
Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud

Rafael del Pino Casado^a y José Ramón Martínez Riera^b

^aEnfermero. Profesor de Enfermería Comunitaria.

Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Jaén.

^bEnfermero. Departamento Enfermería Comunitaria. Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.

Resumen

En un ejercicio exento de generosidad se podrían calificar de ineluctables los avances profesionales enfermeros acaecidos en los últimos 20 años, a partir del cambio de rol que supuso la reforma de la Atención Primaria de salud. No obstante, la población sigue identificando a las enfermeras y enfermeros con las actividades delegadas del diagnóstico médico, de forma que el cuidado es poco visible, y por tanto, poco accesible.

En este artículo se intentará dilucidar el porqué de esta escasa visibilidad del cuidado (analizando para ello a los principales actores del proceso: los usuarios, los profesionales y la administración), así como esbozar algunas estrategias tendentes a mejorar dicha visibilidad, y por tanto, a que los cuidados sean accesibles a los que los necesitan.

Palabras clave: cuidados de enfermería, consulta de enfermería, producto enfermero, gestión del cuidado.

Summary

In a way that cannot be qualified as generous, we could describe the advances that have occurred in the nursing professional over the last 20 years since the changes brought about by the Primary Health Care Reform as inevitable. However, people still continue to identify nurses with the activities based on the medical diagnosis. Thus, the care is not very clear and therefore not easily accessible.

Throughout this article we will try to clarify the reason for the poor visibility of this care (and to do so, we will analyze the main characters of the process: users, professionals and management). We will also try to outline some of the strategies used to improve such visibility, and to make the care accessible to those who need it.

Key words: nursing cares, nursing office, nursing systems, care management.

Introducción

La reforma sanitaria en España supuso el resurgir de la enfermería en Atención Primaria (AP). Diferentes normativas tanto nacionales⁽¹⁾ como autonómicas, crearon a mediados de los ochenta las condiciones necesarias para el desarrollo profesional: aumento de plantillas, nuevas funciones, nuevos ámbitos de trabajo, nuevas formas de organización, introducción en el nuevo organigrama de figuras facilitadoras del cambio (directores, coordinadores y adjuntos de enfermería), etc.

Existía una coincidencia entre la voluntad política de modernizar el sistema sanitario siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾, las demandas de los usuarios y de diversos grupos profesionales (entre los que se encontraba un sector de la enfermería)¹, a la vez que se daba también cierto paralelismo entre muchas de las directrices de la reforma y las nuevas funciones de la profesión enfermera (prevención, promoción y educación para la salud [EpS]).

Desde un punto de vista conceptual, las nuevas funciones profesionales del

colectivo de enfermería en AP se concretaban en el paso de una situación caracterizada por el desempeño de tareas delegadas y colaborativas, centradas en la asistencia y curación del individuo, a otra en la que, además de las anteriores actividades, aparecen funciones relacionadas con los cuidados y la promoción de salud, en un ámbito individual, familiar y comunitario². El cuidado a individuos y familias aparecía como elemento principal de la labor enfermera, fundamentalmente en su vertiente de autocuidado, como una forma de adiestrar a los individuos y familias en el manejo de sus decisiones de salud, en la solución de sus necesidades de cuidado y en la forma en que se adaptan y responden a una situación de salud-enfermedad o a una etapa vital concreta, abarcando no sólo la atención al plano biofisiológico, sino también al psicológico y social. Había quedado configurada la enfermería comunitaria.

Todas estas cuestiones, no por conocidas menos importantes, generaron importantes expectativas tanto para la administración como para la propia profesión, centradas en nuevos servicios a los usuarios del sistema. Un análisis de lo sucedido durante todos estos años nos permite identificar logros y fracasos, luces y sombras. Si bien los avances profesionales han sido importantes e irreversibles

⁽¹⁾ Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

⁽²⁾ OMS-UNICEF. Atención Primaria de Salud. Alma-Ata 1978. Ginebra: OMS; 1978.

en el campo del desarrollo del cuidado como elemento diferencial de la profesión enfermera y como núcleo de la nueva oferta de servicios, la población en general sigue identificando la profesión enfermera con las actividades delegadas del diagnóstico y tratamiento médico, sin ser consciente de la oferta de cuidados ni demandar dicha oferta, por lo que el cuidado es por tanto poco visible y poco accesible.

El presente artículo tiene una doble finalidad: de un lado, efectuar un análisis de los factores que han influido en la situación actual de la enfermería comunitaria (o dicho de otra manera, intentar explicar esta falta de visibilidad del cuidado), de otro, proponer algunas estrategias posibles de desarrollo profesional. Tanto el análisis como las estrategias se plantean en el ámbito de la atención directa, sin tener en cuenta aspectos de meso o macrogestión, formación pregraduada o investigación.

El análisis

La exploración de factores que han influido en el desarrollo profesional no intenta ser un ejercicio de exhaustividad. Al contrario, nos centraremos en los que consideramos más importantes, haciendo especial énfasis en los que han actua-

Los profesionales

- La cultura profesional dominante
- La motivación profesional
- El grado de desarrollo de las prácticas profesionales

Los usuarios

- Los cambios en las necesidades de cuidados
- El reconocimiento social de los cuidados

La administración

Tabla 1. Principales factores que han influido en desarrollo profesional

do de freno del desarrollo profesional, y analizando por separado los principales actores: los propios profesionales, los usuarios como receptores de los nuevos servicios y la administración (tabla 1).

Los profesionales

La profesión enfermera ha obtenido importantes logros en los últimos años en la AP, consolidando aspectos tan importantes como: el cuidado como elemento diferenciador profesional y valor añadido del sistema sanitario, el autocuidado como estrategia de intervención, los nuevos servicios basados en estos conceptos, la participación en la gestión, la formación y la investigación.

No obstante, ha habido importantes expectativas que el sistema tenía puestas en la profesión y que no han quedado

suficientemente satisfechas. Estas podrían concretarse en dos: la disminución de la demanda en la consulta médica y la justificación de los cuidados en función de la evaluación de su impacto o efectividad.

Nos encontramos, pues, ante una situación que dependiendo del cristal con que se mire se percibe como positiva o como insuficiente. Utilizando el conocido símil, se ve el vaso medio lleno o medio vacío. Para encontrar alguna explicación a esta situación, además de tener en cuenta que los retos eran arriesgados y el tiempo escaso (no se puede cambiar una profesión en 10 ni 15 años como se pretendió), habría que centrar la atención, entre otros, en aspectos tales como: la cultura profesional dominante, la motivación profesional, el grado de desarrollo de las prácticas profesionales y de la conceptualización teórica que les sirve de soporte. La cultura puede entenderse como los valores percibidos dentro de una organización³. En un centro de salud cualquiera podemos identificar distintas culturas (sobre todo en función de las prácticas profesionales), que se concretan básicamente en dos perfiles o modelos: biomédico y de cuidados. La enfermería comunitaria se identifica con el modelo de cuidados.

A muchas de las actuales enfermeras españolas, nacidas de la fusión de las carre-

ras de Practicante, Enfermera y Matrona, les pasa que unas han salido parecidas al padre y otras a la madre. O dicho de otro modo, unas se han identificado con el objetivo de la profesión de los practicantes (en “Medicina y Cirugía”) y otras con el de la profesión de las enfermeras.

No parece que existan dudas respecto a la dificultad que supone la construcción del “discurso enfermero” —aquel que permite definir y expresar su aportación específica—, cuando los integrantes de dicha profesión, los únicos que pueden darle contenido, están profundamente divididos en relación con lo que consideran como deseable. Por supuesto, dicha disparidad no es azarosa; es, en gran medida, producto de las circunstancias y el modo en que las enfermeras españolas han sido formadas y la visión que se les ha proporcionado de la profesión ha dado como resultado la existencia de perspectivas muy diversas.

En este sentido es posible ampliar los dos perfiles o modelos expuestos anteriormente y hacer una clasificación de estos profesionales en razón de su concepción de la enfermería, reuniéndolos en tres grupos que se han denominado “enfermeras cuidadoras”, “enfermeras tecnológicas” y “enfermeras ATS”. Se ha dejado el término ATS en la clasificación porque es un nombre clarificador res-

pecto a cuál era la función para la que se formaba a los que estudiaban esa carrera. Se les preparaba para ser ayudantes, dignos e indispensables, pero ayudantes, y el que ayuda, aunque sea insustituible, nunca asume la responsabilidad final⁴⁻⁶.

Como se sabe, cualquier clasificación toma como punto de referencia una característica. Cuanto más claramente observable y mensurable sea esa característica, más fácilmente reconocibles son los grupos elaborados. La base del presente agrupamiento reside en el eje alrededor del cual se estructura la profesión, el punto central sobre el que se articula el trabajo. La distinta concepción de ese eje profesional da lugar a formas muy diversas de percibir el objetivo del trabajo, las áreas de actuación que facilitan el ejercicio profesional, la finalidad del “discurso profesional” o las dificultades para construir dicho discurso.

Para las “enfermeras tecnológicas”, el eje del trabajo es el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Para las “enfermeras cuidadoras” la base son las necesidades del paciente y para las “enfermeras ATS” el punto que articula su aportación es el trabajo del médico⁴⁻⁶.

La mayoría de las enfermeras españolas han elaborado su ser profesional identificándose con el modelo biomédico (enfermeras tecnológicas y enfer-

meras ATS), que no sólo ha sido y es el hegemónico dentro de nuestro sistema sanitario, sino que en muchas ocasiones fue el único que pudieron conocer⁷. En la práctica diaria el modelo biomédico supone el predominio de actividades delegadas del diagnóstico y tratamiento médico, sobre los cuidados y la promoción de salud, concretándose en una resultante muy clara: una menor oferta de servicios enfermeros a nivel de un determinado profesional. La realidad de los centros demuestra la gran capacidad de asimilación que tiene esta concepción profesional, o sus consecuencias, frente a las nuevas generaciones de profesionales, como factor de oposición al desarrollo profesional.

En cuanto a la motivación profesional todos conocemos la realidad predominante en la administración pública, que es la principal empleadora de mano de obra enfermera. La dificultad para implantar una adecuada política de incentivos (tanto positivos para los cumplidores como negativos para los no cumplidores), cuando no su inexistencia, supone que todos cobran igual aunque desempeñen una labor distinta, y por tanto que los que más rinden con el tiempo se desmotiven.

Ambos factores, cultura y motivación, actúan de forma sinérgica: en un contexto de trabajo donde todo el mundo gana

lo mismo a final de mes, donde hay fuertes presiones para la uniformidad impuesta (por una mala interpretación de los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, que se ven reducidos a igualdad a secas), la opción más fácil está representada por el mencionado modelo biomédico. Para aquellos profesionales que escogen trabajar más a cambio sólo de su satisfacción personal, los agravios comparativos del indolente sistema se encargarán de hacerles cambiar de idea con el tiempo. En esta sinergia está una de las claves que explica la anteriormente comentada capacidad de asimilación de la “opción fácil” frente a los profesionales noveles.

A esta situación hay que añadir lo que Lunardi, Peter y Gastaldo⁸ definen como “anorexia de poder” de los/as enfermeros/as, entendiendo el poder como capacidad de influenciar en la toma de decisiones éticas relacionadas con el cuidado de sus usuarios (relación de agencia) y en las decisiones políticas. Según estas autoras: “las enfermeras no son conscientes de su poder, o lo subestiman, de tal forma que acaban careciendo realmente de él. Cuando las enfermeras desisten de utilizar su poder, en beneficio del de otros estamentos profesionales, probablemente estén limitando la calidad de los cuidados que sus pacientes reciben”. Entre las causas o factores intrínsecos al

propio colectivo que influyen en esta situación, refieren: a) la evitación de responsabilidades y toma de decisiones, en beneficio de otros profesionales; b) el escaso sentimiento de identidad profesional y orgullo de lo que se hace, y c) la falta de conciencia del propio poder y de análisis de cómo ejercerlo, de forma que apenas existe el planteamiento de que los cuidados son una actividad política⁽³⁾.

El grado de desarrollo de las prácticas profesionales está definido por: la estandarización y sistematización de las actividades (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). La presencia de estos aspectos es, en el mejor de los casos, incipiente, si bien el desarrollo teórico de estas cuestiones está bastante avanzado, lo que permite generar oportunidades de mejora.

La consecuencia de esta escasa transferencia a la práctica es la pérdida de

⁽³⁾ En este sentido, Yarling y McElmurry afirman que “las enfermeras se han centrado demasiado en los aspectos técnicos de los cuidados, descuidando las implicaciones políticas de su profesión”⁹.

oportunidades profesionales, tanto para mejorar la calidad de los cuidados prestados como para argumentar y justificar los mismos. En este sentido, Norma Lang ha afirmado: “si no lo podemos nombrar, no lo podemos controlar, practicar, investigar, enseñar, financiar o plantearlo en la política pública”⁹. Esta situación se ha podido ver agravada por el hecho de que los nuevos valores profesionales carecían de cualquier paraguas teórico y conceptual, que ha sido necesario desarrollar como base para el desarrollo de la profesión. En términos de coste-oportunidad, los esfuerzos investigadores destinados a desarrollar aspectos teóricos y conceptuales básicos han dejado de utilizarse en la argumentación y justificación de los cuidados, con lo que se crea una situación de difícil salida. No se puede avanzar profesionalmente porque no se puede evaluar el impacto de los cuidados, y no se puede evaluar dicho impacto porque se está generando el marco conceptual necesario para ello. Afortunadamente, como ya se ha comentado en el párrafo anterior, hoy en día ya se dispone de este marco conceptual.

Los usuarios

Desde la perspectiva de los usuarios conviene analizar dos aspectos: los cam-

bios en las necesidades de cuidados y el reconocimiento social de éstos.

Los cambios en las necesidades de cuidados vienen determinados tanto por cambios demográficos, culturales y de morbilidad (envejecimiento progresivo de la población, aumento de las enfermedades crónicas, cambios en la estructura tradicional de las familias, incorporación de la mujer al mercado laboral, inmigración, etc.), como por cambios en las demandas de los usuarios (derecho a la información, mayor implicación en el proceso de toma de decisiones de los profesionales sanitarios, exigencia de personalización en el trato, libertad de elección creciente, exigencia de accesibilidad efectiva en caso de necesidad y de confortabilidad en el acceso y uso de instalaciones). Estos cambios son a la vez un reto, al exigir la adaptación del rol enfermero a ellos, y una oportunidad, ya que suponen un aumento de las necesidades de cuidados.

Las demandas de los usuarios actúan como señales que modulan los comportamientos profesionales. Para que un determinado servicio sea demandado por los usuarios debe haberse consolidado previamente como necesidad percibida. Esta percepción va a depender de las expectativas generadas y de la utilidad percibida, y por tanto, en buena par-

te, de la “venta” que los profesionales hagan de este servicio, del tiempo que lleve en cartera la prestación del mismo y de su nivel de implantación. Analicemos seguidamente cada uno de estos aspectos por separado en relación con los cuidados de enfermería.

En cuanto a la difusión del servicio, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: a) no se ha llevado a cabo una estrategia concreta de marketing por ninguno de los posibles actores (administración, colectivos profesionales, etc), que enfatice los puntos fuertes y las ventajas del nuevo producto; b) la población que tiene acceso al nuevo servicio es reducida, por lo que el darse a conocer de forma pasiva es difícil; c) a veces, se ha olvidado mejorar la calidad en aquellos aspectos mediante los cuales la población ha valorado tradicionalmente al colectivo de enfermería (las actividades delegadas del diagnóstico y tratamiento médico, la amabilidad, la empatía, etc.), con lo que se pierde una oportunidad de afianzar la confianza y el reconocimiento social, para así preparar el terreno del cambio.

El tiempo de evolución es escaso (no más de 20 años). El nivel de implantación de los cuidados de enfermería puede considerarse, como mucho, insuficiente.

Si tenemos en cuenta que una profesión obtiene influencia y reconocimien-

to sólo si es capaz de convencer a los grupos sociales claves de que su trabajo ofrece algún interés en especial⁷, hemos de concluir que los cuidados de enfermería todavía no han calado en los usuarios, debido fundamentalmente a su escasa implantación, al poco tiempo que llevan prestándose y a que no se ha hecho una estrategia activa de venta a la población. Por todo ello, los usuarios siguen identificando mayoritariamente a la enfermera con actividades delegadas del médico, y por tanto, centrando su nivel de satisfacción en este tipo de actividades. Esto tiene como consecuencia un escaso reconocimiento social de los cuidados y el hecho de que las demandas de los usuarios todavía no actúan como facilitadores de la implantación de cuidados.

La administración

Para entender el papel de la administración conviene comentar el contexto en el que estamos inmersos actualmente.

La reforma de la AP de salud ha supuesto indudablemente mejoras en eficiencia y equidad, pero en general el sistema sanitario español sigue costando cada vez más dinero, sin que este gasto tenga un reflejo proporcional en la satisfacción de los usuarios o en los indicadores de salud habituales. Esta encrucijada

jada podría tener, *a priori*, tres salidas: introducir elementos de copago en la asistencia sanitaria, reducir de forma importante el paquete de servicios prestados a la población y hacer que los fondos públicos se gasten eficientemente a través de la mejora en la gestión de éstos. Las dos primeras medidas se oponen al derecho universal a la salud y la gratuidad de la atención sanitaria, y no están actualmente en la agenda (aunque sí puedan estarlo en la mente) de ningún posible gobierno. Queda, por tanto, la vía de introducir cambios en las organizaciones sanitarias de carácter público, que permitan mejorar la eficiencia del sistema mediante el traslado de responsabilidad, incentivos y riesgo tanto a gestores como a trabajadores, la separación funcional de competencias (financiación y compra, separadas de la gestión y provisión de servicios) y la capacidad de elección de los usuarios.

Todas las consecuencias de estos planteamientos economicistas dibujan un campo de juego en el que el médico, como principal decisor de recursos, es el protagonista, quedando la enfermera relegada a un papel secundario donde se le recrimina el no haber sabido aprovechar los vientos favorables de los primeros años de la reforma sanitaria y el no poder justificar y argumentar los nue-

vos servicios de cuidados. Desde el punto de vista del profesional de a pie, todo este panorama aparece como potencialmente comprensible pero difícilmente asumible, generando un conflicto de valores entre la profesión enfermera y la administración difícilmente resoluble y que está en el epicentro de la insatisfacción profesional.

Como comprenderá el lector, la necesidad de potenciar cuidados enfermeros queda delimitada a algunos cargos directivos de enfermería motivados por el tema, pero no a una línea estratégica del Sistema Nacional de Salud (SNS) o de los servicios autonómicos.

Conclusión

Si trenzamos todos estos mimbres nos queda, de un lado, un espacio propio para la enfermería comunitaria en la atención a la salud, con demandas sociales de cuidados y con posibilidades teóricas y conceptuales para el desarrollo profesional. De otro identificamos desmotivación, insatisfacción profesional, “anorexia de poder”, pérdida de oportunidades, escaso reconocimiento social del cuidado y la ausencia de directrices institucionales claras que lo apoyen. Y en medio de todo esto, el hecho de que la decisión de optar por un modelo profesional u otro es personal e intransferible

de cada enfermera, quedando supeditada dicha decisión casi exclusivamente al interés por dar servicios de calidad y por promocionar socialmente la profesión, y en definitiva, a su satisfacción personal y profesional.

Las estrategias

Las estrategias propuestas más adelante se circunscriben fundamentalmente al ámbito del ejercicio de la Enfermería Comunitaria, sin intentar analizar cambios que afecten a la AP en su conjunto⁽⁴⁾. No obstante, es importante destacar que todas estas estrategias tendrán un impacto limitado si el sistema no es capaz de discriminar entre profesionales en función del desempeño y del rendimiento. En este sentido, herramientas como la gestión por competencias, la introducción en las retribuciones de tramos variables en función del rendimiento y el desarrollo de una política más real y ágil de sanciones, son y serán bastante útiles, siempre que no queden diluidas por la inercia del sistema o los intereses de los distintos grupos de

⁽⁴⁾ Debido fundamentalmente a cuestiones de enfoque del artículo y de limitación de espacio, no entraremos a analizar aspectos tan importantes como las unidades clínicas o la gestión por procesos que, dicho sea de paso, consideramos importantes oportunidades para la profesión enfermera.

poder (por distintos motivos: mantenimiento del *status quo*, la anteriormente comentada igualdad mal entendida, etc.), quedando convertidas en pequeñas anotaciones al margen que no varían el guión principal.

Ya desde la perspectiva de la enfermería comunitaria hay que tener claro que su viabilidad como proyecto depende, en última instancia, de su capacidad para solucionar problemas a las personas, familias y comunidades que atiende, y desde nuestro punto de vista, en la medida en que se identifique con el cuidado como elemento diferenciador profesional. En función de estas premisas, y del análisis realizado en el apartado anterior, se hacen necesarias una serie de estrategias que mejoren las prácticas profesionales, reorienten determinados servicios ya instaurados y consigan una adecuada “venta” de la profesión a los que la financian, la dirigen o utilizan sus servicios. Pasemos seguidamente a analizar dichas estrategias (tabla 2), teniendo en cuenta que sólo aportaremos algunas pinceladas de cada idea, ya que cada una de ellas por separado es susceptible de un desarrollo que trasciende las dimensiones de este artículo. Además, comentar también que la finalidad de este apartado es la de proponer cambios o innovaciones, no la de confirmar líneas de tra-

Estrategias de mejora de las prácticas profesionales

La personalización e individualización de los cuidados

La evidencia de la efectividad de los cuidados y la promoción de la salud

La adecuada gestión del tiempo en la consulta de Enfermería

Nuevas formas organizativas para la atención domiciliaria

Las clasificaciones enfermeras (diagnósticos, resultados e intervenciones) y la definición y medición del producto las sesiones clínicas de cuidados

Estrategias de reorientación de servicios

La consulta de enfermería a demanda

La promoción de la atención domiciliaria

La EpS grupal orientada a problemas

la continuidad interniveles de los cuidados

La orientación hacia el usuario de las actividades delegadas

Estrategias de promoción social de la Enfermería Comunitaria

EpS: educación para la salud.

Tabla 2. Estrategias de mejora de la enfermería comunitaria

bajo ya establecidas y con un desarrollo aceptable.

Estrategias de mejora de las prácticas profesionales

La personalización e individualización de los cuidados

Es el principal requisito para unos cuidados de calidad. La personalización implica una doble vertiente. De un lado, la organización de la atención de enfermería mediante la asignación de usuarios a

cada enfermera⁽⁵⁾ (en contraposición a la organización por tareas) como única forma de garantizar una atención integral y continuada. De otro, la adaptación e individualización del cuidado a la situación de cada persona o familia, mediante la aplicación del proceso de atención de enfer-

⁽⁵⁾ Cada enfermero/a es responsable de prestar toda la atención que necesiten sus usuarios. La asignación de usuarios a cada profesional puede realizarse mediante la asignación de uno o varios cupos médicos (unidad de atención familiar [UAF]) mediante la asignación de una determinada zona geográfica (sectorización) o mediante la libre elección de enfermera.

mería o proceso enfermero en la gestión clínica de los cuidados.

Múltiples son las ventajas que tanto para el usuario como para el profesional aporta la aplicación del proceso enfermero al acto de cuidar, pero sobre todo interesa destacar que es imposible cuidar de forma eficaz y eficiente sin la utilización de dicho proceso en la toma de decisiones clínicas.

La organización por población asignada plantea enormes ventajas. La población, en general, y las familias e individuos en particular, tienen el derecho de conocer en todo momento a la enfermera de referencia responsable de sus cuidados, que les permita tanto la necesaria interrelación e identificación en el proceso de comunicación enfermera-paciente, como la eficaz continuidad de los cuidados en cualquier proceso de salud-enfermedad, y que difícilmente se podrá alcanzar si no existe una asignación concreta de enfermera. Lo contrario provoca la atención de diferentes profesionales para un mismo proceso, la falta de empatía, la desigual prestación de cuidados, la dificultad para alcanzar el necesario autocuidado, la pérdida de una visión integral e integrada de los diferentes recursos disponibles, la indefinición de los diferentes profesionales del sistema, la deficiente humanización del cuidado o la

repetición innecesaria de procesos y actividades.

Por parte de la enfermera esta forma de organización permitiría a ésta poder planificar mejor los planes de cuidados específicos al tiempo que facilitaría su ejecución, su seguimiento continuado y su evaluación, tanto individualmente como en el contexto familiar y comunitario. Agilizaría y mejoraría sustancialmente la necesaria interrelación y comunicación profesional con el resto de miembros del equipo al disponer de una clara referencia de relación. La delimitación clara de responsabilidad sobre una población concreta ayudaría a perfilar de forma mucho más clara los objetivos específicos a alcanzar y la posterior valoración de los resultados obtenidos favoreciendo la asignación de incentivos personales que redundarían en una mayor motivación profesional.

La organización por población asignada puede plantear algunas dificultades, como la falta de recursos materiales y de espacio físico para que los profesionales atiendan todos los problemas de su población de referencia, o la existencia de profesionales con marcado carácter biomédico que no aceptan la implantación de un modelo de cuidados.

En el primer caso lo habitual es organizar los servicios comunes de enfermería (actividades delegadas del diag-

nóstico y tratamiento médico) por tareas (generalmente, mediante rotaciones). Para que esta medida no afecte a la continuidad de los cuidados deben incluirse en esta forma de organización sólo aquellas actividades delegadas que no necesiten seguimiento (como por ejemplo, la administración de medicación parenteral, la toma de muestras, las pruebas complementarias o determinadas curas que no requieren seguimiento). No obstante, siempre que sea posible debería intentarse una organización por asignación de población de forma pura, ya que la coexistencia de formas organizativas por población y por tareas en un mismo centro constituye uno de los principales problemas para conseguir una oferta de servicios enfermeros accesible y adaptada a los usuarios.

En el segundo caso, la implantación de formas organizativas por población asignada ha llevado a situaciones ilógicas, en las que se asignaban a determinados profesionales funciones que ni sabían ni querían hacer, con la esperanza de que algún día cambiaran de actitud, generándose por tanto “espacios muertos” en los horarios. Se hace necesario por tanto, mientras no exista un claro posicionamiento de las organizaciones sanitarias en un modelo de cuidados, el planteamiento inverso, definiendo puestos de trabajo en

el centro de salud que se adapten al modelo profesional de cada persona (biomédico o de cuidados) y dejando la posibilidad de promoción (de biomédico a cuidados) a aquellos profesionales que demuestren cambio de actitud y competencia. La gestión por competencias puede ser una herramienta bastante útil para este proceso. El perfil biomédico englobaría las anteriormente mencionadas actividades delegadas que no necesiten seguimiento, para que la aplicación de esta estrategia no afecte a la continuidad de los cuidados.

La personalización e individualización de los cuidados está íntimamente ligada a la libre elección de enfermera. Es necesario plantear la necesidad de articular convenientemente el derecho que asiste a los usuarios, que no a las enfermeras, de poder elegir también a “su” enfermera de referencia, para lo cual ineludiblemente, tal medida, deberá ir ligada a la asignación clara, concreta y precisa de una población específica a cada enfermera comunitaria.

A los usuarios les corresponde el derecho de poder elegir libremente a la enfermera por la que quieren ser atendidos, con el fin de alcanzar la máxima percepción de calidad en la prestación de los cuidados. La libre elección, por otra parte, “premiaría” a quienes de su buena actua-

ción se derivara una mayor elección, que necesariamente debería estar sujeta a ciertos elementos de control que evitaran “castigar” a las más eficaces¹⁰.

La evidencia de la efectividad de los cuidados y la promoción de la salud

La mejor manera de dar servicios adecuados es hacer bien lo que hay que hacer, eliminando aquellas actuaciones que no aportan ningún valor y priorizando aquellas otras de efectividad demostrada. Este aspecto adquiere especial importancia en las actividades de EpS, donde en algunas ocasiones los servicios ofertados estaban más en relación con lo que los profesionales sabían hacer que con lo verdaderamente necesario y eficaz, y donde no ha sido infrecuente la introducción de actividades sin tener garantías de su efectividad.

Así, conocemos por ejemplo que hay estudios que avalan la utilidad de programas educativos en pacientes crónicos pluripatológicos¹¹, que demuestran la efectividad de los grupos de EpS en la deshabitación tabáquica¹², o que informan sobre las ventajas que aporta una adecuada continuidad de cuidados en pacientes posthospitalizados¹³. Y con esta información, podemos eliminar actividades innecesarias, priorizar las distintas actua-

ciones de enfermería que se pueden planificar en el centro de salud (junto con un enfoque de riesgo), gestionar adecuadamente el flujo de pacientes con este tipo de problemas, e incluso “reivindicar” la provisión de los recursos necesarios para una buena práctica.

La adecuada gestión del tiempo en consulta de enfermería

Otro de los retos actuales de la enfermería comunitaria consiste en racionalizar la consulta de enfermería, priorizando la atención en función de la problemática de los usuarios, planificando el tiempo en función de los perfiles de éstos, y organizando las actividades a lo largo de las distintas visitas. Con todo ello se puede conseguir liberar tiempo para otras modalidades de atención de mayor crecimiento en la actualidad, como la atención domiciliaria, la intervención comunitaria o para potenciar la propia consulta de enfermería en su versión a demanda (que veremos más adelante). De esta forma se conseguiría desplazar el núcleo de la actuación profesional desde el centro de salud (y más concretamente de la consulta de enfermería como nicho ecológico de las enfermeras) a la comunidad.

La definición de perfiles de usuarios en función del tiempo de atención estimado es una herramienta fundamental para

organizar la agenda. Para la definición de estos perfiles podemos basarnos, en primer lugar, en la doble finalidad de la consulta de enfermería²: la atención a las necesidades de cuidado y autocuidado y el seguimiento y control clínico (para la detección precoz de nuevas patologías o complicaciones de las ya existentes), y en segundo lugar, en las distintas fases de la atención a un déficit de autocuidado¹⁴: adiestramiento básico (paquete básico de contenidos educativos iniciales), solución de problemas (barreras para el autocuidado) y seguimiento (mantenimiento de los logros conseguidos).

Si cruzamos ambos criterios nos quedarían cuatro perfiles básicos: control clínico, adiestramiento básico, solución de problemas y seguimiento. Así, por ejemplo, podemos observar que no necesitará el mismo tiempo un usuario que requiera solución de problemas que otro que precise sólo control clínico (porque no tenga necesidades alteradas o porque rehúse trabajar sus autocuidados). Otro ejemplo: todos los usuarios de un determinado programa o servicio que estén en adiestramiento básico y que coincidan en el tiempo pueden atenderse mediante EpS grupal, con lo que se economiza tiempo que puede dedicarse a otras actividades.

Otra herramienta importante para la gestión del tiempo está constituida por

la aplicación del proceso enfermero. Las posibilidades son variadas, aunque para no extendernos mucho, pondremos sólo algún ejemplo¹⁴: a) al protocolizar la valoración general o exhaustiva (de todas las necesidades de cuidado) en pacientes crónicos cada 6 meses o un año, y entre medias sólo valorar la evolución de los problemas detectados se consigue agilizar la atención de enfermería; b) al utilizar resultados para secuenciar en el tiempo la evaluación y seguimiento de los problemas detectados, de forma que éstos no tengan que evaluarse en todas y cada una de las visitas que se realicen se consigue también mayor agilidad.

En general, todas estas recomendaciones pueden utilizarse también para la atención domiciliaria, en caso de que sea necesaria una reorientación del servicio por excesiva demanda.

Nuevas formas organizativas para la atención domiciliaria

Los cambios sociodemográficos comentados hacen que la demanda presente y futura de cuidados se centre sobre todo en la esfera de la atención domiciliaria, por lo que se hace necesario potenciar dicha modalidad de atención. Entre las múltiples actuaciones en este sentido interesa subrayar la introducción de fór-

mulas organizativas que puedan mejorar la calidad y eficiencia de la atención. Cabe destacar en esta línea dos aspectos²: la organización de la atención de enfermería por zonas geográficas o sectorización y la gestión de casos.

La sectorización es una forma de organización de cuidados en AP que consiste en la asignación de usuarios en función de una zona geográfica (no sólo para la atención domiciliaria, sino para todas las modalidades de atención). Aunque no es algo novedoso, las experiencias en esta modalidad organizativa han sido escasas. Personalmente, creemos que esta forma de organización puede aportar importantes ventajas² (racionalización de los desplazamientos⁽⁶⁾, mantenimiento de la unidad familiar, marco idóneo para la acción comunitaria, etc.), si bien hay que tener en cuenta su complejidad organizativa, y que su implantación estaría dificultada en aquellas localidades donde exista libre elección de médico y haya más de un centro de salud.

La gestión de casos implica, entre otras cosas, que sea la enfermera la encargada de aglutinar y coordinar a todos los profesionales, tanto del centro de salud como

de dispositivos de atención sociosanitarios que atienden a un mismo usuario en el domicilio², además de representar una figura clave en la continuidad de cuidados interniveles. En nuestro país existen dos experiencias de gestión de casos en atención domiciliaria, donde el profesional protagonista es la enfermera: la experiencia desarrollada hace poco tiempo por el Servicio Canario de Salud¹⁶, que ha presentado un carácter de estudio piloto, y la desarrollada por el Servicio Andaluz de Salud, que aparece como una apuesta institucional clara con perspectivas de futuro.

A partir del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas¹⁷, aparece en Andalucía la figura de la enfermera gestora de casos (enfermera de enlace), por encima del nivel de atención directa, que está representado por la enfermera de Equipo de Atención Primaria (EAP). La misión de esta nueva figura consiste en¹⁸: velar para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizándolo los recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios y coordinando sus actuaciones hacia los mejores resultados. Aunque esta experiencia es bastante prometedora, creemos que debe ser un buen inicio y medio para conse-

⁽⁶⁾ Martínez Riera y Martínez Cánovas han encontrado una disminución de los costes de esta modalidad organizativa en un área de Atención Primaria, en comparación con la asignación por cupomédico o UAF15.

guir otra meta más alta, a saber, la gestión de casos como función de la enfermera de EAP.

Las clasificaciones enfermeras y la definición y medición del producto enfermero

Otro de los retos a conseguir es la aplicación en la práctica diaria de sistemas de información para la gestión de los cuidados, que permitan definir, identificar y nombrar los distintos elementos que intervienen en el cuidado (diagnósticos, resultados e intervenciones). Esto permitiría controlar, investigar y financiar el cuidado, así como plantearlo en la política pública, además de las posibilidades y ventajas que aporta la utilización del diagnóstico de enfermería (tanto en el ámbito asistencial como en el investigador¹⁹) y de la utilidad de éste y de las clasificaciones de intervenciones y resultados en la necesaria protocolización y estandarización del cuidado.

Todo este proceso se asienta en tres soportes: la aplicación del proceso de atención de enfermería como herramienta fundamental para la gestión clínica de los cuidados, la utilización de un lenguaje común y la informatización de la historia clínica. Es de esperar que el incipiente desarrollo de los últimos actúe como revulsivo del primero.

Muchos de los programas informáticos de historia clínica digital que se utilizan en la actualidad en el nivel primario de atención de nuestro país, incorporan las clasificaciones de diagnósticos de enfermería de la NANDA²⁰, de intervenciones (NIC²¹) y de resultados (NOC²²). Aunque por regla general están en una fase bastante inicial, siendo necesario profundizar en dos aspectos fundamentales: la disponibilidad, de una parte, de indicadores de resultados y actividades, y de otra, de mecanismos de ayuda a la decisión clínica (diagnósticos posibles ante una valoración determinada, resultados elegibles para un diagnóstico concreto, etc.).

Las clasificaciones anteriormente mencionadas sientan las bases para la homogeneización de la información sanitaria y epidemiológica de carácter enfermero. Pero a la vez, el hecho de que la clasificación NANDA haya sido pensada para ser compatible con cualquier modelo de cuidados (y su consecuencia: una misma situación problema puede tener varias opciones válidas para su denominación), la no utilización en dicha clasificación de un criterio único a la hora de clasificar los diagnósticos y la existencia de distintos niveles de abstracción y especificidad, incorporan un reto añadido a la propia validación de los distintos diagnósticos, que consiste en hacer excluyente dicha clasificación.

Para complementar adecuadamente las cuestiones analizadas en este apartado sería necesario desarrollar sistemas de medición del producto enfermero (más concretamente de los aspectos relacionados con el cuidado), y ello por diversas razones: a) los sistemas de medición del producto sanitario basados en diagnósticos médicos (Grupos Relacionados por el Diagnóstico [GRD]) no recogen este aspecto; b) las clasificaciones de diagnósticos enfermeros son inoperantes para este fin por extensas²³ y c) las escalas que miden dependencia no sirven para este propósito (ya que, por ejemplo, las cargas de trabajo de enfermería en AP no dependen sólo del nivel de dependencia de un usuario, sino también de la existencia de cuidador, de su capacitación y de su entorno).

Dichos sistemas de medición del producto enfermero podrían utilizarse para la evaluación de la eficiencia, de los patrones de decisión de cuidado (las decisiones de asignación de recursos en la microgestión o gestión clínica), o la asignación de recursos humanos, pues estos aspectos no dependen sólo del número de usuarios asignados y atendidos, sino de la complejidad de las necesidades de cuidados de dichos usuarios²³. El desarrollo de niveles de cuidados o perfiles de usuarios en AP, utilizando un planteamiento similar al empleado en el nivel especiali-

zado²⁴, puede ser una línea de investigación interesante.

Las sesiones clínicas de cuidados en la formación continuada de los centros de salud

Las sesiones clínicas de cuidados²⁵ desarrolladas en el ámbito de la formación continuada en los centros de salud son el espacio formativo ideal donde aunar metodología de cuidados con evidencia de los mismos. Además, permiten dar a la formación continuada una orientación eminentemente práctica y de utilidad inmediata, potenciando dicha herramienta de trabajo.

Estrategias de reorientación de servicios

La consulta de enfermería a demanda

Aunque el acceso directo a la consulta a demanda de los usuarios ha estado previsto desde prácticamente la creación de esta modalidad de atención, su utilización ha sido escasa y desigual, debido a las razones referidas anteriormente cuando se argumentaba el escaso reconocimiento social de los cuidados de enfermería.

Tras intensos debates sobre la oportunidad, eficacia y eficiencia de la consul-

ta de enfermería, actualmente nos encontramos en un punto muerto que precisa de toma de decisiones que den respuesta a las necesidades planteadas por la comunidad como razón fundamental de su existencia. Muchas han sido las voces que han argumentado que el nivel de AP como puerta de entrada del sistema sanitario se convertía en principal regulador de la demanda. Sin embargo este planteamiento, aparentemente obvio, no se ha cumplido y la regulación de la demanda sigue siendo una asignatura pendiente, cuando no un arma arrojadiza por parte de quienes menos creen en este modelo de atención. Ante este escenario las enfermeras se configuran, una vez más, como elementos fundamentales en la que puede ser su aportación como puerta alternativa de entrada al sistema, realizando fundamentalmente actividades de EpS orientadas al autocuidado.

El campo de actuación a desarrollar en este sentido es amplísimo en cuanto a población a atender (crónicos, ancianos, cuidadores informales, pacientes posthospitalizados, población materno-infantil, población inmigrante, etc.) y problemas a solucionar (alimentación, incontinencia, estreñimiento, ansiedad, apoyo a la familia, prevención de accidentes, tabaco, actividad física, alteraciones del sueño, autocontrol de parámetros clínicos, adhesión

al tratamiento farmacológico, atención al duelo, aceptación de la enfermedad, violencia doméstica, etc.). Sólo será necesario demostrar a los usuarios que en la consulta de enfermería se da solución a sus problemas, para lo cual deberán de aplicarse, entre otras, muchas de las medidas de mejora de las prácticas profesionales anteriormente comentadas (proceso enfermero, diagnósticos enfermeros, gestión del tiempo en consulta de enfermería, evidencia, etc.), así como una adecuada estrategia de marketing externo. Pero este tipo de estrategia no tan sólo depende de la voluntad, implicación, interés, preparación, motivación, etc., de las enfermeras como principales artífices del proceso, sino que se precisa de un cambio de actitud por parte de la administración. En tanto en cuanto la administración y sus gestores visualicen esta estrategia como algo más que un nuevo intento de maquillar las controvertidas consultas de enfermería, podrá tener visos de éxito. Se precisa, por tanto, de un importante y potente marketing interno basado en el convencimiento de que los cuidados son algo más que un concepto abstracto de utilidad difusa e interesada. Un planteamiento riguroso que permita, desde la evidencia científica alejada de cualquier otro tipo de interés o respuesta visceral y poco fundamenta-

da, establecer criterios de desarrollo e indicadores rigurosos de calidad.

Algunas experiencias positivas de gestión de la demanda que se están llevando a cabo en otros países²⁶ están caracterizadas por la utilización de enfermeras licenciadas (*nurse practitioners*) como primer punto de contacto del sistema (es decir, con el objetivo de realizar un filtro de la consulta médica), para la atención de patologías leves o enfermedades crónicas⁽⁷⁾. Estas experiencias se enmarcan en una corriente de cambio de algunos sistemas de salud (fundamentalmente anglosajones) que intentan mejorar la eficiencia mediante el replanteamiento de las funciones de enfermería en el nivel de AP. Llegados a este punto consideramos oportuno hacer una breve reflexión sobre la posibilidad real de que este tipo de organización, independientemente de las conocidas dificultades que toda extrapolación pueda tener, pueda llevarse a efecto. Y es que nos encontramos en un punto de inflexión verdaderamente importante en el desarrollo disciplinar y profesional enfermero. Por una parte está pendiente de desarrollarse el Real Decreto

(7) En la revisión sistemática de Horrocks S et al²⁶ estos resultados positivos se centran sobre todo en la satisfacción de los pacientes y en la calidad de la atención (destreza comunicativa, exactitud diagnóstica, desarrollo de exploraciones adecuado y consejos sobre autocuidados y medicación).

de Especialidades de Enfermería²⁷ en el que se articula la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Por otra parte el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) va a suponer cambios significativos en la formación universitaria en general y en la enfermería en particular, que repercutirán de manera significativa en la posterior incorporación al mercado laboral de las futuras enfermeras.

En cuanto a la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, y a falta de su regulación y desarrollo por parte de la Comisión que se debe encargar de ello, cuanto menos se abren interesantes interrogantes sobre cuál será su posterior implantación en las organizaciones sanitarias. ¿Todas las enfermeras que desarrollen o hallan desarrollado su actividad en AP van a ser especialistas? ¿Las organizaciones sanitarias van a asumir que todas las enfermeras de AP sean especialistas? Evidentemente no podemos detenernos a analizar estos extremos, pero sí que, cuanto menos, puede plantearse como posibilidad el contemplar a la futura enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria como primer punto de contacto del sistema, coordinadora, gestora y administradora. Tan sólo es un planteamiento que, naturalmente, requeriría de un mayor esfuerzo por parte de todas las partes implica-

das a la hora de articularlo en el marco de una verdadera carrera profesional, y no como sucede con las que actualmente se están implantando en diferentes Comunidades Autónomas, que se limitan a ser instrumentos incentivos de antigüedad.

Por lo que se refiere al desarrollo en el marco del EEES va a cambiar radicalmente el panorama de relaciones interprofesionales al situarlas a todas en un mismo plano académico-disciplinar con plena facultad para alcanzar el máximo desarrollo (Doctorado), lo que incidirá en el ámbito laboral. Se puede, en función de lo expuesto, aventurar también posibilidades como las anteriormente planteadas sobre la base de una carrera profesional que articulara todas estas figuras y diera respuesta a las necesidades que plantean tanto la comunidad que las precisa, como las organizaciones que se deben encargar de dar cumplida respuesta con el manejo racional (que no racionalizador), eficaz y eficiente de los recursos humanos y materiales.

La promoción de la atención domiciliaria

Ya hemos visto anteriormente que la atención domiciliaria está siendo y será una de las modalidades de atención de mayor crecimiento. Además, cuenta con

todos los elementos necesarios para un adecuado reconocimiento social de la profesión (necesidad sentida bien valorada por los usuarios). Para su adecuado desarrollo, aparte de las medidas organizativas ya comentadas y de otras cuestiones, se hace necesario (siguiendo la filosofía expuesta en el punto anterior) racionalizar la consulta de enfermería, así como realizar un reanálisis de las actividades de enfermería, eliminando aquellas que no aporten ningún valor. Con todo ello se consigue “liberar” tiempo para dedicarlo a la atención domiciliaria. También se hace necesario seguir potenciando su carácter activo y programado, con especial relevancia hacia la atención a la familia como unidad de acción (no sólo al individuo), el trabajo con los cuidadores, la orientación a los grupos más frágiles y la estandarización y protocolización de los cuidados.

En este sentido merece la pena destacar el proceso normativo que se está llevando a cabo actualmente con la futura Ley de Promoción de Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y que tuvo su prólogo en el Libro Blanco del mismo nombre²⁸, que trata de dar respuesta a las necesidades anteriormente expuestas y en la que las enfermeras deberían, como principales coordinadoras-presta-

doras de cuidados, tener un papel protagonista no tan sólo en su puesta en marcha (prestando cuidados), sino en el diagnóstico de necesidades y en la planificación, coordinación, desarrollo y evaluación de los mismos. Por otra parte, y enlazando con lo expuesto, resultará necesario establecer quién, cómo y dónde, lleva a cabo las intervenciones para evitar, como tantas otras veces ha ocurrido, solapar responsabilidades, crear figuras innecesarias u obviar a quienes están en mejor disposición para hacerlo.

La educación para la salud grupal orientada a problemas

Además de ser imprescindible, como ya se ha comentado, la limitación de la EpS en grupo sólo para la solución de aquellos problemas donde haya sido demostrada su efectividad, se hace también necesario utilizar un enfoque orientado a problemas concretos como forma de mejorar el impacto de las actuaciones. Para ello, los grupos de EpS que tengan como finalidad la solución de problemas deben ir dirigidos a usuarios que tengan la misma problemática de autocuidado (y no sólo la misma patología y características socio-culturales), y en ellos debe tratarse preferentemente un solo problema (dieta, autoinyección de insulina, autoestima, etc.). Todo ello como contraposición a otros

enfoques donde los usuarios se incluyen a partir del diagnóstico médico, pero con problemáticas distintas y dispares, donde se tocan todos los contenidos que afectan a una enfermedad o situación vital (estrategias éstas que puede ser válidas cuando el fin perseguido es el adiestramiento básico) y donde se intentan solucionar problemas de motivación con la sola transmisión de información.

La continuidad interniveles de los cuidados

Constituye otro aspecto importante a seguir profundizando, por razones estrictas de calidad de la atención y como contribución específica de enfermería a la gestión por procesos. Algunas ideas útiles para esta profundización pueden ser²⁹⁻³⁵: a) la continuidad de cuidados interniveles debe entenderse desde la óptica de la planificación del alta hospitalaria, como un proceso de anticipación a las necesidades que el usuario tendrá después del alta (incluidos los recursos necesarios para satisfacer dichas necesidades); b) la mencionada planificación del alta debe comenzar en AP con el envío al hospital de un resumen del plan de cuidados del usuario (en ingresos programados y conocidos por AP, o en cualquier caso cuando se solicite por el hospital); c) la continuidad de los cuidados debe hacerse efectiva también des-

de la perspectiva práctica de su prestación, mediante la articulación de estrategias que favorezcan las visitas conjuntas entre profesionales de los diferentes niveles, previas al alta (por ejemplo en las altas de las unidades de hospitalización a domicilio); d) hay que conceder más importancia a los aspectos organizativos (asignación enfermera-paciente, gestión de casos, conocimiento personal entre profesionales de los diferentes niveles, canales adecuados de comunicación, etc.), metodológicos (lenguaje común: diagnósticos, resultados e intervenciones) y de unificación de la atención (protocolización, transferencia de conocimientos y experiencias, posibilidad de intercambio entre niveles) que a los medios y soportes de comunicación (informe de continuidad de cuidados), que se solucionarán en breve por las mejoras tecnológicas⁽⁸⁾.

La orientación hacia el usuario en las actividades delegadas

Los usuarios siguen evaluando y valorando al colectivo de enfermería funda-

⁽⁸⁾ En nuestro entorno la mayoría de las experiencias de continuidad de cuidados publicadas se centran en el informe de enfermería al alta (IEA), sin analizar otros aspectos importantes para la continuidad. No en vano el IEA es, ni más ni menos, que la plasmación de todo el proceso de la planificación del alta, por lo que será más o menos eficaz en función de lo que lo haya sido dicha planificación. Dicho informe es como una foto: si el paisaje es feo, la foto sale fea.

mentalmente por las actividades delegadas del diagnóstico y tratamiento médico. Esto significa que pequeñas mejoras en la accesibilidad y el confort de los servicios comunes de enfermería tendrán un gran impacto social y una alta rentabilidad profesional, que además pueden y deben ser aprovechados para transmitir el valor profesional del cuidado, eliminando estereotipos tan arraigados a la imagen de la enfermera.

Estrategias de promoción social de la enfermería comunitaria

La mejor manera de promocionar socialmente la enfermería comunitaria es solucionando los problemas de los usuarios. Pero también es necesario demostrar esta utilidad social a los políticos que financian y regulan los servicios, y a los gestores que los dirigen. Y para ello, el colectivo de enfermería debe comunicarse y negociar tanto con unos como con otros utilizando su propio lenguaje: la efectividad y la eficiencia de los cuidados. En esta labor tienen un importante papel las asociaciones y sociedades científicas profesionales.

En este proceso de “concienciación social” habría que tener en cuenta, como afirman Alberdi y Jiménez⁷, que “cualquier objetivo para la profesión enfermera debe

plantearse de forma que armonice lo más ampliamente posible con los intereses de la comunidad y del sistema sanitario". También tienen utilidad los consejos de Lunardi, Peter y Gastaldo⁸, para luchar contra la "anorexia de poder": "Estamos convencidas de que las enfermeras, analizando las implicaciones del hecho de cuidar, pueden avanzar en la comprensión de cómo ejercemos nuestro poder. Quizá centrándose más en la forma de ejercer ese poder, y no tanto en los propios cuidados, podamos 'reconceptualizar' la Enfermería y establecer nuevas formas de trabajar en Salud". Para estas autoras, este camino tiene un requisito previo ineludible: la asunción de responsabilidades éticas y profesionales.

Consideraciones finales

Estamos ante una etapa crucial para la enfermería comunitaria: de la respues-

ta que se de a los importantes retos que se presentan, dependerá su desarrollo futuro. No estamos en la misma situación que al inicio de la reforma sanitaria hace 20 años. Puede que estemos mejor situados: por el camino andado y la experiencia acumulada, porque podemos aprender de los errores y porque metodológica y conceptualmente somos más fuertes.

Germano, Brito y Teodosio, afirman que "no es suficiente con saber qué hacer para que nuestro proyecto para Enfermería y la sanidad ocurra. Para hacer que ocurra es necesario desearlo, tener la voluntad política, la intención y ser conscientes de que es nuestra obligación"¹⁷. La voluntad política existirá si, como enfermeras, adoptamos la firme intención de trasladar nuestro verdadero valor y aportación, y adquirimos la conciencia colectiva de que es nuestra obligación para alcanzar nuestra propia autoestima y dar respuesta a las necesidades planteadas por la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomino P, Frías A. AP de salud: un análisis sobre la transición en Andalucía. *Gac Sanit.* 1992;6(33):269-74.
2. Del Pino R, Frías A, Palomino PA. Organización funcional y modalidades de atención en enfermería comunitaria. Capítulo 15. En: Frías A, editor. *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Masson; 2000.
3. Ruiz J. Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería (II). *Rev Rol Enf.* 1999;22(2):91-7.
4. Alberdi Castell RM. La enfermería ¿profesión femenina? *Rev Rol Enf.* 1983;6(57):21-6.
5. Alberdi Castell RM. La identidad profesional de la enfermera. *Rev Rol Enf.* 1992;170:39-44.
6. Alberdi Castell RM. La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas Enferm.* 1998;2(11):20-6.
7. Alberdi RM, Jiménez MO. AP de salud: un análisis del trabajo enfermero (III). *Rev Rol Enf.* 1991;154:21-5.
8. Lunardi VL, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la anorexia de poder. En: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). *IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería*. Barcelona: AENTDE; 2003.
9. Coenen A. Clasificación Internacional para la práctica enfermera (CIPE). Unificación del Marco de trabajo. En: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). *II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería*. Barcelona: AENTDE; 1998.
10. Martínez Riera JR. Libre elección de Enfermera. *Boletín de Enfermería Comunitaria*. 2002;1(8):5-6.
11. Rabaneque MJ. Los programas que implican a los pacientes en el control de sus enfermedades crónicas mejoran la salud y reducen los gastos sanitarios. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2000;2(2):48.
12. Stead LS, Lancaster T. Programas de terapia de grupo para abandonar el hábito de fumar (translated Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Issue 4. Oxford: Update Software; 2000.
13. Parkes J, Shepperd S. Alta planificada del hospital al domicilio (Translated Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Issue 4. Oxford: Update Software; 2000.

14. Del Pino R. Metodología de trabajo en enfermería comunitaria. Capítulo 14. En: Frías A, editor. *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Masson; 2000.
15. Martínez Riera JR, Martínez Cánovas P. Análisis de la actividad de enfermería en Atención Primaria del área 17 de salud de Elda. *Cuadernos de Gestión*. 1998;4(3):152-6.
16. Duarte G. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. *Index de Enfermería*. 2001;32(33):87-9. [Ponencia, resumen].
17. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía (BOJA nº 52).
18. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud (CODAE). Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía [Documento electrónico] 2004 [Consultado 2 de noviembre 2004]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_innovacion1.
19. Del Pino Casado R, Ugalde Apalategui M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*. 1999;9(3):115-20.
20. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006*. Madrid: Elsevier; 2005.
21. McCloskey JC, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4th Ed. Madrid: Harcourt; 2005.
22. Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 3th Ed. Madrid: Harcourt; 2005.
23. Del Pino R, Cantón D, Alarcón A, Fuentes A, Navas V, Rincón MC, et al. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2001;11(1):9-14.
24. Porras S, Nogueira P, Gómez FJ, González-Quijano A. El proyecto SIGNO II. Costes del producto enfermero. *Rev Rol Enf*. 1997;232:73-7.
25. Guirao Goris A, del Pino Casado R. La sesión clínica de cuidados. Finalidad y método. *Enfermería Clínica*. 2001;11(5):214-9.
26. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324: 819-23.

- 27.** BOE N.º 108 de 6 de mayo de 2005. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.
- 28.** Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid; 2005.
- 29.** Del Pino R. Teoría y práctica de la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales. En: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Barcelona: AENTDE; 2003.
- 30.** Martínez Riera JR. Informe de Enfermería al ingreso (IEI). Instrumento específico de interrelación. *Rev Rol Enf.* 1999;22(2):133-9.
- 31.** Martínez Riera JR. Interrelación profesional y continuidad de los cuidados: necesidad vs dificultad. *Cul Cuid.* 2000;IV(7-8):166-71.
- 32.** Martínez Riera JR. Interrelación: una necesidad entre atención primaria y atención especializada. *Metas Enf.* 1998;2:53-61.
- 33.** Martínez Riera JR. Interrelación: análisis de una necesidad. *Enferm Integral.* 1998;45:18-25.
- 34.** Martínez Riera JR. La interrelación entre niveles es imprescindible para el desarrollo profesional. *Bol Enferm Comunit.* 1996;2(8):6-7.
- 35.** Martínez Riera JR. La enfermería comunitaria como vehículo de interrelación. *Alacant Sanitari.* 1993;5:3-9.

