



## ARTÍCULO ESPECIAL

# La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad



Angélica Miguélez-Chamorro<sup>a,\*</sup> y Carmen Ferrer-Arnedo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Trencadors S'Arenal de Lluçmajor, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Palma de Mallorca, España, Grupo de Crónicos de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

<sup>b</sup> Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, Hospital de Guadarrama, Madrid, España

Recibido el 20 de octubre de 2013; aceptado el 4 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 27 de diciembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Enfermedad crónica;  
Complejidad;  
Competencias enfermeras;  
Proceso de enfermería;  
Atención primaria

**Resumen** Se estima que el paciente crónico complejo y/o frágil supone un 5% de la población y consume el 65% de la totalidad de los recursos sanitarios.

Las personas mayores con problemas de dependencia, con enfermedades crónicas y comorbilidades necesitan cuidados profesionales que promuevan en las personas el autocuidado y la autogestión de la enfermedad.

Es necesario plantearse un reenfoque donde adquieran un mayor protagonismo aquellos servicios relacionados con necesidades de cuidados profesionales. Las enfermeras y enfermeros son profesionales con una buena proyección para mejorar la sostenibilidad del sistema porque pueden responder de manera eficaz a las demandas de los pacientes en situación de cronicidad, dependencia y fragilidad.

Para que la enfermera pueda dar respuestas eficientes y coste-efectivas a las necesidades de salud de las personas dependientes y/o con enfermedades crónicas, es necesario analizar y corregir los factores que limitan el crecimiento profesional y la oferta de una cartera de servicios enfermeros, entre los que se encuentran la ausencia de enfermeras en las decisiones estratégicas, la falta de objetivos e indicadores de cuidados, la escasa medida del producto, la falta de asignación de población a la enfermera, la indefinición de competencias, la heterogeneidad en la profesión y el escaso poder en el sistema para liderar un proyecto de cuidados con autonomía.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Chronic disease;  
Complexity;  
Nurse competencies;  
Nursing process;  
Primary health care

**The family and community nurse: Health agent and model for the chronic patient within the community**

**Abstract** It is estimated that the chronic, fragile and complex patient represents 5% of the general population, but uses up to 65% of the total amount of health care resources.

Older people who are dependent, with chronic illnesses and comorbidities need professional care that promotes self-care and self-management of their illnesses.

\* Autora para correspondencia.

Correos electrónicos: [angelicamiguel@gmail.com](mailto:angelicamiguel@gmail.com), [angelicamiguel@yahoo.es](mailto:angelicamiguel@yahoo.es) (A. Miguélez-Chamorro).

Thus, new strategies need to be considered to channel those professional care services to focus on this group. Nurse practitioners are professionals who could lead this change to improve the sustainability of the health care system, since they are in a position to respond in an effective way to the demands of patients with chronic illnesses, dependency or fragility.

For the nurse working force to provide an efficient and cost-effective response to the health needs of chronically ill and disabled persons, an analysis needs to be made of the factors that restrict professional growth, as well as those nursing services where nurses do not take part in the decision making, as well as how to correct them. The lack of goals or quality care indicators, the measurement of the problem, the lack of patients assigned to a nurse practitioners, lack of training, the disparity of the profession in Spain, and the inability of the system to lead a self-sufficient care system project, should also be taken into consideration.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Si hay algo que justifique un cambio en la provisión de los servicios sanitarios, y por tanto en el papel que los diferentes profesionales de la salud deben desempeñar, es que la población ha cambiado de manera radical en los últimos años, y el sistema sanitario no ha sabido o no ha podido adaptarse a estos cambios dando respuestas adecuadas y sostenibles.

Se requiere un nuevo abordaje que tiene que ver con la cultura organizacional, con el envejecimiento, con los costes de los servicios, con la escasa participación de los pacientes en la toma de decisiones, con la abusiva medicalización de los servicios, con la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida, con la necesidad de generar el empoderamiento de las personas, con el escaso trabajo en equipo de los servicios sanitarios en el siglo xx y con que una cosa es la clínica y otra la necesidad de cuidados de cada uno.

En este marco, emergen las acciones del cuidado enfermero como una oportunidad para la sociedad. Esta oportunidad tiene que ver con el desarrollo del conocimiento enfermero y con su posición como «frontera» entre sistemas y entre la sociedad y los servicios sanitarios<sup>1</sup>, en el ejercicio de ese rol de acompañante, entrenador, capacitador y facilitador que las enfermeras deben ejercer con un enfoque de servicios más coste-efectivos, donde el cuidado es una pieza clave para la calidad y la seguridad en la atención al paciente con enfermedades crónicas.

Más allá de los metaanálisis y más allá de lo académico, la cronicidad tiene mucho que ver con la organización de los servicios. En este artículo se revisan las lecciones aprendidas, la posición de fortaleza de las enfermeras y los elementos de debilidad, para presentar un enfoque relacionado con el papel de las enfermeras ante la atención a la cronicidad, especialmente de las enfermeras comunitarias, para prevenir complicaciones, acompañar y entrenar a los pacientes en su autogestión y suplir y apoyar como gestor de casos en las situaciones de gran complejidad.

## La enfermera desde el inicio de la atención primaria

La reforma de la atención primaria ha supuesto un acercamiento de la salud a los ciudadanos. Hemos experimentado

grandes avances científicos y tecnológicos en el campo de la salud, pero no hemos sabido adaptarnos de manera eficaz a los cambios sociodemográficos y culturales de la población. Estos fenómenos han exigido la definición de propuestas de mejora y el impulso de estrategias para consolidar y potenciar el desarrollo de las funciones de los profesionales de la salud. En la circular 5/90 del INSALUD se especificaron las funciones que las enfermeras comunitarias debían realizar<sup>2</sup>, otorgándoles un nuevo rol. Esta circular supuso un avance para la profesión y una oportunidad para el sistema sanitario que esperaba aprovechar para la prevención y la promoción a una profesión bien formada y con ganas de ofrecer un nuevo producto a la población. La falta de implementación y desarrollo de esta circular limitó el crecimiento profesional de la enfermería comunitaria y la oferta de cuidados a la población.

En la nueva atención primaria, el cuidado a individuos y familias aparecía como elemento principal de la labor de la enfermera comunitaria, fundamentalmente en las áreas de promoción de hábitos de vida saludable y de educación para la salud a individuos y familias en el manejo de sus decisiones de salud y en la forma en que se adaptan y responden a una situación de salud-enfermedad, abarcando la atención en plano biofisiológico, psicológico y social, añadiendo como nos enseña Watson, el mundo íntimo de lo espiritual, de los deseos y de los valores personales, algo imprescindible a la hora de la planificación de los cuidados. Había quedado configurada la enfermería comunitaria<sup>3,4</sup>.

Los avances profesionales han sido importantes e irreversibles en el campo del desarrollo del cuidado como elemento diferencial de la profesión enfermera y como núcleo de la nueva oferta de servicios, pero los usuarios y la organización no acaban de reconocer a la enfermera como referente de cuidados en la sociedad<sup>3</sup>.

## Análisis de los determinantes que condicionan el crecimiento profesional y la visibilidad de los cuidados en la sociedad

### En el sistema sanitario

*El grado de desarrollo de las prácticas profesionales está definido por: la estandarización y sistematización de las actividades (programas y protocolos, planes de cuidados*

estandarizados, guías de práctica clínica, etc.), la evaluación del impacto de los cuidados, la implantación de prácticas basadas en la evidencia y el desarrollo de sistemas de información para la gestión de los cuidados (clasificaciones de diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados)<sup>3</sup>. La presencia de estos aspectos en nuestra organización, en general, es escasa, por lo que ni las enfermeras ni las disciplinas con las que trabajamos acaban de conocer bien la competencia y el trabajo enfermero.

*La medida del producto* es vital tanto para demostrar que las actividades que se realizan son necesarias y mejoran la calidad de vida de las personas ahorrando en otros recursos más caros, como para retroalimentar el proceso e introducir cambios para conseguir los objetivos. Sin embargo, el sistema sanitario no ha sabido definir objetivos de cuidados y medir el impacto de las actividades que realizan las enfermeras. La falta de medida aumenta la invisibilidad y genera frustración, insatisfacción y desmotivación, pues todos sabemos que lo que no se mide permanece invisible y carece de importancia para la organización<sup>5</sup>.

En el estudio realizado por Fuentelsaz sobre la visita domiciliar programada de enfermería en atención primaria<sup>6</sup>, se evidencia la dificultad para valorar las actividades realizadas debido a la heterogeneidad de las actividades y modos de registro de las mismas. Aún no se ha realizado en nuestro entorno ninguna revisión acerca del efecto de la visita domiciliar, a pesar de que hace 30 años que la llevamos a cabo.

*La ausencia de enfermeras gestoras en las políticas sanitarias*, en consejerías y en direcciones generales repercute en la falta de desarrollo del proceso enfermero y es responsable de normativas que promueven la invisibilidad, como ocurre con el RD 571/1990, que reconoce la figura del director médico y no la del director enfermero para ser gerente y sustituir al gerente<sup>7</sup>. Este hecho es clave, pues lo que no se nombra no existe, y esta invisibilidad dificulta el liderazgo en el colectivo enfermero y el respeto del resto de las profesiones sanitarias para la gestión autónoma de la profesión.

Desde algunas direcciones enfermeras y comunidades autónomas se ha realizado un esfuerzo importante en materia de *formación y de desarrollo informático para implementar proyectos de gestión de cuidados y desarrollar el modelo conceptual*<sup>8</sup>, sin embargo en la práctica diaria predominan las actividades delegadas orientadas al diagnóstico y tratamiento médico, sobre los cuidados y la promoción de salud, dando lugar a una menor oferta de servicios enfermeros<sup>3</sup>.

Así pues, nos encontramos con una flagrante falta de interés de la organización en cuanto al desarrollo de la profesión enfermera para dar respuestas de cuidados a la población, que repercute de manera directa en la seguridad, dado que esta pivota en la práctica enfermera.

## En la población

Los cuidados de enfermería no han calado en la sociedad, debido fundamentalmente a su escasa implantación, al poco tiempo que llevan prestándose y a la falta de una estrategia activa de venta a la población. Los usuarios, en general, piensan que el cuidado es algo intuitivo que carece de valor

profesional, e identifican mayoritariamente a la enfermera con actividades delegadas del médico, y por tanto, centran su nivel de satisfacción en este tipo de actividades. Estas circunstancias derivan en un escaso reconocimiento social de los cuidados<sup>3</sup>.

Un estudio observacional que analiza la percepción que los usuarios tienen de la enfermera familiar y comunitaria y de la libre elección de enfermera refleja que el 69,6% de la población entrevistada conoce a su enfermera. Los usuarios dan importancia a los aspectos humanitarios e identifican nuevos servicios relacionados con el rol autónomo de cuidar, donde la enfermera es apoyo y guía para los pacientes en situaciones de cronicidad y cambio, adquiriendo la visibilidad que se merece<sup>9</sup>. Las enfermeras de esta población han sabido dar un servicio diferenciado que los usuarios reconocen como propio de la enfermería.

## En la profesión enfermera

La enfermería es una profesión heterogénea con diferentes grados de formación y de visión. Esta circunstancia ha dificultado la implantación del proceso enfermero, la gestión y la visibilidad en la sociedad.

A pesar de todo, son las enfermeras las que han ido asumiendo cada vez más actividades y responsabilidades en la atención primaria: enseñan actividades de autocuidado, motivan al paciente para conseguir un cambio de actitud, diseñan los planes de cuidados para los pacientes inmovilizados y en fase terminal y para sus cuidadores, son las responsables de la atención domiciliar y del programa del anciano, realizan con autonomía diferentes procedimientos, trabajan en la adherencia al régimen terapéutico de los pacientes y en el autocontrol de enfermedades crónicas y lideran la educación para la salud, tanto en el centro de salud como en la comunidad<sup>10</sup>. Estas actividades no se han implementado de manera homogénea en todos los centros y comunidades autónomas, y no siempre han contado con organizaciones facilitadoras<sup>6</sup>.

En 2001 el INSALUD publicó los «planes de cuidados estandarizados» en atención primaria, dando valor así a las enfermeras y al cuidado. Este proceso de estandarización era una gran oportunidad de visibilidad que sentaba las bases para homogeneizar los cuidados para problemas específicos, pero habiendo conseguido que la organización reconociese este valor, las propias divisiones de enfermería no supieron o no pudieron empoderarse para llevar a cabo el proyecto<sup>11</sup>.

Vale la pena analizar la responsabilidad de los directivos enfermeros y de los coordinadores de enfermería en la autorregulación de las buenas prácticas. En un amplio trabajo de investigación se evidencia que el liderazgo es el factor mejor valorado por los profesionales para conseguir una práctica basada en la evidencia, tanto en el hospital como en la atención primaria<sup>12</sup>. Las enfermeras gestoras en puestos de responsabilidad deben ser determinantes para el desarrollo de la profesión y para poner en valor los cuidados enfermeros seguros y de calidad dentro de las organizaciones y de la sociedad.

Debemos aprender de los errores y generar cambios en el abordaje de la cronicidad, en las actuaciones de las enfermeras y en el liderazgo y dirección de la profesión.

## Escenario actual y papel de la enfermera en la atención al paciente crónico y/o con problemas de dependencia

### Escenario actual en la atención al paciente crónico

El envejecimiento poblacional, los procesos crónicos, el incremento de la discapacidad, la disminución de la red de apoyo informal y el aumento de la tecnología sanitaria disponible, generan problemas nuevos o hacen aflorar nuevas dimensiones de cuestiones tradicionales. Actualmente, casi el 50% de las estancias hospitalarias son de personas con más de 65 años, siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios y con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto<sup>13</sup>.

Se estima que el paciente crónico complejo y/o frágil supone un 5% de la población y consume el 65% de la totalidad de los recursos sanitarios. Para el año 2020 las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y en el 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años. Es razonable pensar que la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) gravitará en gran parte sobre la gestión de la atención a estos pacientes y motivará el desarrollo de planes específicos de atención a los mismos. Es también razonable pensar que deben redefinirse objetivos teniendo en cuenta las prioridades económicas; p. ej., en España el gasto público en cuidados de largo plazo es solo del 0,65% del PIB frente al 1,39% de media en la OCDE<sup>8,14</sup>.

La evolución de las enfermedades es causa de disfunciones en los distintos órganos y sistemas, provocando limitaciones físicas y psíquicas progresivas que dificultan la realización de las actividades básicas de la vida diaria y determinan la necesidad de las personas de ser ayudadas en estas tareas vitales elementales. Mucha de esta necesidad de ayuda es soportada actualmente por los familiares más próximos, pero se observa una transferencia de estas formas tradicionales de cuidados hacia los servicios de salud y sociales, con el consiguiente aumento de costes que ello supone<sup>14</sup>.

Los programas sistematizados de visitas domiciliarias preventivas a ancianos disminuyen las tasas de mortalidad y las tasas de institucionalización, y retrasan el declive funcional. Los programas de seguimiento domiciliario de pacientes con insuficiencia cardíaca y enfermedades respiratorias crónicas avanzadas disminuyen las tasas de reingreso y mejoran la calidad de vida y los costes de la atención. La validez y la consistencia de dichos trabajos han llevado a incluir la implantación de estos programas como recomendación «A» en las guías clínicas<sup>15</sup>. La enfermera comunitaria lidera el programa de atención domiciliaria, siendo la principal proveedora de este servicio<sup>15</sup>. Este es un rol reconocido, junto con la gestión de casos, en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS<sup>16</sup>.

La enfermera actualmente es el profesional mejor situado y con mejor perfil para llevar a cabo estas iniciativas, siendo además más coste-efectiva que otras profesiones.

El paciente confinado en el domicilio necesita de los servicios de atención primaria, del hospital y de los servicios

sociales. Ninguno de estos proveedores de servicios puede responder por sí solo a la necesidad de cuidados que tienen el usuario y su familia. De manera que si queremos mejorar la atención en el domicilio se necesita un profesional que coordine y dé continuidad a esos cuidados<sup>17</sup>. Una de las principales características del gestor de casos o enfermera de enlace, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, es que garantiza la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales y entre los sectores sanitario y social, y puede disponer de los recursos materiales y servicios que tiene el sistema sanitario en diferentes ámbitos asistenciales. Está en debate si la enfermera familiar de referencia debe tener las competencias de la enfermera de enlace comunitaria, o si la enfermera especialista familiar y comunitaria debe ser la enfermera gestora de casos. En cualquier caso, nadie cuestiona que este papel es competencia de la profesión enfermera, tal y como refleja la estrategia para el abordaje de la cronicidad del SNS<sup>16</sup>.

El abordaje de las personas con enfermedades crónicas ha cambiado especialmente porque el eje de atención es la persona con todas sus patologías y necesidades, y no la enfermedad. Ya no medimos la complejidad en función de la pluripatología, sino mediante un indicador de intervención transversal, el «nivel de dependencia», que marca la complejidad y la necesidad de cuidados de los pacientes. Por tanto, la participación de las enfermeras en la estratificación y priorización de los pacientes junto con los médicos de familia y los internistas es indiscutible. El «nivel de dependencia» debe ser utilizado en los hospitales para determinar los recursos que se asignan a los pacientes<sup>18</sup>.

Las personas mayores con enfermedades crónicas y comorbilidades, y con problemas de dependencia, necesitan *cuidados* profesionales que promuevan en las personas el autocuidado y la autogestión de la enfermedad<sup>19</sup>.

Los responsables de planificación de los sistemas sanitarios de todo el mundo han intentado definir los nuevos roles y competencias para satisfacer las necesidades de los enfermos y, en particular, para que estos puedan residir en entornos comunitarios y vivir una vida plena y cómoda en su propio municipio<sup>19</sup>. Tras evaluar el Programa Evercare sobre la prestación de atención sanitaria a los enfermos crónicos en el Reino Unido, la contratación de enfermeras comunitarias constituye ahora un factor clave en la política de autogestión del National Health Service (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido)<sup>20</sup>.

La declaración de Sevilla, documento de referencia para la cronicidad en nuestro país, también refleja la necesidad de fortalecer el papel de la enfermera en la prevención y seguimiento de las enfermedades crónicas<sup>21</sup>.

La población necesita que se impulse la atención domiciliaria en la sociedad actual con enfermeras resolutivas, que cuenten con los recursos necesarios para solucionar problemas<sup>3</sup>, por ser una estrategia coste-efectiva que da calidad de vida a las personas.

Sería razonable esperar un objetivo estratégico para las enfermeras que fomente y facilite la atención domiciliaria desde la organización, así como un indicador que mida el impacto en términos económicos y de calidad de vida (número de ingresos hospitalarios, adherencia terapéutica, incidencia de caídas y úlceras por presión, etc.)



## La enfermera de atención primaria, garante de los cuidados al paciente crónico dentro del equipo de atención primaria

El equipo de atención primaria es el responsable de prestar asistencia y cuidados de salud a la población en el primer nivel asistencial y debe garantizar la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos, y regulador de flujos<sup>22</sup>. El trabajo en equipo debe estructurarse bajo las premisas de: actuaciones multidisciplinares, objetivos comunes, comprensión y respeto al rol autónomo de cada profesión. El equipo debe conocer y respetar el área de responsabilidad autónoma de la enfermera y las actividades que realiza en la atención a las personas que padecen una enfermedad crónica en los diferentes estadios de la enfermedad. Las enfermeras deben conocer la misión que tienen en el equipo y llevarla a cabo hasta el final, estando dispuestas a ejercer el liderazgo de los procesos, de la gestión clínica y del equipo, para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas en situación de cronicidad y dependencia<sup>3,8,10,23</sup>.

El abordaje de la cronicidad y el envejecimiento debe potenciar la corresponsabilidad. Los ciudadanos han de participar de manera responsable en las decisiones sobre su salud, fomentando el autocuidado desde estrategias de autogestión, y esto solo se consigue con planificación de los cuidados y apoyo en la información veraz y completa<sup>24</sup>.

La enfermera es el único profesional sanitario que basa su cuerpo de conocimientos en el cuidado profesional y en el desarrollo de las capacidades y habilidades del individuo, cuidador y familia, para conseguir el mayor grado de autocuidado e independencia en el proceso salud-enfermedad. Esta manera de trabajar, reflejada en los modelos enfermeros de Virginia Henderson y Dorotea Orem, consigue la implicación activa de pacientes y familiares en el proceso de enfermar<sup>25</sup>.

Si revisamos las competencias que poseen las enfermeras al graduarse y al finalizar la especialidad en enfermería familiar y comunitaria, podemos asegurar que es la enfermera el profesional mejor preparado para liderar el cuidado, la adherencia, la continuidad de los cuidados y el aprendizaje del paciente con enfermedades crónicas, dentro del equipo multidisciplinar<sup>26,27</sup>.

## Cómo conseguir que las enfermeras den los mejores cuidados en la consulta del centro de salud o en el domicilio del paciente, en beneficio de la población, el sistema sanitario y la profesión

Los resultados excelentes se logran mediante un liderazgo que dirige e impulsa la estrategia, el desarrollo de las personas de la organización, la optimización de los recursos y la gestión y mejora de sus procesos<sup>28</sup>.

Los mejores cuidados son los que se prestan por personal competente, en el menor plazo de tiempo posible y lo más cerca posible del domicilio del paciente, y la enfermera de atención primaria puede proporcionarlos si cuenta con liderazgo profesional y con apoyo político gerencial para efectuar los cambios necesarios<sup>15</sup>.

Las enfermeras saben cuidar mediante el acompañamiento y el entrenamiento de las personas

para que adquieran los conocimientos y las habilidades necesarias para mejorar el control de su enfermedad crónica, y el sistema sanitario tiene la responsabilidad de implementar una estrategia de cuidados coste-efectiva que dé respuestas a las necesidades de salud de los usuarios en el escenario actual de cronicidad. Para ello es necesario:

- *Tener presencia enfermera en las políticas sanitarias y en la planificación estratégica.* Las enfermeras deben organizar y gestionar los cuidados en todo el sistema sanitario.
- *Contar con direcciones enfermeras que impulsen y lideren la gestión de los cuidados* en el marco de la gestión de procesos asistenciales en función de las necesidades de la población.
- *Tener presencia enfermera en el liderazgo de los procesos y en la gestión de los centros de salud.* Reivindicar el papel del coordinador o responsable de enfermería como líder para mejorar la gestión de los cuidados.
- *Definir los puestos de trabajo y las competencias de todos los miembros del equipo multidisciplinar,* para impulsar el trabajo en equipo y el respeto entre disciplinas sanitarias. El sistema tiene la obligación para con la sociedad de desarrollar las competencias profesionales en el marco de la ley de ordenación de las profesiones de 2003. Si 2 disciplinas son competentes para el desarrollo de un proyecto, lo debe impulsar y desarrollar la más eficiente y la más coste-efectiva. Las enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria han adquirido unas competencias bien definidas en su programa formativo; y el sistema tiene ahora la responsabilidad de definir los puestos de trabajos que deben ocupar y las competencias que deben desarrollar.
- *Asignar población a cada enfermera y dar a conocer este servicio a la población* para potenciar la longitudinalidad, la demanda de cuidados de la población, la continuidad de los cuidados y la relación entre usuario y profesional. Tener enfermera debe ser un derecho para asentar la relación terapéutica en la confianza y, para ello, es preciso promulgar leyes como la de Libre Elección de Enfermera de la Comunidad de Madrid de 2010<sup>2,3,6,15,23,28,29</sup>.
- *Difundir en la población y en la organización la cartera de servicios de las enfermeras* para encauzar las demandas al colectivo más adecuado, mejorando así la satisfacción y resolución de la enfermera y del resto de los profesionales.
- *Implantar la gestión por procesos para gestionar de manera eficiente la calidad de la atención de enfermería* a partir de un cambio organizativo en los servicios de salud orientados a la ciudadanía. El mapa de procesos de enfermería en atención primaria constituye la base para estabilizar, controlar y evaluar como expertos la práctica enfermera<sup>23</sup>. El desarrollo de mapas de procesos enfermeros en la atención a las personas crónicas en el centro y en el domicilio disminuye la variabilidad en la práctica enfermera, aumenta la seguridad para los usuarios y permite trabajar con metodología científica enfermera y con la mejor evidencia científica disponible<sup>30</sup>.
- *Formar desde un liderazgo eficaz a todos los profesionales contando con una estrategia específica de aprendizaje y conocimiento.* Los pacientes cuidados por profesionales bien formados sufren menos efectos adversos. La

formación tiene mayor valor a la hora de la predicción en la protección de los riesgos que la experiencia profesional<sup>5</sup>.

La formación en metodología enfermera aporta mayor seguridad y equidad<sup>30</sup>. Es imposible cuidar de forma eficaz y eficiente sin la utilización del proceso enfermero en la toma de decisiones clínicas<sup>3</sup>.

- *Estratificar a la población utilizando el criterio de «nivel de dependencia»* y no solo teniendo en cuenta la patología que sufren las personas, con el objetivo de dar respuestas eficientes a los pacientes más complejos, más frágiles y dependientes, y que en su evolución acaban siendo los grandes consumidores de los recursos del sistema.
- *Orientar las actividades hacia el autocuidado* para lograr la mayor autonomía posible en salud de los usuarios, mejorando su actitud y sus conocimientos, y ayudándoles a desarrollar las habilidades necesarias para alcanzar mejor control de su proceso, tratando como a un usuario más al cuidador principal y a la familia, para lo que es imprescindible reconocer a la enfermera como la entrenadora de los pacientes, que es un paso más que educar.
- *Implementar estrategias que promuevan la continuidad y la calidad de cuidados*, y no delegar un cuidado complejo y profesional en cuidadores informales. Si queremos trabajar en seguridad hemos de ofrecer al usuario una continuidad real de los cuidados dentro del sistema.
- *Evaluar el impacto de los cuidados definiendo indicadores de proceso y resultado*, ya que solo conociendo cómo repercute la intervención enfermera en la población se puede modificar y mejorar la atención.
- *Tener los suficientes recursos humanos y materiales*, ya que debe de existir un adecuado número de médicos y enfermeras para poder proporcionar cuidados profesionales, eficaces y seguros.

En cuanto a recursos humanos nos encontramos con una de las densidades de enfermeras más baja de los países desarrollados (un 43% inferior a la media europea). Esto supone que somos el segundo país con mayor número de médicos y el tercero con menor número de enfermeros de Europa, según datos de Eurostat<sup>5</sup>.

Los recursos humanos de profesionales sanitarios deben proporcionarse en función de las necesidades de salud de la población, la cartera de servicios y la necesidad de la racionalización del gasto.

En cuanto a recursos materiales, Batres Sicilia et al. refieren que una de las áreas de intervención que más satisfacción genera en la población atendida es la relacionada con la prestación de recursos de material de ayudas técnicas (camas articuladas, colchones antiescaras, grúas, etc.) que contribuye a garantizar una atención integral y continuada<sup>17</sup>. Dado que el material auxiliar y ortopédico mejora la calidad de vida del paciente y del cuidador, y es necesario para la planificación de los cuidados, debería ser prescrito y coordinado por la enfermera familiar y comunitaria

## Conclusiones

Los cuidados de calidad son imprescindibles para mejorar la calidad de vida de nuestra población, y los usuarios tienen derecho a conocer y a exigir estos cuidados; por lo

que la organización debe desarrollar una estrategia para la estandarización de los cuidados, la implantación del proceso enfermero y la evaluación del impacto en los usuarios y en la organización.

No podemos seguir sin directrices institucionales para el desarrollo de los cuidados, ya que repercute en la atención a la población, en el desarrollo profesional y en los costes para el sistema de salud.

La presencia de enfermeras en la toma de decisiones estratégicas es clave para desarrollar objetivos estratégicos en cuidados y mejorar la gestión de los cuidados.

La gestión ineficiente de los cuidados perjudica a la sociedad porque genera inseguridad e ineficiencia, y aumenta la medicalización y el gasto, dejando sin resolver los problemas de cotidianidad de los pacientes y sus cuidadores. Incumpléndose además las recomendaciones de racionalidad y competencia que se plantean para el abordaje de la cronicidad y la dependencia en los países de nuestro entorno. En España tenemos las herramientas: enfermeras formadas en la red de atención primaria. Solo falta la voluntad, que es una responsabilidad de las autoridades de la que se tendrá que responder a la sociedad de nuestro país.

## Financiación

Sin financiación.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Cuevas C, Neria M, Benavente MJ. El sistema de información para la administración de medicamentos a pacientes hospitalizados. En: Carnicero J, coordinador. La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008 [acceso 29 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.seis.es>
2. Circular de la Dirección General del INSALUD 5/90 de 18 de junio, que regula las actividades del personal de enfermería de los Equipos de Atención Primaria.
3. Del Pino Casado R, Martínez Riera JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. *Rev Adm Sanit.* 2007;5:311–37.
4. Urra M, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería.* 2011;3:11–22.
5. Miguélez Chamorro A. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario [acceso 21 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7250.php>
6. Fuentelsaz Gallego C. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Instituto de Salud Carlos III. Subdirección General de Investigación Sanitaria Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002. [acceso 21 de oct 2013]. Disponible en: <http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN.02.pdf>
7. Real Decreto 571/1990, de 27 de abril, por el que se dictan normas sobre la estructura periférica de gestión de los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, número 112, de jueves 10-05-90.

8. Miguélez A, Miralles J, Font MA, Noriega F, Coll M, Muñoz Y, Caravaca N, et al. Perfil y competencias de la enfermera familiar y comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. 2011. ISBN: 978-84-694-6586-8.
9. Ferrer Arnedo C, Vaquero Vaquero MD, Busquets Ferrer C. Percepción de los usuarios de la Atención Primaria de Madrid sobre el reconocimiento de su derecho a ejercer libre elección de enfermera. *Tesela [Rev Tesela]* 2013; 13 [acceso 25 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts13/ts8092.php>
10. Ferrer Arnedo C. El abordaje de la cronicidad: la enfermería comunitaria ante una estrategia asentada en el cuidado. *Revista EFC*. 2013;1:8–15.
11. Instituto Nacional de la Salud. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Número de publicación INSALUD: 1.807. Madrid:Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. [acceso 3 de oct 2013]. Disponible en: [http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/planes\\_cuidados.pdf](http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/planes_cuidados.pdf)
12. De Pedro Gómez JE, Morales Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perelló Campaner C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit*. 2011;25:191–7.
13. Morales Asencio JM. Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (ed. digital) 2009; 18(4). [acceso 26 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/249252.php>
14. Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: la Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clin*. 2012;73 Supl. 1:57–14.
15. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MÁ. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. *Informe SESPAS*. 2012.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
17. Batres Sicilia JP, Álvarez Tello M, Gallardo Santos P. De la precisión de los cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit*. 2009;7:313–22.
18. Memoria de la dirección de enfermería 2012 del hospital de Guadarrama de Madrid [acceso 1 Oct 2013]. Disponible en: [www.portal.salud.madrid.org/hospitales/guadarrama](http://www.portal.salud.madrid.org/hospitales/guadarrama)
19. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz M. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26: 176–83.
20. Rogers A. Consideraciones sobre la autogestión de las enfermedades crónicas. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (ed. digital). 2009; 18(4) [acceso 20 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/253257.php>
21. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Melguizo Jiménez M, et al. «Declaración de Sevilla» conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp*. 2011; 211:604-6 [acceso 2 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/grupos/edad-avanzada/publicaciones/declaracion-sevilla.pdf>
22. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial de Estado*, número 222, de sábado 16 septiembre de 2006.
23. Mora Martínez JR, Ferrer Arnedo C, Ramos Quirós E. Gestión clínica por procesos. Mapa de procesos de enfermería en Centros de salud. *Rev Adm Sanit*. 2002;6:135–59.
24. Ferrer Arnedo C. Los valores como motores de transformación en la práctica del cuidado en Atención Primaria. *RIdEC*. 2011;4.
25. Grupo de Crónicos de la Federación de Asociaciones de Enfermeras Comunitarias y de Atención Primaria (FAECAP) Álvarez Prieto JL, Espejo Matorrales F, Ferrer Arnedo C, Lifante Pedrola Z, Martínez Carpio A, Miguélez Chamorro A, et al. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. Mayo 2012 [acceso 4 Ago 2013]. Disponible en: [www.faecap.com/documents/download/127](http://www.faecap.com/documents/download/127)
26. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado* número 157, de Martes 29 de junio de 2010.
27. Sánchez-Gómez B, Duarte-Climents G, Aguirre-Jaime A, Sierra-López A, Arias-Rodríguez A, de Armas-Felipe JM. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. *ENE Revista de Enfermería*. 2012;6:39.
28. Moracho O, Nuño R. Gestión de la calidad total en el sistema sanitario. En: Bengoa R, Nuño R, editores. *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas*. Barcelona: Ed Elsevier Masson; 2008. p. 73–106. Cap 5.
29. Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, número 189, de lunes 9 de agosto de 2010.
30. Miguélez Chamorro A, Moreno Sancho ML, Llull Ordinas F, Méndez Castell MC, Ribot Cabrer MM, Taltavull Aparicio JM. Implantación del Mapa de Procesos de Enfermería en Atención Primaria de Mallorca. *Tesela [Rev Tesela]*. 2010; 8 [acceso 25 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts8/ts7561.php>