérdida de visión.
- Dificultades del habla.
- Convulsiones, especialmente en personas sin antecedentes de convulsiones.

En este caso, el paciente presentaba los síntomas de pérdida de memoria, dificultad en el habla y convulsiones sin tener antecedentes de ellas.

2.2. Datos del paciente.

MMA de 48 años, 182 cm de estatura y 88 kg de peso. Trabajaba como cocinero en Hollola (Finlandia).

Antecedentes personales.

- Alérgico a la penicilina y a los medicamentos que contengan Betalactam.
- Fumador desde hace 36 años. Hasta el 2015 fumaba más de 35 cigarrillos al día. En 2019 redujo la cantidad a 20 cigarrillos al día.
- Hipercolesterolemia e hipertensión. Su médico de cabecera le ha recomendado que tome medicación para controlar los niveles elevados de colesterol y de tensión, pero él se niega a seguir el tratamiento propuesto.
- El paciente no realiza ningún deporte, tan solo se encarga del cuidado del exterior de su hogar. Refiere no tener ningún problema para dormir.

- Discapacidad visual. Presenta una desviación ocular derecha. Y en su vida diaria usa gafas de vista.

En 2015 se le diagnosticó Glioma de grado III, tras sufrir dos crisis epilépticas (una en febrero y la otra en agosto de 2015). Hay que destacar que el paciente consume una gran cantidad de alcohol. El 11 de septiembre del mismo año, se le realizó un TAC y una resonancia magnética. En la primera prueba se descubrió que el paciente tenía una expansión de señal heterogénea y ligeramente frontal. En cuanto a la resonancia, constató la existencia de un tumor en el cuerpo caloso que se extendía subcorticalmente hacia la circunvolución superior frontal, incluida la circunvalación frontal media con alguna neoplasia intraaxial aferente con cierto grado de heterogeneidad. Se trataba de un Glioma de bajo grado.

El 28 de septiembre del mismo año, se le volvió a realizar otra resonancia magnética. En esta prueba se mostraba un cambio en la superficie mesial del segmento frontal izquierdo. Era claramente expansiva, con una dimensión de 3 x 4 cm. Al día siguiente de realizar esta prueba, se le practicó una craneotomía y una extirpación del tumor en el cuerpo caloso. El estudio anatomopatológico confirmaba que se trataba de una recidiva a un Glioma de grado III (oligoastrocitoma anaplásico de grado III)

Posteriormente, el paciente recibió radioterapia. Después de este tratamiento, recibió seis ciclos de Temozolomida (quimioterápico utilizado para este tipo de enfermedad (46)), que finalizaron el 29 de julio de 2016. Desde ese momento continuó en seguimiento.

2.2.1. Historia actual

El 16 de julio de 2019 se le hizo una resonancia magnética y se observó la progresión de la enfermedad. En el lado dorsal de la cavidad de resección del lóbulo frontal izquierdo, se encontró un tumor. La opción que le ofreció su neurocirujano fue la de volver a ser operado.

El 22 de octubre del mismo año, se procedió a la cirugía pertinente. Anteriormente, el paciente tuvo nuevas crisis epilépticas, pero sin ninguna pérdida de conciencia o convulsiones. Aunque según su esposa, con la que convive, refiere que su memoria inmediata es pobre.

Pude presenciar esta operación, la cual transcurrió sin ningún problema y se logró extirpar alrededor de 2 cm de tejido tumoral.

2.2.2. Valoración del paciente en el postoperatorio

En el momento de la valoración al día siguiente de la intervención, las constantes del paciente fueron:

- Tensión arterial: 176/96 mmHg (Es normalmente elevada).
- Pulso: 76 lpm.
- Temperatura: 36'7°C.
- Saturación: 97%.
- Glucosa: 5'1 mmol/ml (A partir de 8 mmol/ml se le administra insulina. Este parámetro se controlaba debido a que el paciente estaba siendo tratado por Dexametasona). A continuación, se muestra una tabla de equivalencias.

Glucosa					
mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	mg/dl
0,6	10	11,7	210	22,8	410
1,1	20	12,2	220	23,3	420
1,7	30	12,8	230	23,9	430
2,2	40	13,3	240	24,4	440
2,8	50	13,9	250	25	450
3,3	60	14,4	260	25,5	460
3,9	70	15	270	26,1	470
4,4	80	15,5	280	26,6	480
5	90	16,1	290	27,2	490
5,6	100	16,7	300	27,8	500
6,1	110	17,2	310	28,3	510
6,7	120	17,8	320	28,9	520
7,2	130	18,3	330	29,4	530
7,8	140	18,9	340	30	540
8,3	150	19,4	350	30,05	550
8,9	160	20	360	31,1	560
9,4	170	20,5	370	31,6	570
10	180	2,1	380	32,2	580
10,5	190	21,6	390	32,7	590
11,1	200	22,2	400	33,3	600

Imagen 1: Equivalencias de niveles de glucosa en mmol/l y mg/dl (47)

No requiere de oxigenoterapia ya que su saturación es de 97%, por lo que no tiene gafas nasales ni ventimask.

Tiene la piel comprometida debido a la herida quirúrgica que presente en la cabeza y, además, tiene una vía en la flexura del brazo derecho puesta durante la operación y se le mantuvo durante el correspondiente ingreso.

Puede caminar por sí mismo y no necesita ayuda para las actividades de la vida diaria como en la higiene, vestimenta o hacer sus necesidades.

Ocasionalmente, tiene una leve dificultad para nombrar, pero antes de la operación hablaba con fluidez y no busca palabras.

Al paciente se le realizaron dos escalas:

- La **Escala Rafaela** (48) (una escala propia de la unidad de Neurocirugía del Hospital TAYS de Tampere para saber cuánta ayuda necesita un paciente en su vida diaria).

Esta escala es un sistema de intensidad y dotación de personal de enfermería que proporciona información sobre:

- o La necesidad de atención individual de los pacientes.
- o La carga de trabajo de enfermería y bienestar laboral.
- o Los gastos de personal de enfermería.
- o La productividad del personal de enfermería.

En base a esta escala El trabajo de enfermería asignado a un paciente (tanto directo como indirecta) se ha dividido en seis áreas de la atención de enfermería:

1. Planificación y coordinación de la atención de enfermería.
2. Estado de salud.
3. Medicación y nutrición.
4. Higiene y excreción.
5. Actividad, sueño y descanso.
6. Tratamiento después visitas ambulatorias y apoyo emocional.

Cada área de la atención de enfermería se mide en términos de cuatro diferentes niveles de exigencia. Se selecciona uno de los cuatro niveles de requisitos para cada área de atención de enfermería en base al paciente:

- o A = 1 punto Necesidad de cuidados relativamente bajo.
- o B = 2 puntos Necesidad ocasional de atención.
- o C = 3 puntos Necesidad frecuente y exigente para el cuidado.
- o D = 4 puntos Necesidad continua y muy exigente para el cuidado.

La selección del nivel requerido se basa en la cantidad total de atención que le paciente ha recibido en cada área.

Las categorías de clasificación del paciente son las siguientes:

- o Grado I 6-8 puntos Necesidad mínima de cuidados.
- o Grado II 9-12 puntos Necesidad moderada de cuidados.
- o Grado III 13-15 puntos Alta necesidad de cuidados.
- o Grado IV 16-20 puntos Requieren cuidados.

Esta información se complementa con el ANEXO 1, en el que se desarrolla más esta escala.

Al realizarle esta escala al paciente, puntuación fue de 9-12 puntos, por lo que la necesidad de cuidados del paciente es moderada.

- La **Escala de Glasgow** (49), para evaluar el estado de alerta. Se le realizó durante los tres días posteriores a la operación en los que le paciente estuvo ingresado en la unidad de neurocirugía (del 23 al 25 de octubre de 2019). Esta escala valora:
 - La respuesta ocular:
 - 4 = Respuesta espontánea.
 - 3 = Responde a orden verbal.
 - 2 = Responde al dolor.
 - 1 = No responde.
 - La respuesta verbal:
 - 5 = Orientado y conversando.
 - 4 = Desorientado y hablando.
 - 3 = Palabras inapropiadas.
 - 2 = Sonidos incomprensibles.
 - 1 = Ninguna respuesta.
 - La respuesta motora:
 - 6 = Orden verbal obedece.
 - 5 = Localiza el dolor.
 - 4 = Retirada y flexión.
 - 3 = Flexión anormal.
 - 2 = Extensión.
 - 1 = Ninguna respuesta.
 - La fuerza de las extremidades:
 - ++ = Fuerza normal.
 - + = Ninguna respuesta.

Al realizarle la escala al paciente, estos fueron los resultados que se obtuvieron durante los tres días correspondientes a su ingreso sin ningún cambio:

Parámetro	Valor
Respuesta ocular	4
Respuesta verbal	5
Respuesta motora	6
Fuerza de extremidades	++

En cuanto al tratamiento farmacológico del paciente:

Gasterix	30 mg	VO	30 mg x 1
Keppra	1000 mg	VO	1000 mg x 1
Panadol Forte	1 g	VO	1 g x 3
Dexametasona 10 mg (durante 2 semanas, se va reduciendo las dosis hasta dejar de dar)			

- Gasterix (Lansoprazo). Es un protector gástrico para el tratamiento y prevención de úlceras gástricas (50).
- Keppra (Levetiracetam). Es un medicamento para el tratamiento de la epilepsia (51).
- Panadol forte (Paracetamol). Es un analgésico y antipirético para el tratamiento del dolor y la fiebre (52).
- Dexametasona. Es un glucocorticoide (53) que alivia la inflamación (hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor) y se usa para tratar, entre otras enfermedades, ciertas formas de artritis, alergias severas; y asma. La dexametasona también se usa para tratar ciertos tipos de cáncer (54).

En caso de que lo necesitara, su médico le recetó:

Oxynorm	10 mg	VO
Dehydrobenzaperidol	2'5 mg/ml	IV
Ondansetron	2 mg/ml	IV
Novorapid flexpen	100 U/ml	SC

- Oxynorm (Oxicodona). Es un opioide que sirve para aliviar el dolor moderado a intenso (55).
- Dehydrobenzaperidol (Droperidol). Es un sedante y antiemético que se usa en procedimientos quirúrgicos y/o diagnósticos (56).
- Ondansetron (Ondansetron). Es un antiemético que se usa para náuseas y vómitos causados por medicamentos contra el cáncer y la radioterapia y después de cirugía (57).
- Novorapid flexpen. Es una insulina de acción rápida (58).

La **quinta parte** abarca las implementaciones en el cuidado o acciones planificadas para el cuidado. Es decir, las acciones que realizaremos para poder mejorar el estado de salud del paciente:

- Para mejorar los niveles de glucosa durante los días que el paciente recibe el tratamiento con Dexametasona, utilizaremos la insulina, siempre que lo requiera.
- Aconsejaremos a nuestro paciente para que se replantee la utilización de la medicación correspondiente para controlar los niveles de colesterol y las tensiones.
- Dar consejos al paciente sobre el cuidado y la limpieza de la herida quirúrgica.
- Dar consejos al paciente sobre las distintas maneras que existen para poder reducir el consumo de tabaco. Además, se le comentará los efectos que pueden ocasionar en su herida quirúrgica. También se le ofrecerá parches o chicles de nicotina si durante su estancia en el hospital desea fumar.
- Dar consejos al paciente para disminuir el consumo excesivo de alcohol. Además, se le nombrará los posibles problemas que podrían ocasionarle a su salud.

Por último, la **sexta parte** se centra en la evolución del paciente:

- En cuanto a los niveles de glucosa, han disminuido debido a que el tratamiento con dexametasona ha ido disminuyendo con los días, por lo que ya no requería más del uso de insulina.
- La tensión y el colesterol siguen siendo elevados, ya que el paciente sigue negándose a seguir el tratamiento para controlar y reducir dichos niveles.
- La herida quirúrgica está limpia y sin infección, la enfermera ha dado indicaciones para el cuidado y limpieza de ésta y, además, pasado unos días tendrá que acudir a su centro de salud para proceder a la retirada de grapas.
- En cuanto al tabaco y al alcohol, no se le ha dado ningún consejo para reducir el consumo excesivo de éstos, ya que, en el período de ingreso del paciente, la enfermera sólo se centró en otros cuidados que requería el paciente.

2.4. Plan de cuidados en España

2.4.1. Agrupación de datos en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud.

Paciente conoce su estado de salud, bebedor (refiere que consume excesivas cantidades de alcohol). El paciente tiene hipertensión e hipercolesterolemia (no quiere tomar medicación para controlar estos niveles).

Alérgico a la penicilina y a los medicamentos que contengan Betalactam.

En el momento de la valoración, al día siguiente de la intervención quirúrgica, la TA fue de 176/96 mmHg, con una frecuencia cardiaca de 76 lpm y una saturación del 97%.

Al ser tratado con Dexametasona, se han tenido que controlar los niveles de glucosa, ya que este medicamento, al ser un glucocorticoide, uno de sus efectos adversos es la hiperglucemia (59). En la valoración, el paciente presentaba una glucemia de 5'1mmol/ml. No requiere de insulina, ya que, para necesitarla, los niveles de glucosa han de estar por encima de 8mmol/ml.

El paciente tiene cogida una vía periférica en el miembro superior derecho, puesta desde el momento de la intervención.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

Paciente de 48 años de unos 88 kg de peso y 182 cm de estatura, con una temperatura de 36'7°C. y un IMC de 26.57, el paciente presenta un sobrepeso puesto que su IMC estaba por encima de 25 (60).

Presenta la piel comprometida a causa de la herida quirúrgica que tiene en la cabeza tras la intervención quirúrgica.

Patrón 3: Eliminación.

No presenta ningún problema en cuanto a la eliminación urinaria ni excretora.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio.

No realiza ningún deporte ni ejercicio físico, tan sólo se encarga del cuidado del exterior de su hogar.

Patrón 5: Sueño – Reposo.

El paciente no muestra ningún problema a la hora de dormir.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo.

Presenta una discapacidad visual por desviación ocular en el ojo derecho y usa gafas.

Tiene pautado medicación para el dolor postquirúrgico, aunque el paciente no ha tenido dolor.

Según su esposa, la memoria inmediata es pobre.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.

No valorado.

Patrón 8: Rol – Relaciones.

Tiene dificultad para nombrar, pero antes de la operación hablaba con fluidez y no buscaba palabras.

Vive con su mujer y trabaja de cocinero.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.

No valorado.

Patrón 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés.

Fumador de 20 cigarrillos al día.

Patrón 11: Valores – Creencias.

No valorado.

2.4.2. *Diagnósticos, intervenciones y objetivos enfermeros (61).*

1.- PATRÓN 1: Percepción – Manejo de la salud.

- **[00004] Riesgo de infección r/c Alteración de la integridad de la piel m/p**
Procedimiento invasivo: Por la vía periférica que se le cogió al paciente, antes de la intervención, en la flexura del miembro superior derecho.

NOC: [0703] *Severidad de la infección.*

Indicadores:

- Fiebre.
- Dolor.
- Colonización del acceso vascular.

ESCALA: Grave a ninguno. Nivel = 5 (ninguno)

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [6550] *Protección contra las infecciones.*

Actividades:

- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.

- **[00037] Riesgo de intoxicación r/c Conocimiento insuficiente de la prevención de la intoxicación: Debido a que el paciente consume alcohol.**

NOC: [1903] *Control del riesgo: Consumo de alcohol.*

Indicadores:

- Reconoce los factores personales de riesgo por el abuso de alcohol.
- Reconoce las consecuencias asociadas al abuso de alcohol.
- Controla la ingestión de alcohol.

ESCALA: Nunca demostrado a Siempre demostrado.

Nivel = 1 (Nunca demostrado)

Frecuencia de revisión: Diaria

NIC: [4500] *Prevención del consumo de sustancias nocivas.*

Actividades:

- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección.
 - Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones.
- **[00078] Gestión ineficaz de la salud m/p Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud: El paciente se niega tomar medicación para reducir los niveles de tensión y colesterol.**

NOC: [3109] *Autocontrol: Trastorno lipídico.*

Indicadores:

- Controla los niveles de lípidos.
- Evita el tabaquismo pasivo.
- Elimina el consumo de tabaco.

ESCALA: Nunca demostrado a Siempre demostrado.

Nivel = 1 (Nunca demostrado), menos “Elimina el consumo de tabaco” cuyo Nivel = 3 (A veces demostrado).

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [5250] *Apoyo en la toma de decisiones.*

Actividades:

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

NOC: [3107] *Autocontrol: Hipertensión.*

Indicadores:

- Controla la presión arterial.
- Realiza un procedimiento correcto para la medición de la presión arterial.
- Elimina el consumo de tabaco.

ESCALA: Nunca demostrado a Siempre demostrado.

Nivel = 1 (Nunca demostrado), menos “Elimina el consumo de tabaco” cuyo Nivel = 3 (A veces demostrado).

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [5250] *Apoyo en la toma de decisiones.*

Actividades:

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

➤ **[00155] Riesgo de caídas r/c Consumo de alcohol: El paciente ingiere cantidades excesivas de alcohol.**

NOC: [1903] *Control del riesgo: consumo de alcohol.*

Indicadores:

- Reconoce los factores personales de riesgo por el abuso de alcohol.
- Reconoce las consecuencias asociadas al abuso de alcohol.
- Controla la ingestión de alcohol.
- Identifica los factores de riesgo del abuso de alcohol.

ESCALA: Nunca demostrado a Siempre demostrado.

Nivel = 1 (Nunca demostrado)

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [4500] *Prevención del consumo de sustancias nocivas.*

Actividades:

- Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés, según corresponda.
- Preparar al paciente para sucesos difíciles o dolorosos.
- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones.

2.- PATRÓN 2: Nutricional – Metabólico

- **[00044] Deterioro de la integridad tisular m/p Procedimiento quirúrgico: El paciente tiene una herida en la cabeza a raíz de la intervención quirúrgica.**

NOC: [1101] *Integridad tisular: piel y membranas mucosas.*

Indicadores:

- Temperatura de la piel.
- Sensibilidad.
- Integridad de la piel.

ESCALA: Gravemente comprometido a No comprometido.

Nivel = 3 (Moderadamente comprometido)

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [3660] *Cuidados de la herida.*

Actividades:

- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.
- Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.

- **[00046] Deterioro de la integridad cutánea m/p Alteración de la integridad de la piel: El paciente tiene una herida en la cabeza a raíz de la intervención quirúrgica.**

NOC: [1102] *Curación de la herida: por primera intención.*

Indicadores:

- Aproximación cutánea.
- Aproximación de los bordes de la herida.
- Formación de cicatriz.

ESCALA: Ninguno a Extenso

Nivel = 4 (Sustancial)

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [3590] *Vigilancia de la piel.*

Actividades:

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
 - Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
 - Vigilar el color y la temperatura de la piel.
 - Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y mucosas.
- **[00233] Sobrepeso m/p Índice de masa corporal (IMC) en adulto >25 kg/m²: El paciente presenta un sobrepeso, pues su IMC es de 26'57.**

NOC: [1855] *Conocimiento: estilo de vida saludable.*

Indicadores:

- Estrategias para mantener una dieta saludable.
- Estrategias para dejar de fumar.
- Importancia del consumo de alcohol con moderación.

ESCALA: Ningún conocimiento a Conocimiento extenso.

Nivel = 2 (Conocimiento escaso)

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [4360] *Modificación de la conducta.*

Actividades:

- Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- Identificar el problema del paciente en términos de conducta.

3.- PATRÓN 4: Actividad – Ejercicio.

- **[00168] Estilo de vida sedentario r/c Conocimiento insuficiente sobre los beneficios del ejercicio físico m/p La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad: El paciente no realiza ningún deporte.**

NOC: [1633] *Participación en el ejercicio.*

Indicadores:

- Establece objetivos realistas a corto plazo.
- Establece objetivos realistas a largo plazo.
- Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio.

ESCALA: Nunca demostrado a Siempre demostrado.

Nivel = 1 (Nunca demostrado).

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [0200] *Fomento del ejercicio.*

Actividades:

- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Ayudar al individuo a establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.

4.- PATRÓN 6: Cognitivo – Perceptivo.

- **[00131] Deterioro de la memoria m/p Incapacidad para recordar si se ha realizado una conducta: Su esposa refiere que la memoria inmediata, de su marido, es pobre.**

NOC: [0908] Memoria.

Indicadores:

- Recuerda información inmediata de forma precisa.
- Recuerda información reciente de forma precisa.
- Recuerda información remota de forma precisa.

ESCALA: Gravemente comprometido a No comprometido.

Nivel = 5 (No comprometido), menos “Recuerda información inmediata de forma precisa” cuyo Nivel = 1 (Gravemente comprometido).

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [4760] Entrenamiento de la memoria.

Actividades:

- Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede.
- Recordar experiencias pasadas con el paciente, según corresponda.
- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas. Utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar información.
- Controlar cambios de la memoria con el entrenamiento.

5.- PATRÓN 8: Rol – Relaciones.

- **[00051] Deterioro comunicación verbal r/c Alteración en la fisiología m/p**
Dificultad para verbalizar: Su mujer comentó que le costaba nombrar.

NOC: [0902] *Comunicación.*

Indicadores:

- Utiliza el lenguaje hablado.
- Reconoce los mensajes recibidos.
- Dirige el mensaje de forma apropiada.
- Intercambia mensajes con los demás.

ESCALA: Gravemente comprometido a No comprometido.

Nivel = 2 (Sustancialmente comprometido).

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [4976] *Mejorar la comunicación: déficit del habla.*

Actividades:

- Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión.
- Colaborar con la familia y el logoterapeuta o logopeda para desarrollar un plan dirigido a lograr una comunicación eficaz.
- Remitir al paciente a un logoterapeuta o logopeda.

6.- PATRÓN 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés.

- **[00188] Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud m/p**
Tabaquismo: El paciente fuma 20 cigarrillos al día.

NOC: [1906] *Control del riesgo: consumo de tabaco.*

Indicadores:

- Reconoce los factores de riesgo personales del consumo de tabaco.
- Reconoce las consecuencias asociadas con el consumo de tabaco.
- Identifica los factores de riesgo del consumo de tabaco.
- Reconoce las desventajas personales asociadas al consumo de tabaco.

ESCALA: Nunca demostrado a Siempre demostrado Nivel = 1 (Nunca demostrado).

Frecuencia de revisión: Diaria.

NIC: [4490] *Ayuda para dejar de fumar.*

Actividades:

- Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo.
- Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos psicosociales que influyen en la conducta de fumar.

3. CONCLUSIONES.

Como se ha podido observar, existen diferencias entre ambos planes de cuidados que se realizan en Finlandia y España.

En el plan de cuidados de Finlandia la enfermera se centra en los requisitos o necesidades que el paciente requiere para sus cuidados. Lo realiza haciendo hincapié en los objetivos o las metas que se quieren conseguir para mejorar la salud. Se centra en las acciones que utilizará para ello. Siempre razonan el motivo por el que usan cada una de las acciones incluidas en el plan de cuidados del paciente y los resultados obtenidos a lo largo del paciente mientras se encuentra ingresado.

En cambio, en España, los planes de cuidados, generalmente, se basan en el Modelo de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Este modelo define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes para todas las personas. De esta valoración se obtiene una importante cantidad relevante de datos, de una manera ordenada, facilitando el análisis de éstos (62). Siguiendo este modelo, una vez se han clasificado los datos del paciente en cada patrón, se le asignarán los diagnósticos enfermeros (NANDA) de acuerdo con los datos registrados en su historia de enfermería. A continuación, se exponen los objetivos (NOC) que queremos conseguir acorde a los diagnósticos que anteriormente hemos seleccionado. Por último, incluiremos las intervenciones (NIC) que queremos realizar para alcanzar los objetivos anteriores.

En resumen, ambos planes de cuidados, aunque presentan algunas diferencias, se centran en un objetivo principal: mejorar la salud y situación de nuestros pacientes. Para ello, se buscan las intervenciones que mayor eficacia tendrían para conseguir una evolución satisfactoria. Consideramos que el plan de cuidados en Finlandia es más completo, ya que no solo se centra en los objetivos e intervenciones, si no también en el porqué del uso de dichas intervenciones y qué se ha logrado conseguir con las mismas.

4. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Ficha temática del semestre europeo sistemas sanitarios [Internet]. Ec.europa.eu. 2017 [Consultado 30 de abril 2020]. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_es.pdf
- 2.- Políticas Públicas: Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios [Internet]. Politicaspublicas.uncuyo.edu.ar. 2011 [Consultado 30 de abril 2020]. Disponible en: <http://www.politicaspublicas.uncuyo.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>
- 3.- Cabo Salvador J. Los Sistemas Sanitarios y sus Objetivos | Gestión Sanitaria [Internet]. gestion-sanitaria.com. [Consultado 30 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-objetivos.html>
- 4.- Guimarães L, Freire J. Los temas de salud en la Unión Europea: su impacto en la sanidad española. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23, S143-S154.
- 5.- OMS | Capítulo 7: Sistemas de salud [Internet]. Who.int. 2003 [Consultado 30 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>
- 6.- Macia Soler M, Moncho Vasallo J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería global. 2007; 6(1).
- 7.- Cabo Salvador J. Sistemas Sanitarios en la Unión Europea | Gestión Sanitaria [Internet]. gestion-sanitaria.com. [Consultado 30 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-union-europea.html>
- 8.- Sevilla F. Sistemas Sanitarios comparados en países desarrollados [Internet]. E-spacio.uned.es. 2012 [Consultado 30 de abril 2020]. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500567/n2.3_Sistemas_Sanitarios_comparados.pdf
- 9.- Ronda Pérez E et al. La gestion sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Fundación MAPFRE. 2017;(2).
- 10.- CoLL D. Descripción y valoración crítica de los diferentes sistemas sanitarios en Europa. RAD TRIBUNA PLURAL. 2015;(5):27.
- 11.- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema Nacional de Salud [Internet]. Uv.es. 2008 [Consultado el 23 abril 2020]. Disponible en: <https://www.uv.es/=atortosa/SNS08.pdf>

- 12.- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Información de Atención Primaria [Internet]. Mscbs.gob.es. 2006 [Consultado el 23 abril 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP0405.pdf>
- 13.- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea. Características e indicadores de salud 2019. Mscbs.gob.es. 2019 [Consultado 30 de abril 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf
- 14.- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Los sistemas sanitarios en los países de la UE. Características e indicadores de salud en el siglo XXI. Mscbs.gob.es. 2013 [Consultado 30 de abril 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf
- 15.- Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. Capitación, sueldo, tarifa por servicio y sistemas mixtos de pago: efectos sobre la conducta de los médicos de atención primaria. Cochrane. 2005.
- 16.- Ministry of Social Affairs and Health. Health services [Internet]. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. [Consultado 1 mayo 2020]. Disponible en: <https://stm.fi/en/health-services>
- 17.- Healthcare system in Finland - EU-healthcare.fi [Internet]. EU-healthcare.fi. 2020 [Consultado 1 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/>
- 18.- Embajada de España en Helsinki. Sanidad [Internet]. Exteriores.gob.es. 2020 [Consultado 1 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.exteriores.gob.es/Embajadas/HELSINKI/es/VivirEn/Paginas/Sanidad.aspx>
- 19.- Ministry of Social Affairs and Health. Health promotion [Internet]. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2019 [Consultado 1 mayo 2020]. Disponible en: <https://stm.fi/en/health-promotion>
- 20.- Business Finland. Health and Wellbeing [Internet]. Businessfinland.fi. 2019 [Consultado 1 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.businessfinland.fi/en/do-business-with-finland/explore-finland/health-wellbeing/in-brief/>
- 21.- Business Finland. Digital health [Internet]. Businessfinland.fi. [Consultado 1 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.businessfinland.fi/en/do-business-with-finland/explore-finland/health-wellbeing/Digitalhealth/>

- 22.- Business Finalnad. Smart Health [Internet]. Businessfinland.fi. [Consultado 1 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.businessfinland.fi/en/do-business-with-finland/explore-finland/health-wellbeing/Wellnesscare/>
- 23.- CleverHealth Network - About us [Internet]. Cleverhealth.fi. [Consultado 1 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.cleverhealth.fi/en/about-us>
- 24.- Social Insurance Institution of Finland (Kela). About Kela [Internet]. kela.en. [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.kela.fi/web/en/about-kela>
- 25.- Comisión Europea. La Seguridad Social en Finlandia [Internet]. Ec.europa.eu. 2012 [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Finland_es.pdf
- 26.- Social Insurance Institution of Finland (Kela). Suomen sosiaaliturva [Internet]. kela.fi. 2019 [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.kela.fi/suomen-sosiaaliturva>
- 27.- Social Insurance Institution of Finland (Kela). Organisaatio [Internet]. kela.fi. [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.kela.fi/organisaatio>
- 28.- Social Insurance Institution of Finland (Kela). Kelan tuet [Internet]. kela.fi. 2018 [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.kela.fi/kelan-tuet>
- 29.- Comisión Europea. Cómo utilizar la tarjeta - Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión - Comisión Europea [Internet]. Ec.europa.eu. [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=es&intPagelId=1736>
- 30.- Pasivo: qué es - Diccionario de Economía [Internet]. Eleconomista.es. 2016 [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.eleconomista.es/diccionario-de-economia/pasivo>
- 31.- Social Insurance Institution of Finland (Kela). Lääkekorvaukset [Internet]. kela.fi. 2019 [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.kela.fi/laakkeet>
- 32.- Diccionario de cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [Consultado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/copago>
- 33.- Buil Aina J, Mira Solves J. Las características del sector sanitario. Tendencias del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. Revista de Psicología de la Salud. 1996;(8(1):3-22.

- 34.- Narodowski P. Estudio comparado de diez Sistemas de Salud Nacionales. Los diversos modelos de regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión y control. Entre la mayor responsabilidad estatal y las nuevas formas legales de la provisión [Internet]. Periferiaactiva.files.wordpress.com. 2017 [Consultado 29 marzo 2020]. Disponible en: <https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2018/03/informe-paises-seleccionados.pdf>
- 35.- Simó Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, Domínguez Velázquez J, Pablo González R. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cencienta europea. Atención Primaria. 2004;34(9):472-481.
- 36.- Errasti F. Principios de gestión sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1996.
- 37.- Méndez-Castrillón Susín J. Análisis del sistema sanitario español: estructura y eficiencia [Graduado]. Universidad Pontificia Comillas; 2014.
- 38.- Miguel J. Estructura del sistema sanitario español. Resumen del estudio sobre el sector sanitario en el Quinto Informe Foessa. Gestión y Análisis de Políticas Públicas. 1999;(vol. 1998-1999, num. 13-14):251-264.
- 39.- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. España: Boletín Oficial del Estado; 1986.
- 40.- NIH: Instituto Nacional del Cáncer. Tumores cerebrales: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2019 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/braintumors.html>
- 41.- Contreras L. Epidemiología de tumores cerebrales. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017;(28(3):332-338.
- 42.- AECC. SÍNTOMAS DE LOS TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL [Internet]. Aecc.es. 2018 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/sistema-nervioso-central/sintomas-tumores-sistema-nervioso-central?gclid=CjwKCAiA-P7xBRAvEiwAow-VafuhrBd1IxL9LLefCzPLw8tOAYUYRMMxNOwlu1COE2W-DD6NHZ3z8xoCzrcQAvD_BwE
- 43.- Goldman S. Gliomas - Trastornos neurológicos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2018 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/tumores-intracraneanos-y-medulares/gliomas>

- 44.- Glioma - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2019 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/glioma/symptoms-causes/syc-20350251>
- 45.- Botero G. Gliomas del adulto: acercamiento al diagnóstico y tratamiento. Acta Neurol Colomb. 2008;(25):34-41.
- 46.- TEMOZOLOMIDA [Internet]. Oncohealth Institute. [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <http://www.oncohealth.eu/es/area-paciente/cancer/informacion-soporte-paciente/informacion-general/tratamiento/quimioterapia/listado-farmacos/temozolomida>
- 47.- Santos P. Sistemas de medición de glucosa [Internet]. Vive tu diabetes. 2013 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://vivetudiabetes.com/2013/10/14/sistemas-de-medicion-de-glucosa/>
- 48.- Kautto S. RAFAELA® Nursing Intensity and Staffing System [Internet]. Landspítali.is. 2016 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: [https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Stodsvið/Fjarmalasvið/Hag--og-upplýsingasvið/DRG/DRG-radstefnur/DRGNord-2016/RAFAELA%20Nursing%20Intensity%20and%20Staffing%20System-A%20tool%20for%20Optimal%20Resourcing_Sanna%20Kautto%20-%20Copy%20\(1\).pdf](https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Stodsvið/Fjarmalasvið/Hag--og-upplýsingasvið/DRG/DRG-radstefnur/DRGNord-2016/RAFAELA%20Nursing%20Intensity%20and%20Staffing%20System-A%20tool%20for%20Optimal%20Resourcing_Sanna%20Kautto%20-%20Copy%20(1).pdf)
- 49.- Generación Elsevier. Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación [Internet]. Elsevier Connect. 2017 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>
- 50.- Yliopiston Apteekki. GASTERIX ENTEROKAPSELI 30MG [Internet]. Yliopistonapteekki.fi. 2017 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.yliopistonapteekki.fi/gasterix-enterokapseli-30mg.html>
- 51.- Yliopiston Apteekki. KEPPRA 1000 MG KALVOPÄÄLLYSTEINEN TABLETTI 100 FOL [Internet]. Yliopistonapteekki.fi. 2017 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.yliopistonapteekki.fi/keppra-1000-mg-kalvopaallysteinen-tabletti-100-fol-1257.html>
- 52.- Yliopiston Apteekki. PANADOL FORTE 1 G KALVOPÄÄLLYSTEINEN TABLETTI 15 FOL [Internet]. Yliopistonapteekki.fi. 2017 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.yliopistonapteekki.fi/panadol-forte-1-g-kalvopaallysteinen-tabletti-15-fol-47119.html>

- 53.- Dexametasona | Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. 2016 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/dexametasona>
- 54.- Dexametasona: MedlinePlus medicinas [Internet]. Medlineplus.gov. 2017 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682792-es.html>
- 55.- Yliopiston Apteekki. OXYNORM KAPSELI 10MG [Internet]. Yliopistonapteekki.fi. 2017 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.yliopistonapteekki.fi/oxynorm-kapseli-10mg.html>
- 56.- Droperidol [Internet]. Librosdeanestesia.com. [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <http://www.librosdeanestesia.com/guiafarmacos/Droperidol.htm>
- 57.- Yliopiston Apteekki. ONDANSETRON STADA TABLETTI 4MG [Internet]. Yliopistonapteekki.fi. 2017 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.yliopistonapteekki.fi/ondansetron-stada-tabletti-4mg.html>
- 58.- Vidal Vademecum Spain. NOVORAPID FLEXPEN Sol. iny. 100 UI/ml - Datos generales [Internet]. Vademecum.es. 2019 [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: https://www.vademecum.es/medicamento-novorapid%20flexpen_25758
- 59.- Saigí Ullastre I, Pérez Pérez A. Hiperglucemia inducida por glucocorticoides. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2011;(vol. 12; num. 3):83-90.
- 60.- Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) - Cálculo IMC [Internet]. Seedo.es. [Consultado 18 abril 2020]. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/pacientes/calculo-imc>
- 61.- Universidad de La Laguna - Control de acceso [Internet]. Www-nnnconsult-com.accedys2.bbt.ull.es. [Consultado 10 abril 2020]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys2.bbt.ull.es/>
- 62.- Álvarez Suarez J, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. Seapaonline.org. 2010 [Consultado 10 abril 2020]. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- 63.- Arrillaga J. Los tipos de salario de los médicos europeos [Internet]. Consalud. 2019 [Consultado 15 mayo 2020]. Disponible en:

https://www.consalud.es/profesionales/entre-el-salario-la-capitacion-y-el-pago-por-servicios-asi-es-el-sueldo-de-los-medicos-en-europa_70169_102.html

5. ANEXO.

5.1. Anexo 1: Escala Rafaela (48).

Es un Sistema de intensidad y dotación de personal de enfermería, que consiste en:

- Clasificación y logística de recursos.
- Instrumentos de clasificación específicos para diferentes distritos.

RAFAELA es un sistema de intensidad de enfermería que proporciona información sobre la necesidad de atención individual de los pacientes. Es una herramienta que optimiza el trabajo de las enfermeras con el fin de proporcionar una buena atención, igual y de alta calidad para todos los pacientes.

Este sistema fue creado en el Hospital Central de Vasa en Finlandia 1995 – 2000. Su propósito original es que el sistema funcione como un producto de bien público (sin fines de lucro).

El sistema RAFAELA proporciona información sobre:

- La necesidad de los pacientes de cuidados individuales.
- La carga de trabajo y el bienestar del trabajo de enfermería.
- Los costes del personal de enfermería.
- La productividad del personal de enfermería.