

## Puntos estratégicos

### INFORME DE PROPUESTAS DE EFEKEZE (SOCIEDAD CIENTIFICA DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE EUSKADI) PARA LA MEJORA DE LA ATENCION PRIMARIA, EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL

#### Resumen

**PUNTO 1.-** SOBRE EL DESPLIEGUE DE LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

**PUNTO 2.-** SOBRE EL LIDERAZGO DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE CALIDAD

**PUNTO 3.-** SOBRE LA LIBRE ELECCIÓN DE ENFERMERA Y ASIGNACIÓN POBLACIONAL.

**PUNTO 4.-** SOBRE EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS Y LA TRASLACIÓN DE EVIDENCIA CLINICA EN LA PRÁCTICA.

**PUNTO 5.-** SOBRE EL DESARROLLO PROFESIONAL DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN SUS MÁXIMAS COMPETENCIAS.

**PUNTO 6.-** SOBRE LA ENFERMERA COMUNITARIA COMO LIDER Y EXPERTA EN EDUCACIÓN EN SALUD, IMPULSORA DE REDES DE SALUD, EXPERTA EN LOS RECURSOS COMUNITARIOS Y ACTIVISTA PARA LA DISMINUCIÓN DE DESIGUALDADES SOCIALES.

**PUNTO 7.-** SOBRE LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO REAL DECRETO QUE REGULA LA INDICACIÓN, USO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE USO HUMANO POR PARTE DE LAS ENFERMERAS

**PUNTO 8.-** SOBRE LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ENTRE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA, LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS SERVICIOS SOCIALES.

**PUNTO 9.-** SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA AL DESARROLLO DE LOS LENGUAJES ESTANDARIZADOS

**PUNTO 10.** SOBRE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD, FRAGILIDAD Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.

**ANEXO:** Posicionamiento de EFEKEZE sobre la gestión del conocimiento de los profesionales expertos/especialistas en atención familiar y comunitaria y propuesta para asegurar una mínima formación que capacite al profesional en las competencias básicas que cercioren una atención de calidad y eviten riesgos en la seguridad clínica ante las incorporaciones de nuevo personal.

## Justificación

A lo largo de la historia, la relación del usuario con el sistema y los profesionales de la salud se ha ido configurando de distintas maneras, dependiendo en cada momento de diferentes circunstancias, tanto ideológicas como socioeconómicas. Hoy en día, los avances en el campo de la salud y la complejidad de los procesos han dado lugar a una gran diversificación técnica, a la multiplicidad de funciones y cometidos y, por ende, a un abordaje multidisciplinar de la salud de la población.

Por otra parte, las nuevas demandas de salud, consecuencia directa de los cambios sociales (envejecimiento, cronicidad, aumento de las desigualdades, cambios en las familias, aumento creciente de las expectativas y demandas hacia los sistemas sanitarios por parte de la ciudadanía...), requieren respuestas que superen el tradicional modelo biomédico, hospitalocéntrico y fragmentado de la atención sanitaria. Modelo que tradicionalmente ha estructurado la demanda asistencial en base a la atención de procesos de enfermedad y programas asistenciales de dudoso impacto en prevención y promoción de la salud.

Las profesionales de Enfermería apostamos por el modelo Integral de cuidados cuya visión holística incluye conceptos como bienestar, autocuidado, autonomía y derecho de las personas a participar en el proceso de toma de decisiones sobre su salud. Modelo en el que la persona ubicada en su comunidad adquiere competencias sobre su salud y el cuidado familiar y comunitario, alejado del modelo tradicional basado desde el hacer por el otro/a y que se acerque a un modelo de hacer junto al otro/a. En este nuevo modelo la enfermera familiar y comunitaria asumirá la responsabilidad de un papel relevante como agente promotor de la salud y del fomento del autocuidado.

Nuestra máxima aspiración es la mejora continua de la calidad de los cuidados enfermeros y el bienestar de la población, en un modelo de salud que optimice todo nuestro potencial, conocimientos y competencias profesionales. Para hacer efectiva esta aspiración, proponemos la implantación de una serie de cambios estratégicos.

## **PUNTO 1.- SOBRE EL DESPLIEGUE DE LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

Derivados del REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería defendemos la puesta en marcha y desarrollo de las Unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria, así como el sistema de formación de residentes. De tal forma, que se asegure una formación de calidad de éstos y el incremento progresivo en la oferta de plazas de residente. Por ello, proponemos velar por el buen desarrollo e implantación de la formación de las futuras enfermeras especialistas a través del sistema de residencia actual.

Los centros sanitarios acreditados para la formación especializada deben contar con una comisión de docencia y los jefes de estudios, coordinadores docentes y tutores que resulten adecuados en función de su capacidad docente y actividades a desarrollar.

Se debe fomentar por ello la participación de las profesionales de Enfermería en la formación de las enfermeras pre y post graduadas (EIRs. Enfermera Interna Residente), entendiéndose que éstas en un futuro cercano representarán nuestro relevo generacional. Para esto, es imprescindible la inclusión de tiempos y espacios para la docencia pre y postgrado dentro de la agenda diaria, así como el establecimiento de alianzas con los centros universitarios para buscar la mejor formación de estas enfermeras.

Apostamos en un medio plazo por el **desarrollo de puestos funcionales específicos asignados para las enfermeras especialistas** (vía EIR o excepcional), lo que asegurará una mejor gestión del conocimiento y de los recursos profesionales existentes.

## **PUNTO 2.- SOBRE EL LIDERAZGO DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE CALIDAD.**

Exigimos apoyo institucional para el fortalecimiento de las estructuras directivas de Enfermería como garante de la calidad de los servicios enfermeros y con competencias plenas en planificación, desarrollo y evaluación de los recursos necesarios para la adecuada prestación de los cuidados que los ciudadanos necesiten.

Entendemos también que las funciones de gestión y organización deben desarrollarse en equipo dado que las actividades de unos profesionales influyen y condicionan las del otro. De esta forma, defendemos que se deben potenciar el

establecimiento de relaciones más horizontales no solamente entre profesionales sino entre los diferentes “niveles” de responsabilidad.

Consideramos imprescindible que los órganos de planificación y gestión cuenten con enfermeras en cada nivel para evitar que se siga produciendo un sesgo hacia la medicalización del sistema, sin tener en cuenta la aportación del saber enfermero. Es por ello que resulta esencial potenciar la figura del **responsable de Enfermería en cada UAP** como figura que dinamice y estimule el avance profesional, ayude en la implementación de la formación continuada y facilite la evaluación compartida de la calidad de los cuidados prestados y la atención sanitaria.

Consideramos que la evaluación de las diferentes estrategias, debe centrarse no solamente en el resultado final, sino hacer también hincapié en la evaluación del proceso así como de los **resultados a largo plazo**. El binomio salud-enfermedad y su abordaje socio-sanitario es tan complejo y entran en juego tantos factores y profesionales que sólo con una evaluación que contemple todos los elementos podrá comprender y valorar realmente el proceso. Para ello, indudablemente tienen que estar presentes todos los protagonistas incluidos los **USUARIOS** del sistema, verdaderos protagonistas. También resultará clave avanzar en la evaluación del servicio enfermero, en función de criterios de calidad, evidencia e impacto en salud de la población.

LA ENFERMEIA FAMILIAR Y COMUNITARIA COMO PROFESIONAL EMPODERADO y su contribución a la RUPTURA del estatus quo.

La carga histórica que soporta la enfermería en España, junto con el mantenimiento de ciertas tradiciones, como son la dualidad del rol (curar/cuidar; biologicista/humanista; colaborativo/autónomo), probablemente pesan en la identidad profesional actual, por lo que se sigue dando más importancia al rol relacionado con la tecnología y con los modelos biológicos, que responden más a la concepción masculina del sistema de salud que al rol de cuidar. La enfermera FyC puede y debe contribuir a la ruptura de este status quo y de poder hegemónico del modelo biologicista creador de dependencias.

### **PUNTO 3.- SOBRE LA LIBRE ELECCIÓN DE ENFERMERA Y ASIGNACIÓN POBLACIONAL.**

Entendemos que se debe avanzar hacia la adscripción de población por enfermera, normalizando su libre elección y proponiendo como criterios a tener en cuenta para

establecer el número óptimo de usuarios por enfermera: la dispersión geográfica, las personas mayores de 75 años, los niveles de dependencia socio sanitaria, el numero de pluripatológicos asignados, la existencia de zonas desfavorecidas o núcleos de marginalidad (agravados en la situación de crisis actual) y la pertenencia al mismo núcleo familiar.

Es por ello que proponemos el desarrollo de la figura de **la enfermera de referencia** asignada en la TIS, para que la población conozca su enfermera, los servicios que ésta puede prestarle y pueda elegirla. Esta medida posibilitará la personalización de los cuidados y al mismo tiempo, una mejora significativa en los indicadores de resultados en salud de la población. No es posible ofrecer calidad en la asistencia, continuidad en los cuidados y una personalización de los mismos si al mismo tiempo no se afronta la necesidad de adaptación de los recursos enfermeros. Para ello también resultará clave trabajar desde la colaboración con otros profesionales; médicos de familia, trabajadora social, área administrativa de los centros de salud, trabajadora social de base, personal de residencias socio sanitarias...

A pesar de la libre elección se entiende que toda la unidad de AP es responsable de la atención de su zona de influencia.

#### **PUNTO 4.- SOBRE EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS Y LA TRASLACIÓN DE EVIDENCIA CLINICA EN LA PRÁCTICA.**

Avanzar en la investigación de los cuidados en la implantación de cuidados basados en la última evidencia científica que contribuyan al desarrollo de la disciplina enfermera y impacten en mejores resultados en salud de la población a la que se presta servicio.

Rediseñando para ello, las funciones y los tiempos en las consultas de atención primaria y potenciando la formación en estrategias que aportan rigor y calidad al cuidado, permitirá progresar hacia la excelencia en los cuidados enfermeros.

Para ello vemos necesario el reconocimiento de la capacidad y responsabilidad de las enfermeras en todo el proceso de investigación, con especial atención a la evaluación de los resultados. Bajo un marco de investigación multidisciplinar y colaborativa el colectivo enfermero debe estar representado en todas aquellas instituciones y órganos con competencia en investigación, especialmente en el ámbito de los cuidados.

Además de lo anterior, se debe aportar e incluir tanto en la cartera servicios Enfermería atención primaria como en las guías clínicas y protocolos, la evidencia científica disponible.

**PUNTO 5.- SOBRE EL DESARROLLO PROFESIONAL DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN SUS MÁXIMAS COMPETENCIAS.**

Proponemos asignar responsabilidades a la enfermera en función de sus competencias, y preparación dado que corresponde a estos profesionales la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades en el “continuum” de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

Para ello promovemos el desarrollo competencial máximo de la Enfermera familiar y Comunitaria ante:

- Procesos crónicos/cronicidad
- Fragilidad, dependencia y final de la vida
- Atención domiciliaria
- Procesos agudos
- Abordaje Comunitario de la salud
- Promoción y prevención; Educación para la salud
- Competencias avanzadas
- Referente de procesos

**PUNTO 6.- SOBRE LA ENFERMERA COMUNITARIA COMO LIDER Y EXPERTA EN EDUCACIÓN EN SALUD, IMPULSORA DE REDES DE SALUD, EXPERTA EN LOS RECURSOS COMUNITARIOS Y ACTIVISTA PARA LA DISMINUCIÓN DE DESIGUALDADES SOCIALES.**

Consideramos clave el desarrollo de programas para educación de la salud en todo el ciclo de la vida dirigido a niños, adolescentes, padres, ancianos y cuidadores, donde se pongan en marcha estrategias para el empoderamiento y capacitación de los colectivos en salud. Programas que ya han demostrado su eficacia y que inciden en el autocuidado y la responsabilización sobre éste, como el Paciente Activo, consideramos que deben extenderse y potenciarse.

En el contexto de cambio actual, las **actividades de promoción y prevención** centradas en el empoderamiento de la persona y la comunidad emergen como claves del sistema, dado que son garantes de una mejor salud y calidad de vida de las comunidades actuales y futuras. Por ello, invertir en el desarrollo de intervenciones comunitarias centradas no sólo en los niveles medios y altos de complejidad (Modelo pirámide de riesgo. Kaiser Permanente), sino también en la base de la pirámide representa uno de los ejes del cambio.



Consideramos áreas prioritarias:

- Intervención en procesos de cambio y abandono de hábitos de riesgo y conductas no saludables: alimentación, actividad física, consumo de tóxicos: drogas, tabaco, alcohol, etc...
- Fomento de la independencia y autonomía en el mayor.
- Cuidados al cuidador informal.
- Autocuidados derivados de procesos crónicos específicos.
- Fomento de estilos de vida saludables y acompañamiento en etapas "vulnerables" de la vida; niñez, adolescencia, paternidad-maternidad, menopausia-climaterio, jubilación, vejez, muerte.

Especial hincapié se deben realizar sobre la promoción de estilos de vida saludables un contexto colaborativo con el resto de agentes comunitarios.

Estas actividades comunitarias de educación para la salud no pueden desarrollarse si no se contempla la participación ciudadana y de otras instituciones de la zona básica de salud, así como si no se encuentran normalizadas como parte de la actividad de los centros, para lo cual deben explicitarse tiempos en las agendas específicos e integrarse dentro de la cartera de servicios.

#### **PUNTO 7.- SOBRE LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO REAL DECRETO QUE REGULA LA INDICACIÓN, USO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE USO HUMANO POR PARTE DE LAS ENFERMERAS**

Ante la reciente publicación del nuevo RD 1302/2018 que finalmente establece el marco legal necesario para el reconocimiento de las competencias de las enfermeras para indicar, usar y dispensar medicamentos y productos sanitarios de uso humano. Las enfermeras familiares y comunitarias debemos de contribuir a la y creación implantación de protocolos y guías de práctica clínica que regulen el uso de los productos sanitarios, la titulación farmacológica y la dispensación segura de medicamentos, asegurando la máxima seguridad para los pacientes y la contención del gasto sanitario.

En este marco entendemos que debemos de colaborar en el desarrollo de los sistemas de información en historia clínica que permitan la firma de la administración de medicaciones, la monitorización de la adherencia farmacológica y de productos sanitarios de los ciudadanos y garantizar el uso racional de productos.

**PUNTO 8.- SOBRE LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ENTRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA, LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS SERVICIOS SOCIALES.**

Se debe asegurar la continuidad con mecanismos de coordinación y circuitos de comunicación y con la unificación de criterios en la redacción y elaboración de informes al alta para la continuidad de cuidados. Proponemos además avanzar en la redacción de otros informes de enfermería que faciliten la comunicación entre diferentes entornos asistenciales y/o de otras instituciones sociosanitarias.

Por otro, entendemos que debemos asumir la responsabilidad en la redacción de los informes de valoración para la aplicación de la Ley de dependencia puntos 21 y 22, además de asegurar la asignación de los recursos más adecuados en cada caso.

**PUNTO 9.- SOBRE LA CONTRIBUCIÓN AL DESARROLLO DE LOS LENGUAJES ESTANDARIZADOS**

A pesar de que la Enfermería es la disciplina que mejor pueda acercarse a dar respuesta a la actual demanda del mundo asistencial, dado que contempla a la persona como un conjunto biopsicosocial y cultural, acercando un abordaje fenomenológico a las realidades individuales y colectivas, es aún hoy una profesión prácticamente invisible en los sistemas de salud, dado que su contribución a la salud de la población permanece encubierta.

Los lenguajes profesionales enfermeros y los sistemas de clasificación son fundamentales para definir la profesión y avanzar en su reconocimiento como disciplina científica con entidad propia. Permiten describir sistemáticamente, en base a modelos teóricos los cuidados de enfermería, comparar datos para la investigación, cuantificar y avanzar en la visibilización en los sistemas de gestión y calidad del cuidado.

La terminología enfermera es clave para trabajar con el Proceso Enfermero y para el desarrollo de los sistemas de información, y ofrecen la oportunidad de explorar indicadores de proceso y resultados de salud de la población, además de ser una herramienta para la gestión y clasificación de pacientes por complejidad y consumo de recursos, contribuyendo a añadir complejidad en los GRD y ACG.

El uso de una metodología y lenguaje común para todas las enfermeras, es decir, trabajar en base a diagnósticos y plan de cuidados, contribuye a construir una identidad propia y contribuye a la capacidad de tomar decisiones profesionales autónomas sin la participación de figuras de poder tradicionales.



**PUNTO 10.- SOBRE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD, FRAGILIDAD Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.**

El envejecimiento, junto con la evolución de las enfermedades crónicas, es causa de limitaciones físicas y psíquicas progresivas que dificultan la realización de las actividades básicas de la vida diaria, siendo la principal causa de demanda de cuidados en el domicilio.

Las personas mayores frágiles, con enfermedades crónicas y comorbilidades necesitan cuidados profesionales que promuevan en las personas el autocuidado y la autogestión de la enfermedad. Los programas sistematizados de visitas domiciliarias preventivas a mayores y personas vulnerables/dependientes disminuyen las tasas de mortalidad y las tasas de institucionalización, contribuyendo también a retrasar el declive. Consideramos a la enfermera comunitaria como el profesional **más capacitado para el fomento del autocuidado, garantizar la continuidad asistencial y coordinar los recursos** en el domicilio y ante situaciones de complejidad y dependencia.

Es por ello que debe tomar parte activa y liderar políticas y programas orientados a la reorientación del sistema. Es necesario desarrollar las competencias enfermeras avanzadas en beneficio de nuestra población y de la sostenibilidad del sistema, dar a conocer a la población nuestras competencias y cartera de servicios, establecer objetivos de salud en la población más frágil y definir los indicadores de proceso y resultado para poder medir, analizar y evaluar la práctica enfermera.

Destacar que la atención domiciliaria es irremplazable si quiere garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades sociosanitarias que presentan los pacientes. La sociedad ha de ser consciente de que la enfermera juega un papel determinante en el cuidado a domicilio de las personas con patologías crónicas, dependientes y al final de la vida.

Defendemos que;

-Todas las actividades que se realizan en el domicilio deben establecerse en el marco de guías clínicas y protocolos basados en la evidencia. Deben definirse indicadores de calidad y coste-efectividad que permita una evaluación y mejora continua de los cuidados a domicilio.

-La enfermera es el agente de salud de referencia en el domicilio, quien debe asegurar la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado y apoyar a los cuidadores familiares respetando y reforzando su rol.

Junta directiva de EFEKEZE

Diciembre 2018

## Anexo I:

Desde EFEKEZE, queremos hacer una obligada reflexión sobre los procesos de trasvase de profesionales desde otros niveles de atención (hospitalaria principalmente) y la pérdida que supone la marcha de profesionales formados y capacitados a otros ámbitos asistenciales fruto del sistema actual de selección, provisión y traslado de profesionales.

Entendemos que el desarrollo de puestos funcionales específicos asignados para las enfermeras especialistas (vía EIR o excepcional), podrá en un futuro evitar que esta deficiente gestión del conocimiento y expertia profesional tenga lugar. Todos los puestos susceptibles de ser cubiertos por especialistas en Enfermería familiar y comunitaria, deben ser ocupados por personal especialista vía EIR, o aquellos profesionales que estuvieran en condiciones de acceder a la especialidad a través de la vía excepcional (puesto que cumplen los requisitos). Dicho de otra forma, la especialidad debe ser y será un requisito necesario para todos los procesos de selección y provisión (traslados, movilidades, OPEs, etc...)

Como sociedad científica, entendemos por puestos susceptibles, todos los de enfermería asignados a OSIs con adscripción a Centro de salud. En este sentido es inaplazable, la inclusión de la categoría enfermera especialista en Enfermería familiar y comunitaria, dentro del decreto de puestos funcionales de Osakidetza y la asignación como requisito a las plazas de enfermera de AP. El reconocimiento de la categoría profesional, debe llevar también un elemento diferenciador en bolsas de trabajo específicas para cada una de las especialidades enfermeras.

Sin embargo, mientras este hecho no sea una realidad, como sociedad científica y velando por los principios de justicia social, calidad asistencial y seguridad clínica, nos vemos obligadas a realizar las siguientes propuestas;

-Por un lado, la designación de una puntuación específica tanto en las oposiciones, como en los traslados para aquellos profesionales que estén en disposición de acceder al título por vía extraordinaria o se encuentren en posesión del título de Especialista en Enfermería familiar y comunitaria.

-Por otro, el que las organizaciones de servicios (OSIs) aseguren una formación mínima que capacite al profesional en las competencias básicas que cercioren una mínima atención de calidad y eviten riesgos en la seguridad clínica. Entendemos que

esta formación debe contemplarse dentro de su jornada laboral y complementarse formación teórico-práctica y tutorización clínica (a través del solape con una enfermera experta en atención familiar y comunitaria).

Las competencias básicas que debe alcanzar una enfermera antes de incorporarse de forma autónoma deben hacer referencia a;

- a) Identificar las necesidades de salud de la población y proporcionar la correcta respuesta de cuidados de los servicios de salud a los ciudadanos.
- b) Asegurar el seguimiento y la atención longitudinal al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados, en su entorno y en todas las etapas de la vida, con especial atención a aquellos que deben ser atendidos en su domicilio.
- c) Responder eficazmente ante las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad.
- d) Desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria y grupal, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- e) Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados, mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.

**Ofrecer por último nuestra disposición para colaborar con estos aspectos de formación continuada de los profesionales enfermeros.**