

*“Análisis y
Propuestas de futuro
Para la mejora del
Trabajo enfermero en
Atención Primaria”*

Borrador elaborado por Junta directiva de FAECAP, como material de trabajo para las jornadas técnicas del 19 y 20 de Mayo 2006.

10 de mayo de 2006

ÍNDICE

1. Presentación.
2. Introducción.
3. Análisis de situación de la Atención Primaria.
 - 3.1 Biomedicalización de la atención
 - 3.2 Organización del trabajo en equipo
 - 3.3 Gestión de recursos
 - 3.4 Estructuras de participación ciudadana
4. Aportaciones de la enfermera en la mejora de la Atención Primaria.
 - 4.1 Actividad Asistencial
 - 4.1.1. Atención a la demanda asistencial
 - 4.1.2. Cartera de Servicios
 - 4.1.3. Atención a la Comunidad
 - 4.1.4. Atención Domiciliaria
 - 4.1.5. Prescripción enfermera
 - 4.1.6. Incorporación de nuevas tecnologías para el cuidado
 - 4.1.7. Metodología del trabajo enfermero
 - 4.2 Gestión.
 - 4.2.1. La Enfermera Gestora
 - 4.2.2. La enfermera como gestora de casos
 - 4.2.3. Adscripción de población por enfermera
 - 4.3 Formación.
 - 4.3.1. Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
 - 4.3.2. Formación Continuada
 - 4.4 Investigación.

ANEXOS

- I. Bibliografía

1. PRESENTACIÓN

El objetivo de este trabajo es recoger todos aquellos puntos básicos para el desarrollo de una nueva Atención Primaria, centrándose especialmente en las líneas básicas sobre las que tiene que desarrollarse el trabajo enfermero. Retomando el espíritu de Alma-Ata, tal y como se defendió en la celebración del 20 Aniversario de Atención Primaria, el pasado 29 de Noviembre del 2004, y que como argumentó Amando Martín Zurro en su conferencia inaugural:

"El papel de las enfermeras es nuclear para retomar el espíritu de Alma-Ata, con participación activa como planificadora y gestora de cuidados, tomando decisiones y con cartera de servicios propia",.Planteando así la "Reforma de la Reforma" o la "Nueva Reforma", que además servirá para encauzar los contenidos de la especialidad de Enfermería de Familia y Comunitaria.

Hemos realizado un análisis del trabajo enfermero y planteado cuales deberían ser los cambios, especialmente, para que los profesionales de la Enfermería retomen y lideren el espíritu esencial de la Atención Primaria de Salud, teniendo presente el espíritu de Alma-Ata en la atención de la salud. Dando prioridad a la promoción de la salud, las actividades de prevención, las intervenciones de mejora sobre los estilos de vida y en el conocimiento, para evitar los efectos adversos inductores de enfermedades que toda actividad sanitaria tanto asistencial como preventiva tienen, dentro una nueva relación profesional sanitario/usuario que incluya información y participación responsable de ambos en la toma de decisiones

Así, es importante, que la especialidad de Enfermería de Familia y Comunitaria, dentro de su plan de estudios, recoja todas estas perspectivas de mejora necesarias dentro de la atención primaria, de manera que seamos las enfermeras comunitarias las encargadas de liderar esta nueva etapa, siendo el eje motor de esta reforma.

Sin duda, los últimos veinte años de trabajo han supuesto un enorme avance para el desarrollo profesional de la Enfermería de Familia y Comunitaria, pero nos hemos visto, como otros profesionales, engullidos por la demanda asistencial, fomentada y consentida en muchos casos por los propios profesionales, centrados en un modelo que sobre todo atiende problemas de salud establecidos y alejándonos del espíritu inicial de la Atención Primaria, basado en la prevención y promoción de la salud.

Creemos que para responder a los desafíos que la Atención Primaria tiene hoy planteados, se necesita hacer una revisión a nivel general

de cuales son las necesidades para obtener las mejores condiciones de salud de los usuarios del sistema, y cómo vamos a redefinir los servicios para cubrirlas, aprendiendo de los errores anteriores y potenciando la autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones, tanto de los usuarios, como de los propios profesionales que integran los equipos de Atención Primaria. Con objeto de ofrecer una cartera de servicios actualizada y de calidad, con una amplia cobertura y centrada en la prevención de la enfermedad, la promoción de hábitos saludables, la información y la toma responsable de decisiones..

2. INTRODUCCIÓN

Partiendo de la premisa de revisión a nivel general que se está haciendo de la Atención Primaria, las enfermeras comunitarias también queremos aportar nuestro análisis del trabajo de estos 20 años, a la vez que establecer **las líneas de mejora** que creemos necesarias para un mayor y mejor rendimiento profesional. Concretamente, en **la aportación del trabajo enfermero** y en la prestación de servicios de prevención, promoción y cuidados que se deben ofrecer desde el primer nivel de atención del Sistema Sanitario , la Atención Primaria.

En este documento, FAECAP recoge cuales son las dificultades actuales de la Atención Primaria y plantea posibles soluciones a varios aspectos, entre los que cabe destacar la necesidad de remodelación del trabajo de los profesionales de Enfermería, dentro de los Equipos de Atención Primaria, en los ámbitos relacionados con la asistencia, gestión, docencia e investigación.

Así mismo, en el documento se señalan las mejoras que estos cambios supondrían para el Sistema Sanitario y se propone que sirvan de referente a las distintas Administraciones Sanitarias para introducir cambios de mejora en la organización de sus servicios de Atención Primaria.

FAECAP pretende que todas estas propuestas se tengan en cuenta a la hora de elaborar el programa formativo de la recién creada especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Partimos de la revisión realizada hace aproximadamente un año en la celebración del XX Aniversario de la Atención Primaria (A.P), aunque hace ya unos años se está oyendo hablar de la necesidad de revisar y adaptar la A.P., como puerta de entrada al Sistema Sanitario en la sociedad actual.

En esta celebración, se concluyó que ***la A.P., debe ser dinámica, en constante evolución y adaptación a los cambios sociales, culturales, demográficos y tecnológicos, y todo esto de una manera rápida y fluida, como puerta de entrada al sistema.***

Todos estamos de acuerdo en que en su momento la reforma de la A.P., fue un paso muy importante y necesario del Sistema Sanitario. Articulándose como una buena puerta de entrada, en el que la enfermería consolidó su propia parcela de autonomía al liderar la educación sanitaria, tanto individualizada como grupal y comunitaria, y desarrollando su capacidad de responsabilizarse de los cuidados a través de la consulta de enfermería.

Sin embargo, diversos análisis hechos por distintos grupos profesionales, sociedades científicas,... coinciden en la necesidad de plantear una "Reforma de la Reforma" o "Nueva Reforma", en la que partiendo de los cambios producidos en la sociedad en los últimos años y por tanto del cambio de necesidades que eso ha generado, actualicemos el sistema de cuidados utilizados y la gestión de los mismos, con el fin de seguir dando soluciones a las necesidades de salud de nuestra población.

En general, consideramos que el actual modelo de A.P.:

- Atiende principalmente problemas establecidos, ya sean agudos ó crónicos.
- Está alejado de los principios básicos de Alma-Ata, lo que dificulta el conseguir un estado de completo bienestar físico, mental y social, mediante información y participación responsable en la toma de decisiones, tanto del profesional como del usuario.
- Tiene una Cartera de servicios desfasada, con escaso contenido en promoción y protección de la salud.
- Tiene una excesiva Burocratización de las consultas.
- Tiene una consulta médica como única puerta de entrada al sistema.
- Tiene una falta de implantación y de cumplimiento en la educación sanitaria grupal y comunitaria
- Adolece de poca participación responsable de los ciudadanos en la planificación e implementación de su atención sanitaria, en algunos casos inductora de violencia y disconformidad con las actuaciones del personal sanitario.
- Tiene poco y cada vez menos trabajo en equipo, como si los profesionales que lo integran no pudieran trabajar por un mismo fin en la mejora y la promoción de la salud.
- Tiene consultas masificadas y mal planificadas.
- Se infrautilizan los conocimientos y cuidados profesionales de las enfermeras de Atención Primaria.

Este documento se va a centrar en el análisis de las causas y consecuencias de la infrautilización de los conocimientos y cuidados profesionales de las enfermeras de Atención Primaria, y de como los profesionales de enfermería debemos ser los encargados de liderar, dentro del sistema sanitario, la “nueva reforma”. Basándonos en la actualización del espíritu de Alma Ata para la Atención Primaria, reafirmándonos en un trabajo independiente y, adecuando nuestra actividad a las necesidades actuales de la población, dejando de ser el recurso existente pero mal gestionado por las Administraciones Sanitarias a nivel de la Atención Primaria.

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

¿Dónde quedó el espíritu de Alma-Ata?

En este apartado queremos recoger de manera rápida, cual fue el espíritu que se recogió en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma-Ata, antigua URSS. Esta conferencia supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud, y decimos potencial por que como estamos viendo el compromiso virtual, de todas las naciones representadas, de conseguir la “ **Salud para todos en el año 2000**”, está aún muy lejos de alcanzarse.

La definición de salud propuesta por la OMS en Alma-Ata, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”, se concretó también en los siguientes puntos:

1. **La salud es un derecho fundamental**, siendo un objetivo social prioritario en todo el mundo la consecución del nivel de salud más alto posible.
2. **La promoción y protección de la salud de la población son esenciales** para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo”
3. **El derecho a la participación del ciudadano, y comunidad** en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
4. La **responsabilidad de la salud de los ciudadanos será de los gobiernos.**
5. **La Atención Primaria de Salud (APS), es la atención sanitaria esencial, siendo el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y comunidades, acercando lo**

máximo posible, la atención sanitaria, al lugar donde las personas viven y trabajan.

Muchos de estos derechos, se han quedado en el camino, o al menos no se han desarrollado en su totalidad, por lo que proponemos la recuperación del espíritu de Alma-Ata en el que se tenga en cuenta el papel del ciudadano y la comunidad, y se retome la función educadora y promotora de la APS, para alejarnos de la biomedicalización y deshumanización del sistema.

3.1. Biomedicalización de la atención.

Cuando en España se puso en marcha el nuevo modelo de Atención Primaria, en 1984, se produjeron muchos cambios estructurales, iniciando el cambio de los consultorios y ambulatorios por los centros de salud.

Se crearon los programas de atención a crónicos, se diseñaron las sucesivas "carteras de servicios" supeditadas a patologías fundamentalmente crónicas (control de HTA, diabetes, EPOC, obesos, hiperlipémicos) y no en base a necesidades generadoras de salud en la población. Se comenzó la consulta programada, con actividades de educación sanitaria dentro y fuera del centro de salud, pero todo esto sin tener bien claro el fin último: la prevención y la promoción de la salud, lo que supuso fundamentalmente un mejor seguimiento y atención a los crónicos, pero no recogía el espíritu de los compromisos de reforma de Alma-Ata.

Con todo ello, hemos contribuido a fomentar la dependencia de los pacientes que acuden con más frecuencia a nuestras consultas, faltando aún por demostrar que hayamos contribuido con ello a aumentar su calidad de vida de la población. Tampoco está claro que hayamos contribuido a aumentar la autonomía (capacidad de decidir con la suficiente y adecuada información y posterior puesta en práctica) para cambiar los hábitos insalubres. Y todo desde una Organización Sanitaria en la que se mantiene la consulta médica como única puerta de entrada al sistema sanitario, y que ocupa el 90% de nuestro tiempo en actividades curativas y rehabilitadoras, dejando las actividades preventivas, de promoción de la salud, formación e investigación, en un segundo plano lejos de nuestro cometido habitual.

La fuerte presión de la Industria, también ha contribuido a que la solución a todo tipo de riesgo o problema de salud pase por la fácil utilización de una amplia gama de productos farmacéuticos, así como de las variadas tecnologías que existen en el mercado. Alejándonos, cada vez más, de lo que debería ser el afrontamiento de la realidad y

la mejor manera de contribuir a mantener el organismo en buenas condiciones sin grandes deterioros y en la ayuda para crear condiciones personales de afrontamiento y superación de los problemas de salud y los miedos a padecerlos.

Concluimos, que no se ha producido un verdadero asentamiento de los principios en que se basó la reforma de la Atención Primaria de 1984.

3.2 Organización del trabajo en equipo

Se funciona en un sistema de tipo piramidal donde el eje es la consulta médica, desde donde se genera y se reparte el trabajo, quedando en que "Todos para todo" = "Todos para la demanda", que al final se resume en atender la demanda asistencial, con algunas experiencias puntuales de intervención comunitaria, que se cuentan como anecdóticas, ya que no están establecidas, en general, dentro de la cartera de servicios de la asistencia primaria y por tanto no se exige dentro del trabajo habitual.

La organización esta basada fundamentalmente en dar respuesta a las decisiones resultado de la atención de la demanda en la consulta médica, no diversificando la demanda dirigiéndola desde el usuario al profesional que precisa para su atención y que puede dar respuesta a sus problemas directamente.

Nosotros planteamos una gestión horizontal, que se entiende como la gestión de proyectos con interacción entre grupos de profesionales, y la cooperación entre los centros de decisión y de trabajo. Creando una red, que desarrolle la cooperación y la buena coordinación en la activación de una dinámica colectiva que permita que las acciones horizontales (generadas por cada grupo) funcionen y reasigne a los recursos de personal un reparto acordado de funciones y tareas que haga posible el desarrollo de programas EPS, ya que habría alguien encargado de programarlos y organizarlos.

La falta de asignación de esa función en el equipo, dentro de la jornada laboral, hace que se diluya y se pierda en el trabajo asistencial.

3.3. Gestión de recursos.

Existe una falta e inadecuada distribución de profesionales. No existen criterios objetivables que permitan una distribución de ratios equitativa, que permita una igual accesibilidad de los usuarios y reparto de cargas de trabajo entre las enfermeras. Impidiéndose la libre elección de enfermera a los usuarios.

La informatización del registro en la historia clínica y demás documentos necesarios en la consulta, tiene el riesgo de "despersonalizar" el trato con el paciente, al estar el profesional más pendiente del ordenador que de escucharle y observarle cuando habla. Es necesario, que las herramientas informáticas sean de rápido acceso para su implementación y que integren las vías necesarias para la tramitación de la documentación generada para la adecuada atención del paciente (volantes, informes, partes de baja, lesiones, asistencia, teléfono, auto citaciones, etc).

3.4 Estructuras de participación ciudadana.

Hasta la fecha, no deja de ser anecdótico la participación ciudadana en la Atención Primaria, no contemplándose la existencia de agentes de salud y apoyo ciudadano.

Tampoco las Carteras de Servicios incluyen actividades que favorezcan la participación ciudadana, existiendo una falta total de la misma en su elaboración y por tanto en la aportación de los ciudadanos sobre sus necesidades de salud.

4. Aportación de la enfermera en la mejora de la Atención Primaria

Todo lo visto en este breve repaso, da idea de la situación que ha vivido la Atención Primaria y cuales, a nuestro entender, son las principales dificultades por las que no se han desarrollado todos los principios recogidos en Alma Ata.

Ahora nos centraremos, en cual es nuestra visión para retomar aquellos principios e impulsarlos desde una mejora del trabajo enfermero, sobre los pilares fundamentales en los que se desarrolla nuestro trabajo:

- 4.1. Actividad Asistencial
- 4.2. Gestión
- 4.3. Docencia
- 4.4. Investigación

4.1. Actividad Asistencial

Nos parece fundamental potenciar, dentro del trabajo diario de la enfermera en Atención Primaria, los siguientes aspectos, tanto para solucionar las dificultades que acabamos de describir, como para desarrollar el trabajo profesional propio.

4.1.1. Atención a la demanda asistencial

Desde la implantación en 1984, de la reforma de la A.P. los logros conseguidos por la Consulta de Enfermería parecen indiscutibles. Las actividades que realizan las enfermeras en los Centros de Salud tienen poco que ver con las que realizaban antes de la reforma, esto supone satisfacción para los usuarios y para los profesionales. Pero con el paso de los años, se ve necesario retomar el planteamiento de estas consultas que funcionan casi con exclusividad en la atención a crónicos y por tanto de manera programada.

Partimos de la base de que un sistema sanitario de calidad, y en virtud de las necesidades sociales actuales, necesita de un servicio abierto que ofrezca a la población no solo una consulta médica a demanda, si no una organización en la que todos los profesionales, en base a su idiosincrasia profesional, puedan atender dichas necesidades y, por supuesto, dentro de dicha organización está la **Consulta de Enfermería a Demanda**.

Se propone una gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria, articulando los mecanismos necesarios para informar y dirigir al usuario al profesional que le podrá atender mejor y, dar respuesta directamente a sus problemas.

Esto supondría un reparto de trabajo, abordando cada cual lo que le compete en base a su cualificación profesional, ayudando además a desbloquear el acceso de las consultas médicas, y ofreciendo a la población unos servicios más rápidos y adecuados a las características de la sociedad actual.

Existen ya experiencias al respecto, tanto en España como en otros países.

Ya en el año 1994, en el área 9 de Atención Primaria de Madrid, empezaban un estudio para poner en marcha la Consulta de Enfermería a Demanda. Partiendo de un análisis de situación, concluyeron la necesidad de su creación, ante la constatación de:

- La enfermería en adultos estaba centrada en la atención a pacientes crónicos, realizaba escasas actividades de promoción y prevención primaria, teniendo escaso contacto con población sana.
- La población no identificaba al enfermero como agente de salud, ni conocía que demanda le podría hacer.
- La organización de enfermería no favorecía el acceso de la población.
- Existían demandas de la población a enfermería, pero no estaban organizadas. (abordaje en pasillos, sin cita, por teléfono....).

En base a esto, consideraron establecer una Consulta de Enfermería a Demanda que abordara a la población sana, para resolver dudas sobre cuidados cotidianos y que fuese accesible y personalizada.

En el año 2001, el Servicio Andaluz de Salud plantea por primera vez en los contratos programa con sus Distritos de Atención Primaria, la creación de estas consultas.

Fuera de España, nos encontramos con diferentes experiencias en el abordaje de la presión asistencial desde los servicios de salud definiendo servicios para diversos segmentos de la demanda que sean resolutivos, de alta calidad. Un eje fundamental para ello es que se dota a la enfermería de mayor responsabilidad y autonomía para resolver y gestionar demandas asistenciales. Estas experiencias se inician en USA en 1965, con la aparición de las nurses practitioners (NP) en la Universidad de Colorado, posteriormente se extienden a Canadá, Reino Unido e Irlanda.

Y los estudios publicados al respecto indican en general, alta satisfacción de los pacientes atendidos por enfermeras: obtienen mejor información de las NP; registran mejor en la historia clínica; los pacientes obtienen más y mejor información sobre prevención; causas de enfermedad; alivio de síntomas y qué hacer si el problema persiste. La misma Asociación Médica Británica (BMA), propone en estos momentos que las enfermeras gestionen la puerta de entrada al NHS.

En España, contamos ya con una experiencia en este sentido desarrollada en el centro de salud Gotic de Barcelona y presentada en noviembre de 2001, en el último congreso de la SEMFyC, donde la consulta de enfermería aborda, en base a un protocolo establecido, la

atención de problemas como: infección respiratoria de vías altas, infecciones del tracto urinario no complicadas, diarrea aguda, atención inicial a la hiperplasia benigna de próstata.

Entendemos por Consulta de Enfermería a Demanda aquella que realiza cada enfermero con "*su población*", sin previa programación, porque el usuario acude o solicita ser visto en el día por aspectos que competen a enfermería y que se realiza en tiempo corto.

El objetivo general de la consulta de enfermería sería, mejorar la atención a la población aumentando la accesibilidad a los servicios de enfermería, evitando el recorrido médico-enfermera para problemas de atención que son responsabilidad de la enfermera resolver y abriendo así, otra puerta de entrada al sistema que mejore la accesibilidad al mismo.

Aunque pueda resultar complicada para su puesta en marcha, se necesitaría solamente:

- Asignar población a la enfermera
- Crear una agenda abierta de la enfermera
- Reajustar la organización del trabajo
- Informar a la población de que puede pedir cita con su enfermera
- Enseñar a la población cuando tiene que citarse con la enfermera
- Hacer una campaña divulgativa e informativa de los servicios que ofrece la enfermera de Atención primaria

4.1.2. Cartera de servicios de Enfermería

A la Cartera de Servicios de Atención Primaria, entendida como catálogo de servicios que pretenden dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de la población, se han hecho aportaciones importantes en los últimos años. Pero al ser una herramienta dinámica y para que siga siendo operativa debe ser revisada, ampliada, adaptada y mejorada, contando con la implicación y participación de los profesionales, de las sociedades científicas y de los ciudadanos como receptores de dichos servicios.

Se están produciendo últimamente muchas revisiones y análisis de la Cartera de Servicios. El propio Ministerio de Sanidad ha creado un grupo de trabajo para analizar y mejorar la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

También en FAECAP, una delegación formada por enfermeras de las distintas sociedades científicas elabora una propuesta de mejora de la Cartera de Servicios en la que se recojan los cuidados profesionales enfermeros.

En este documento no pretendemos debatir la Cartera de Servicios actual si no proponer, desde el punto de vista enfermero, que aspectos de la misma deberían ser mejorados y/o ampliados.

Se valora que en la actualidad y en general, las Carteras de Servicios de las distintas Comunidades Autónomas:

- La mayoría los servicios que ofrecen se estructuran, en base a patologías crónicas y además casi con exclusividad a las de origen biológico, dejando de lado a las psicosociales, que todos sabemos de su alta incidencia, y que los datos nos indican que cada vez serán mayores, por el tipo de sociedad en la que vivimos.
- Solo recogen la parte interdependiente o de colaboración del trabajo enfermero. Si con la Cartera de Servicios, se pretende recoger los servicios que los equipos de Atención Primaria ofrecen a la población, ésta debe recoger la oferta de servicios que hacen los distintos profesionales del equipo.
- Carecen de servicios que recojan la promoción del autocuidado y la autonomía, fomentando comportamientos y actitudes pasivas y dependientes.
- No promueven la participación comunitaria
- Están poco actualizadas. En base a la evidencia científica que conlleve la revisión de las normas técnicas de cada programa.
- Son demasiado rígidas. Debería haber una parte abierta completada por el equipo, en base a necesidades poblacionales concretas.

Se propone la inclusión de una Cartera de Servicios de Enfermería dentro de la cartera general, basada en los cuidados enfermeros, ante demandas de salud concreta y a petición de la población.

Ya existen modelos y propuestas sobre el contenido de la Cartera de Servicios de Enfermería, como la que hace SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias), en su documento "Análisis de la situación y propuestas de mejora de la enfermería de Atención Primaria en Asturias", en la que recoge la distribución de la Cartera de Servicios de Enfermería en los 4 niveles de asistencia de la enfermera en Atención Primaria.

- Atención en la Consulta de Enfermería. Organizada por edades, y grupos poblacionales, recogiendo los servicios para cada uno (niño, adolescente, adulto, mujer, anciano, crónicos)
- Atención Domiciliaria (inmovilizados, terminales)
- Atención Familiar
- Atención Comunitaria (residencias, centros cívicos, colegios, parroquias, asociaciones de vecinos...)

Existen otros proyectos de Cartera de Servicios de Enfermería, y divulgación entre la población de los mismos, como el que hacen.

- Varias áreas de Madrid, con la que ya trabajan hace varios años.
- El servicio Murciano, ha publicado folletos informativos en colaboración con SEAPREMUR (Sociedad de enfermería de Atención Primaria Murciana), llamada " Su enfermera en el centro de salud".
- El servicio Andaluz en su campaña " Las enfermeras al cuidado de las familias andaluzas", y la publicación del "Manual de competencias de la enfermera de Atención Primaria".
- El díptico publicado por SEAPA " ¿Conoce el trabajo que realiza la Enfermera del centro de salud?".

Todo esto son comienzos cada vez más extendidos, pero que es importante se generalicen y asuman por todos los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, para asegurar la igualdad y por que ya hay estudios que hablan de mayor satisfacción de la población y de los profesionales de enfermería, al aumentar su autonomía y responsabilidad laboral.

Creemos que es una buena propuesta para resolver problemas cada vez más frecuentes en una población con necesidades cambiantes (más envejecida, aumento de la inmigración...), en la que el sistema dispone de unos profesionales como somos las enfermeras, que no encarecería el sistema pues solo depende de una redistribución en el trabajo. En el que las enfermeras tengamos estructurado y **reconocido** nuestro trabajo dentro de la Cartera de Servicios. Todo esto combinado y acompañado de la propuesta anterior, de impulsar la Atención de Enfermería a demanda.

4.1.3. Atención a la comunidad

La atención comunitaria, como recoge el nombre de nuestra especialidad "**Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria**", debe constituir una parte fundamental de nuestro trabajo.

Esta atención se basa en conseguir, mediante los diseños de programas que en cada comunidad se elaboren en función de su idiosincrasia y su realidad, (asociaciones, colegios, centros de mayores, guarderías....) y en coordinación con los equipos de salud y gerencia, mejorar los niveles de salud de la población, incrementar su calidad de vida y bienestar social. Que sirva para potenciar las capacidades de las personas y grupos para abordar con mayor eficacia sus problemas y necesidades, quedando recogidos en programas dentro de la Cartera de Servicios, y siendo una parte fundamental del trabajo de la enfermera como principal responsable de la gestión de los mismos.

Por todos es conocido que los hábitos y estilos de vida, los comportamientos, o los factores medioambientales condicionan la morbi-mortalidad de la población. El cambiarlos no es fácil, pero los datos indican que el abordaje comunitario mediante acciones intersectoriales en las que se implique la sociedad, el sector educativo, el sector empresarial y el sistema sanitario, puede ser más eficaz para mejorarlos.

Dificultades para el desarrollo de la Atención Comunitaria (A.C.):

- Existencia de experiencias aisladas de intervención comunitaria
- Falta de objetivos y planificación a largo plazo
- Falta de seguimiento y estudios científicos que nos permitan, a corto y largo plazo, demostrar la eficacia de los mismos.
- No inclusión dentro de la Cartera de Servicios, quedando a voluntad de los profesionales
- Considerarla una actividad para completar el tiempo que sobre en la jornada de trabajo
- Falta de formación de los profesionales para la programación de dichas actividades. Con metodología que provoque cambios reales en los estilos de vida
- Falta de recursos materiales y humanos
- Su realización, tanto de la programación como puesta en marcha debe de ser dentro de la jornada laboral
- Falta de apoyo de las instituciones, tanto a nivel formal (contrato programa o similar) como informales (mensajes subliminales)
- Que todo el equipo se dedique a programar, al final no es rentable ni operativo. Lo de todos para todo, es al final ninguno para nada. Y más si tenemos en cuenta que no está ni en Cartera de Servicios, ni dentro del Contrato Programa, ni sirve para primar incentivos

Propuestas de mejora para su impulso:

- **Que se recoja la A.C. dentro de la Cartera de Servicios. Se firme y concrete dentro del Contrato Programa, reorganizando las funciones y el tiempo de la enfermera dentro del equipo**
- **Mejorar la formación de la enfermera en Metodología de Educación Comunitaria y en diseños educativos actuales para conseguir cambios reales en los comportamientos, (no solamente charlas, folletos, o intervenciones puntuales...)**
- **Gestionar bien los tiempos. Si realmente es una prioridad del sistema, una enfermera debe de ser responsable de la programación y coordinación de la de educación sanitaria comunitaria y grupal, dentro del equipo, y esa persona debería disponer de tiempo real para llevar a cabo esta función**
- **Crear estructuras de apoyo técnico dentro de cada área, para la Educación Sanitaria Comunitaria**
- **Aumentar el número de enfermeras para disminuir el ratio de enfermera/paciente**
- **Programar la actividad dentro de la jornada laboral**

En manos de los gerentes está impulsar la Atención Comunitaria, en ayuda de profesionales, direcciones, sociedades científicas.....

4.1.4 Atención Domiciliaria

La atención en el domicilio ha sido una de las funciones más desarrolladas por las enfermeras comunitarias en Atención Primaria, pero hoy en día exige una reorientación en la organización de los programas y servicios que la sustentan.

La sociedad está cambiando y por tanto sus necesidades:

- Una población cada vez más envejecida y por tanto con mayores necesidades de cuidados
- La saturación de hospitales, da altas más precoces
- Unas estructuras familiares cambiantes, cada vez más mujeres están incorporadas a la vida laboral
- Una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia

Hay una necesidad tanto de cuidados sanitarios como de necesidades sociales que deben solucionarse en conjunto.

Actualmente NO existe:

- Una metodología multidisciplinar consensuada y generalizada para la atención de las personas que con carácter crónico, atendemos en el domicilio.
- Una adecuada coordinación de servicios.
- Suficiente información y formación de los profesionales para gestionar todos los recursos sociales de la manera más eficiente y eficaz posible.
- Coordinación entre niveles asistenciales, primarios y especializados.
- Coordinación entre el sector social y sanitario.
- Homogeneidad en cuanto a la disponibilidad de unidades de apoyo, escasamente articuladas entre sí, y que provocan en muchos casos redes paralelas de atención a domicilio.
- Suficientes recursos económicos, provocando sobrecargas familiares.
- Potenciación del refuerzo a los cuidadores, teniendo en cuenta que la esperanza de vida aumenta su carga prolongando los cuidados de las personas dependientes.

Las Propuestas para mejorar la Atención Domiciliaria, son:

1- Desarrollar las funciones de la Enfermera Comunitaria como Gestora de Casos.

Por operatividad, como las enfermeras somos las que más vamos a los domicilios y mejor conocemos las realidades familiares y de los pacientes, somos las que estamos en la mejor situación para asumir la "gestión de los casos", y que consiste en una valoración/afrentamiento individual y personalizado para cada caso que permita gestionar la mejor solución posible junto a otros profesionales u organizaciones y coordinando los recursos disponibles.

Existen ya experiencias en este sentido, gestionando también al alta, la llegada al domicilio de pacientes hospitalizados, en los que la enfermera especializada ha detectado algún problema, poniéndose en contacto con la enfermera comunitaria de dicho paciente. Asegurando así la "continuidad de cuidados", con los informes de enfermería al alta y al ingreso.

En Andalucía han creado la figura de la *enfermera de enlace*, cuyo papel, funciones y experiencia se aborda dentro del apartado dedicado a la gestión.

Con la aprobación de la Ley de la Dependencia, este papel de la enfermera como gestora de casos será mucho más relevante. Es

importante aprovechar este momento, liderando y desarrollando las funciones como Gestor de Casos. Nos corresponde a los enfermeros comunitarios asumirlo por que hasta ahora somos los sanitarios que vamos a los domicilios y estamos más cerca del paciente y su entorno familiar.

2 – Adoptar un sistema de valoración multidisciplinar estandarizado, para aplicar con la mayor efectividad y rapidez posibles en las intervenciones realizadas.

3- Desarrollar programas de apoyo a las cuidadoras y cuidadores familiares.

4- Incorporar nuevos profesionales, que completen los cuidados ofrecidos por los equipos de A.P.

5- Formalizar la consulta telefónica como herramienta útil, para mejorar la atención de las personas dependientes.

6- Diseñar el cauce adecuado para favorecer la continuidad de cuidados enfermeros, entre ambos niveles, el domicilio o la institución.

4.1.5. Prescripción Enfermera

Otra de las propuestas que se están barajando, es que se regularice una situación que se produce a diario dentro del trabajo enfermero en A.P., es la prescripción enfermera de determinados productos que son utilizados por las enfermeras dentro de sus competencias.

Creemos es necesario **dar cobertura jurídica** para que se autorice la prescripción enfermera de aquellos productos de farmacia que forman parte de nuestras decisiones clínicas, tomadas al establecer un plan de cuidados, como son: los apósitos, material de curas para heridas, absorbentes de incontinencia, tiras reactivas de glucemia, bolsas colectoras, medidas terapéuticas para el estreñimiento...

Ampliar la prescripción a la enfermera va a suponer, entre otras ventajas:

- Mejorar la calidad de atención a los ciudadanos
- Mejor gestión de los problemas de salud
- Optimización de recursos
- Regularizar una práctica ya generalizada, pero sin cobertura legal

- Mejor accesibilidad del sistema, sin duplicar consultas, ni esperas
- Establecer un control y seguimiento sobre el consumo de fármacos de venta libre

Últimamente, se está abriendo el debate a raíz de las declaraciones realizadas por la Consejera Catalana de Salud, Marina Geli. en el pasado mes de Junio, en las que proponía que los enfermeros puedan prescribir fármacos dentro de un marco de "catálogo cerrado" de casos. Estas declaraciones han surgido dentro del marco de debate sobre la nueva Ley del Medicamento que tramita el Ministerio de Sanidad.

Las Asociaciones de Enfermería Comunitaria apoyamos esta posibilidad, por que creemos que va a suponer una mejora en la calidad de atención de la población, y por lo tanto de la evolución del trabajo enfermero dentro del sistema de salud. Para ello se deberá tener en cuenta el reconocimiento de las competencias enfermeras en el diagnóstico y tratamiento de aquellas situaciones clínicas que la enfermera tiene capacidad para atender y resolver.

Según recoge el diccionario del uso del español de María Moliner, una de las acepciones de prescribir es "indicar" o "mandar cierta cosa y prescripción es la "acción de prescribir o disponer". Asimismo, el diccionario de la Real Academia Española recoge que prescribir es "ordenar remedios" o "determinar una cosa".

El Consejo General de Enfermería ha publicado recientemente un estudio sobre la prescripción enfermera, posicionándose a favor de dicha propuesta.

Vemos que en otros países como son EEUU, Canadá, Reino Unido..., esta situación está ya regularizada, con amplios estudios que respaldan y constatan los beneficios de esta propuesta.

Ahora que se va a producir el desarrollo de las especialidades, es un buen momento para la reflexión y abordaje de la prescripción enfermera como una más de las funciones dentro de las competencias de las enfermeras especialistas.

4.1.6. Incorporación de nuevas tecnologías para el cuidado

Vivimos en una sociedad que avanza a ritmo vertiginoso en informática, a través de Internet se tiene un acceso rapidísimo a toda la información, cambiando la organización y demanda de servicios a la población.

Hoy en día, desde casa con un ordenador, se hacen compras, se cumplimentan matriculas a cursos, haces cursos "on Line", gestionamos nuestras cuentas bancarias....., el campo de la salud no debe escapar a este fenómeno y desde hace ya más de una década han saltado a la palestra sanitaria términos como "Telemedicina", "Tele salud" y, más recientemente, "Tele cuidados" o "Tele-Enfermería".

Actualmente, a ninguna enfermera le extraña si la cuidadora de una paciente inmovilizada nos llama por teléfono para consultarnos cualquier duda sobre los cuidados del paciente. Esto hace 15 años era algo impensable, pues en la zona rural mucha gente no tenía teléfono, sin embargo hoy está perfectamente normalizado. Gracias a la informatización de las consultas y centros de A.P., ya casi el 100% de centros de salud y consultorios rurales están informatizados, con acceso a Internet, y por tanto con otra vía de comunicación rápida y que hay que potenciar.

Propuestas para la incorporación de nuevas tecnologías en el cuidado:

- 1- Normalizar la consulta telefónica. Estando este servicio dentro de la Cartera de Servicios y dentro de la oferta formal del sistema.
- 2- Buscar, en base a las nuevas tecnologías, la creación de:
 - Consultas electrónicas, vía e-mail.
 - Control telemático a través de monitores, Webcam y TV
 - Video conferencia por teléfono móvil

Puede sonar raro, pero esperemos sea una realidad no muy lejana, poder tener instaurado una conexión con video cámara para el seguimiento de determinados pacientes terminales, y que tanto el propio paciente como su familia se sientan acompañados por su enfermera o médico en el seguimiento, o todo aquello que se nos pueda ocurrir, que sirva para mejorar la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes.

Siempre teniendo presente que esto no suponga una deshumanización en el trato con el paciente, cuidadores y familia, siendo éste uno de los mayores riesgos contra los que la enfermera debe luchar

4.1.7. Metodología del trabajo enfermero

La realidad de la enfermería en el ámbito de APS, exige establecer una **sistemática de trabajo** común para todos los profesionales que permita proporcionar cuidados de calidad, utilizando un mismo lenguaje para desarrollar la consecución de los objetivos de la APS en la promoción y fomento de la salud, y prevención de la enfermedad.

De la implantación de esta sistemática de trabajo, va a depender la puesta en marcha en la praxis diaria de la **Metodología de Trabajo Enfermero**, como herramienta básica para el desarrollo y prestación de cuidados.

Actualmente, existen muy pocos profesionales que utilicen de manera sistemática la metodología científica, suponiendo un freno importante para el desarrollo de la enfermería como ciencia. Esto repercute en que exista:

- disparidad en la manera de trabajar de los distintos profesionales
- dificultad para continuar los cuidados establecidos
- imposibilidad para la investigación
- imposibilidad para establecer un coste a los cuidados
- imposibilidad para demostrar cómo gracias a dichos cuidados las enfermeras estamos contribuyendo a la mejora de la salud de la población.

Todo lo anterior indica, por una parte, la necesidad de una metodología común, asumiendo la falta de conocimientos, habilidades y estrategias de implantación, y por otra, se hace imprescindible la necesidad de aumentar la formación, que nos permita:

- Conocer el método con profundidad
- Establecer unos criterios y prácticas comunes en la valoración, tanto general como focalizada
- Realizar la valoración según los once patrones funcionales de Marjory Gordon, por que demuestra ser el método que mejor se adapta a los distintos pacientes, familias, grupos poblacionales y situaciones que se presentan en APS. Permite valorar a las personas en el continuo proceso salud-enfermedad, teniendo en cuenta el entorno biopsicosocial y es además el más utilizado en APS en España
- Identificar los Diagnósticos de Enfermería según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), más

frecuentemente utilizados en Atención Primaria, clasificándoles por patrones funcionales alterados

- Definir por cada diagnóstico las intervenciones de enfermería mas frecuentes
- Aplicación del método tanto en la Historia clínica convencional como en el sistema informático OMI
- Elaborar planes de cuidados estandarizados para los distintos grupos poblacionales y pacientes crónicos atendidos habitualmente en APS
- Conocer los costes de los cuidados
- Investigar sobre cualquier aspecto de los cuidados enfermeros que nos permita desarrollar una enfermería basada en la evidencia

Es incuestionable, las ventajas que nos va a proporcionar el trabajar de manera sistemática con una metodología científica de trabajo, pero es necesario:

- 1- Formación facilitada por la empresa en horario laboral, ya que redundaría en su beneficio.
- 2- Creación de indicadores de calidad del trabajo con planes de cuidados, reconociéndolos dentro de la Cartera de Servicios y del contrato de gestión de los equipos de A.P.
- 3- Que las enfermeras lo asumamos y lo pongamos en práctica

4.2. Gestión

En general, creemos que la participación de las enfermeras en la gestión del sistema sanitario es escasa y a veces meramente anecdótica y testimonial.

No tiene sentido, que nuestro sistema sanitario esté planificado y gestionado solo por un gremio profesional. Creemos indispensable que exista la presencia de enfermeras en cada nivel para hacer creíbles los valores que conforman nuestro sistema sanitario y para evitar que se siga produciendo un sesgo hacia la medicalización de los problemas, sin tener en cuenta la aportación del saber enfermero.

4.2.1. Enfermera Gestora en la administración sanitaria

Es fundamental que las enfermeras estemos dentro de los puestos de gestión para participar desde donde se planifica y toman las decisiones. Por que sin que existan enfermeras en estos ámbitos de decisión es imposible que podamos transmitir nuestra visión del cuidado como esencia del desarrollo del sistema. Somos las enfermeras las expertas en cuidar y en saber gestionar los cuidados, pero necesitamos nos den la posibilidad de ocupar puestos de responsabilidad, con capacidad de autonomía y decisión.

Creemos que en los puestos de dirección y asesoramiento de las Consejerías de Sanidad de las CCAA, deben de estar enfermeras con capacitación, profesionalidad y con capacidad de liderazgo, respaldadas por su trayectoria personal y curricular.

Esperamos que la puesta en marcha de la carrera profesional, sea un medio para asegurar que las enfermeras más capacitadas abanderan el liderazgo de la profesión.

4.2.2-Enfermera gestora de casos

Dentro del desarrollo y potenciación de la atención Domiciliaria, y ahora con la futura aprobación del Libro Blanco "Atención a las personas Dependientes en España", cobra forma la creación o impulso de la figura de la enfermera encargada de coordinar y asegurar la continuidad de cuidados.

En el apartado dedicado a la Atención en el Domicilio, ya se ha comentado cual sería el cometido de la enfermera gestora de casos. El fin último, es establecer el plan de cuidados de la persona dependiente y coordinar todos los recursos sanitarios y sociales posibles, partiendo de los más cercanos de la comunidad a los más alejados, para conseguir optimizar dicho plan.

Existen varias experiencias en esta línea, por ejemplo, el desarrollo de la figura de la "***enfermera de enlace***", que son enfermeras comunitarias que se dedican al desarrollo de la gestión de casos. Empezó esta figura en Canarias y se han sumado ya otras comunidades como Andalucía y ahora también Cataluña. Llevan ya varios años trabajando y en el año 2005 presentaron ya sus primeros datos, con los que certificaron la mejora en la calidad de atención a las personas con dependencia, basados en el total de casos reales que resolvieron y atendieron.

Es importante estar alerta ahora, cuando desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales se organice la puesta en marcha de la Ley de la Dependencia, no se nos escape esta

oportunidad de liderar la gestión de los cuidados pues somos las enfermeras las profesionales del cuidado.

4.2.3. Adscripción de población por enfermera

Es fundamental para que se puedan llevar a cabo el desarrollo de las propuestas anteriores, que a cada enfermera se le adscriba una población de la que la enfermera sea la responsable de los cuidados de la misma y la población la tenga como referencia, como "enfermera comunitaria de cabecera" para solicitar cualquier servicio de cuidados enfermeros que precise.

¿ Cómo vamos a atender la demanda de la población en la Consulta de Enfermería, si no sabemos quién es la enfermera de cada paciente, o si lo sabemos la Administración no quiere reconocerlo y remunerarlo, y con el argumento de que somos integrantes del equipo se nos varia la organización de trabajo, según conveniencias?.

Creemos, que ya se está trabajando de manera no reconocida con la asignación de pacientes por enfermera, pues en general, la organización del trabajo en los equipos de A.P. determina que una enfermera atienda el cupo de unos o dos médicos del equipo. Sin embargo esos pacientes que atiende esa enfermera, no son su referencia para todos los posibles problemas de salud, pudiendo tener que ser atendida, según determine la organización de cada equipo, por cualquier otra enfermera del equipo de enfermería.

Situación muy cómoda para la Administración, pues en base a eso nos puede reorganizar el trabajo según sus necesidades de gestión, adjudicando y quitando pacientes de uno y otro cupo, aunque siempre tenemos adscrito, aunque sea de una manera hipotética, un número de pacientes que tenemos que atender. Por que la atención que necesita hoy nuestra población no admite otra posibilidad, y decir que no se puede adscribir población directamente a la enfermera es una farsa, que genera insatisfacción y desmotivación a partes iguales.

Creemos que es inadmisibile esta situación en un Sistema Sanitario Público moderno y que apuesta por una renovación y modernización de la Atención Primaria.

La asignación de pacientes por enfermera, no debe ser de partida, los mismos que los de un cupo médico, si no buscar igual que se hizo para definir el cupo médico una serie de ***criterios, para definir como asignar una población concreta y definida a cada enfermera, en base a:***

- La dispersión geográfica
- El nº de personas mayores de 75 años
- Los niveles de dependencia sociosanitaria
- La existencia de zonas de marginalidad
- La población inmigrante
- La existencia de residencias geriátricas, centros educativos
- La existencia de programas hospitalarios de altas precoces, u otros que generen actividad enfermera
- La Cartera de Servicios del equipo

Éstos, deberían ser los criterios de la Administración Sanitaria para decidir cuantas enfermeras se necesitan y que número de pacientes va a tener cada una.

Es importante, que se consolide la adscripción de población enfermera por:

- La Ley General de Sanidad que así lo recoge.
- Hoy en día se ofrece que se elija, lo que se entiende que es importante, lo que no se asigna. Las enfermeras creemos que los cuidados de enfermería son básicos para mejorar la calidad de vida de la población, y el Sistema ¿ Qué piensa?.
- No podemos ir en lote. El usuario elige médico, y la enfermera como da igual, la que le toque. Día a día, se viven situaciones en las que el usuario decide cambiarse de médico y no de enfermera, pero no existe esa posibilidad, le obligan al lote completo. Los trabajos de ambos profesionales son independientes, aunque existan muchos puntos de interrelación, pero eso no obliga a una simbiosis total.
- Para el fomento de la Nueva A.P.
- Oferta de calidad hacia el usuario.

4.3. Formación

4.3.1 Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

- La aprobación de las especialidades ha sido un gran logro para toda la enfermería y la sociedad.
- La elaboración del programa de formación de la especialidad.

4.3.2 Formación Continuada

4.4. Investigación

Enfermería Basada en la evidencia (E.B.E.)

- Fomentar la investigación de Enfermería Comunitaria, nos va a permitir fomentar la E.B.E.
- En la nueva A.P., los programas y protocolos que formen parte de la Cartera de Servicios de Enfermería deberán estar avalados por estudios de investigación.
- Debe ser un objetivo fundamental, a impulsar dentro de la especialidad.
- Tenemos que creernos en la responsabilidad de investigar, tanto con la profesión como con los ciudadanos.

Conclusión:

Estamos en un momento clave de replanteamiento del trabajo de AP, en el que la enfermería deberá liderar esta nueva reforma para consolidar su trabajo como profesionales del cuidado

ANEXOS

I.- BIBLIOGRAFIA

- “Manual de Competencias de la enfermera de atención primaria”, Programa de Acreditación de Competencias del Sistema Sanitario de Andalucía, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2006.
- “Plan de Mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009”. Consejería de sanidad y Consumo, Madrid, 2006.
- “Informe sobre planes de cuidados informatizados en OMI-AP (Versión 6)”, Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria, SEMAP, 2005.
- “Análisis de la Situación y Propuestas de Mejora de la enfermería de atención Primaria de Asturias”, Junta Directiva de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias, SEAPA, Noviembre 2004.
- “Catàleg d'intervencions de cures d'infermeria familiar i comunitària”, Junta Directiva de la Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya, AIFICC, Barcelona , Junio 2004.
- Manuel López Morales, Presidente de FAECAP, “La Enfermería Comunitaria de Nuevo Siglo”, Ponencia de las Jornadas 20 años de Atención Primaria en España Ministerio de Sanidad y Consumo, Noviembre 2004.
- “Líneas Estratégicas para el desarrollo de la Enfermería Comunitaria”, I Foro de ASANEC, Granada, 2004.
- “Manual de metodología de trabajo enfermero en atención primaria”, Junta Directiva de la Asociación de Enfermería Comunitaria de Cantabria, AECC, 2003.
- “Análisis y Propuestas de Futuro de FAECAP”, Documento interno, Junta Directiva FAECAP, 2003.
- “Memoria de actividades de Prevención del Tabaquismo de SEAPA y FAECAP”, Fernanda Cifuentes, FAECAP, 2002.
- “Propuesta para el desarrollo del Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid”, Documento reconsenso de SEMAP, 2002.
- “Guía de metodología y diagnósticos de enfermería”, Grupo Regional de Metodología y Diagnósticos de Enfermería de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias, SEAPA, 2002.
- “La Atención Primaria en la Comindad de Madrid: reflexiones y propuestas de futuro, Documento de consenso de SEMAP, 2002.
- “Los Equipos de Atención Primaria: propuestas de mejora”, Documento de consenso en que participó FAECAP, INSALUD, Madrid, 2001.

- “Gestión de Servicios de enfermería en Madrid: Mirando al futuro”, Documento de consenso Directores de Enfermería AP Comunidad de Madrid, Madrid, 2000.