
Nurses Home: Enfermería en el domicilio. Un enfoque integrado de la Enfermería ante los retos del futuro

M. Carmen Duque del Río
Enfermera. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción

En los 5 últimos años, en los diferentes foros y eventos profesionales de Atención Primaria, así como las diferentes estrategias en política sanitaria, tratan de discutir y buscar soluciones para paliar y dar salida al fracaso de la “micro-eficiencia” de la gestión sanitaria de principios de los años noventa, que llevaron a países como el Reino Unido a desarrollar el mercado interno de servicios sanitarios dentro de un modelo básicamente público, dando competencias a los médicos de familia como de gestor principal de un equipo asistencial *fund Holders*, que en ningún caso demostró un resultado final aceptable económica ni clínicamente ni de eficiencia social, principalmente debido a la gran burocratización de los sistemas, hecho que también ha ocu-

rrido en España, tras adaptar básicamente el modelo de Atención Primaria del Reino Unido; pero ni se ha mejorado la consulta a demanda, ni se ha reducido la demanda a Especializada ni se han conseguido los objetivos económicos que se plantearon.

A mediados de los años noventa, España y otros países como Suecia o el este de Europa defienden los servicios públicos, y para evitar la privatización, introdujeron figuras jurídicas de las empresas sanitarias. España, uno de los países que se salvó de la quema, planteó alternativas económicas como las empresas públicas, fundaciones, financiación pública en un marco de empresa privada, o las entidades de base asociativa (EBA) en Cataluña, empresa privada propiedad de profesionales que asumen la Atención Primaria y que cobran por prestación del sistema público,

aunque tampoco los resultados han sido muy definitivos.

En nuestro país la gran dificultad de la coordinación entre niveles llevó a la creación de las gerencias únicas para Atención Primaria y Especializada; pero este modelo no convence a los sanitarios de Atención Primaria, ya que se obliga a una atención biomédica y a un enfoque poco realista de la demanda de cuidados en el ámbito extrahospitalario. De hecho, varias asociaciones profesionales de Atención Primaria, tanto médicas como de Enfermería, creen en el desbloqueo y la autonomía de esta con respecto de la especializada y viceversa para el desarrollo de los nuevos retos del nuevo milenio.

A principios del 2000 estudios epidemiológicos a nivel internacional, de mortalidad y morbilidad, demostraron una cruda realidad dentro de la Atención Primaria especialmente, ya que a pesar del aumento del incentivo económico de los profesionales (carrera profesional, productividad ligada a objetivos, etc.) que sí que ha demostrado una motivación y un aumento en la actividad científico-técnica profesional, no han resultado tan significativamente relevantes para el aumento de la calidad de los servicios ni en

cuanto a la eficiencia social ni en lo que respecta a la eficiencia económica, de hecho la mutua californiana Kaiser Permanente conseguía mejores resultados que los británicos con los mismos costes, en un ámbito de sistema mixto y no público, en el cual la derivación a Atención Especializada es mayor, pero en el que los resultados finales han sido mucho más eficientes, pero esto, sin duda, es discutible en la realidad sanitaria actual.

Un nuevo impulso restaurador y renovador de los centros sanitarios propone una readaptación de los servicios de Atención Especializada que, basándose en el avance tecnológico, da luz verde a la actividad de cirugía mayor ambulatoria, hospitales de día, unidades de Urgencias de corta estancia y reducción de las estancias hospitalarias como elementos prioritarios; en Atención Primaria paralelamente, y en consecuencia, se fortalecen y desarrollan la atención en emergencias y urgencias extrahospitalaria, y se plantea como objetivos específicos en los contratos-programa la ampliación y actuación enfermera de la atención domiciliaria, especialmente para pacientes inmovilizados y terminales. Todas estas medidas, aunque bien instauradas y con buena eficacia a corto y me-

dio plazo, no han podido mitigar, los problemas económicos-financieros del Sistema Nacional de Salud, con una fuerte presión asistencial y un gasto extremadamente alto.

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la mayor supervivencia en las enfermedades oncológicas o invalidantes hace que exista un grupo de pacientes complejos con elevado consumo de recursos sanitarios, lo que obliga estratégicamente a todos los sistemas de salud a buscar nuevas fórmulas asistenciales que mejoren por un lado la atención de los pacientes y por otro aseguren una más eficiente utilización de los recursos destinados.

Teniendo en cuenta condicionamientos de tipo económico (coste-eficiencia y coste-beneficio), social (preocupación por la satisfacción de los usuarios-clientes), técnico (disminución de las estancias medias como indicador de calidad, descentralización de la tecnología y aparición de nuevos sistemas de información y comunicación) y cultural (la muerte es parte del proceso natural y no un fracaso del sistema sanitario) es necesario un replanteamiento del modelo organizativo y de cuidados del sistema sanitario

en relación con los procesos agudos que se alargan, con una demanda de cuidados muy específicos y especializados, que rompen en muchos casos los principios de promoción y prevención de la enfermedad, así como la utilización de medios básicos y poco complejos que caracterizan la Atención Primaria entrando en un orden del segundo nivel asistencial, pero en un enfoque menos intervencionista sobre la enfermedad (a veces ya nada resolutivo) y dirigido a la prevención secundaria y terciaria y los cuidados paliativos como objetivos principales.

No cabe ninguna duda de que el desarrollo de la especialidad de Medicina de familia y Enfermería de familia y comunitaria, así como la futura especialidad de Enfermería gerontológica, prevén la cobertura de gran parte de este sector de la demanda sanitaria; pero también es verdad que no dejan de ser objetivos diferentes de los que se plantearon en los años ochenta, con la reforma sanitaria y que no han dado los frutos esperados en el ámbito económico, en el de salud ni en el social.

Todo ello obliga a un debate en el que la Enfermería no sólo debe estar presente, sino que debe liderarlo, ya

que el modelo biomédico, centrado en los problemas fisiopatológicos y con criterios clínicos, cuyos objetivos van dirigidos a disminuir las complicaciones y secuelas de las enfermedades, exclusivamente ha entrado en un vuelo en picado; tanto a nivel especializado como en Atención Primaria. Quizás el problema no está en el modelo de gestión administrativa, sino en el modelo asistencial que estamos utilizando.

Justificación

La identificación de los modelos enfermeros de Atención Primaria o el movimiento *Hospice* y de Cuidados Paliativos en los países anglosajones a finales de la década de los setenta y a principios de los ochenta, son hitos que han “reinventado” el domicilio como lugar idóneo de atención en procesos que, como en el caso de los cuidados paliativos, la hospitalización tradicional no sólo no añade mejoras en la calidad de vida y de atención sanitaria de los pacientes, sino que en muchos casos las empeora.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado más de 5 millones de enfermeras en activo en la región europea, que forman el mayor

grupo de profesionales de la salud y suelen ser el primer punto de contacto de la población con el sistema sanitario, conforman el núcleo de la atención continuada y el apoyo a los grupos de población más vulnerables y desfavorecidos.

Tanto la OMS como organismos sanitarios de la Unión Europea están de acuerdo en la necesidad de ratificar y concretar la competencia en el área de Atención Primaria y comunitaria, en la especialidad dentro de la profesión enfermera y adaptada a la nueva realidad social que identifica los problemas de salud de forma muy homogénea, a pesar de la diversidad cultural, política y social de cada uno de los países y que se traduce en intervenciones directas e indirectas de educación para la salud, gestora de casos y de los cuidados integrales del paciente en su propio entorno y de apoyo indiscutible de la familia, además de epidemióloga, investigadora, gestora y coordinadora, asesora, consultora y modificadora del entorno para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos; sin embargo, el importante incremento en la demanda de cuidados específicos y dentro de la Atención Especializada, con un alto coste por ingreso hospitalario, ha

conducido a nuevos modelos de atención especializada, dirigiendo las miradas y como una importante novedad en la oferta de servicios sanitarios especializados, la atención de enfermería hospitalaria dentro del propio domicilio del paciente; la hospitalización a domicilio.

Un importante porcentaje de centros sanitarios hospitalarios han desarrollado sistemas clínicos de atención domiciliaria (*Home care*) desde 1947, en el que se creó la primera unidad en Guido Montefiori (New York) por el Dr. E. M. Bluestone; prácticamente fue instaurado como un servicio más de la oferta sanitaria y adaptado a los sistemas sanitarios nacionales (Norteamérica, Canadá y Europa comunitaria).

En nuestro país son muchos los centros sanitarios que han iniciado experiencias pilotos y que han desarrollado este tipo de asistencia con gran éxito entre los pacientes, y resolviendo dos problemas importantes que azotan a la sanidad española: el alto coste del sistema sanitario español y la gran demanda de camas hospitalarias, ya que la hospitalización a domicilio permitiría optimizar los recursos disponibles, especialmente porque las estancias hospitalarias, que son uno de

los mayores gastos que soporta el hospital, se estima se reduciría entre un 22 y un 38%.

El Hospital Gregorio Marañón de Madrid crea en 1982 la primera unidad funcional de hospitalización a domicilio y, desde entonces, se ha ido extendiendo progresivamente por toda la geografía española con un gran éxito de aceptación y eficiencia económica derivado por los resultados obtenidos, constatados con estudios de seguimiento de actividad y análisis de costes, eficacia, efectividad y eficiencia, que han ido mejorando y desarrollando redes de comunicación que ayudados por la tecnología se implementan como muy útiles socialmente, con una oferta abierta y de garantía de la calidad asistencial.

El desarrollo de las cirugías sin hospitalización, de un aparataje más pequeño y portátil que permite acercar los tratamientos al entorno de los pacientes (diálisis, nutrición parenteral, etc.), unos sistemas de comunicación rápidos y en línea como el desarrollo de la teleenfermería (telemetría, videoconferencias, contacto telefónico directo con el paciente desde su domicilio con Enfermería, etc.) todo ello con una significativa reduc-

ción de costes, disponibilidad de camas, reducción de estancias innecesarias y con un grado de satisfacción óptimo para el paciente y la familia; sin embargo, este servicio sanitario no deja de ser una traslación de la Atención Especializada, técnica, individual y específica de un problema fisiopatológico a un entorno domiciliario que, sin duda, pasada la fase aguda, retornará a la Atención Primaria, con gran carga asistencial para los enfermeros/as en unas agendas de por sí bastante engrosadas en atención domiciliaria.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como otras normativas jurídicas tanto nacionales como de las Comunidades Autónomas, junto a nuevas estrategias en materia sanitaria en relación con la capacidad del paciente y la familia a elegir su propio cuidado y beneficiarse de ayudas para ello, da a los profesionales de Enfermería el momento y la oportunidad de ofertar un nuevo producto dentro de la atención sanita-

ria que en Europa, Canadá y Estados Unidos ya está dando sus primeros frutos, los servicios *Nurses Home*.

Básicamente son empresas de servicios de Enfermería que ofertan cuidados especializados a pacientes que requieren una terapia específica determinada, planteando un plan de cuidados integral e integrado con el sistema de salud correspondiente y los profesionales sanitarios responsables de la salud del paciente. Los cuidados se ofertan en el entorno domiciliario como cuidados especializados.

También llama la atención, especialmente en Estados Unidos, el impacto de los denominados *Nursing Home*, que son centros sanitarios gestionados desde un punto de vista enfermero, con una metodología de cuidados enfermeros lejos de un modelo biomédico tradicional.

Los *Nursing Home* pueden ser considerados residencias de ancianos, niños o adultos con requerimiento asistencial profesionalizado, y que a diferencia del sistema español, son centros gestionados administrativamente por enfermeros, que bien podría identificarse con la Enfermería geriátrica que se pretende en nuestro país.

Sin embargo, los *Nurses Home* van dirigidos a la atención de Enferme-

ría en el domicilio; realmente es una oferta de servicios específica para las necesidades de atención en situaciones concretas, permanentes o temporales, y que sustituye a la Enfermería de Atención Primaria en aquellos sistemas de salud que adolecen de una Enfermería directa y responsable en Atención Primaria y comunitaria.

Podríamos asimilar algunos servicios de Enfermería a esta propuesta asistencial, como ha sido el desarrollo de la enfermera de enlace, enfermera hospitalaria de enlace, la enfermera comunitaria de enlace o la enfermera gestora de casos de Atención Primaria en la red de enfermeras de enlace; diferentes denominaciones que se han adoptado en diferentes Comunidades Autónomas con unos resultados definitivamente satisfactorios desde cualquier punto de vista y que ha abordado una zona de nadie, que requería un profesional capacitado como son los enfermeros.

La Enfermería de enlace puede entenderse desde una perspectiva de la gestión de casos, definida como “un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios nece-

sarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste efectivos” (Perfil de la enfermería comunitaria de enlace. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Andaluz de Salud; 2001.)

La Enfermería de enlace, en general e independientemente de su denominación, y desde las diferentes fórmulas que se han utilizado para su implementación en la atención sanitaria española, procura la continuidad de asistencia de los cuidados entre la Atención Especializada y la Primaria, evalúa la situación del alta hospitalaria y las necesidades de un paciente en el domicilio, prioriza actuaciones en aquellos grupos más vulnerables a los problemas de salud, especialmente en personas con problemas de movilidad, edad avanzada, que padecen procesos crónicos o terminales.

La filosofía de las enfermeras de enlace se sustenta en la coordinación metodológica de cuidados encaminados a la independencia y autonomía de los pacientes y sus familias, bien desarrollando las intervenciones necesarias para alcanzarla, bien supliendo los déficits de autonomía. La enfer-

mera de enlace actúa antes, durante y después del ingreso hospitalario, ayuda y colabora con Atención Primaria y deriva las necesidades de recurso a los trabajadores sociales, concertando y conviniendo la disponibilidad de los recursos requeridos por el paciente y la familia. También coordina y apoya las intervenciones educativas dirigidas a manejar la situación de salud que genera la prestación del servicio, planificando con la enfermera comunitaria de enlace la adecuada transición al domicilio.

Sin embargo, la Enfermería de enlace o el gestor de casos de Atención Primaria no tiene actividad asistencial propiamente dicha, sino que coordina esta y los recursos disponibles y necesarios para la atención de pacientes con diferentes niveles de problemas, de cuidados y de dependencia. Su labor va dirigida a la coordinación de profesionales, entre los que se encuentran los trabajadores sociales, con los que se han producido algunos conflictos de competencias, como ha ocurrido en algunos casos también con enfermeros/as de Atención Primaria; pero, en cualquier caso, está suponiendo un importante y eficiente recurso para pacientes y familias y un apoyo para la Enfermería de Aten-

ción Primaria. Sin embargo, no es exactamente la visión de las *Nurses Home* o enfermeras domiciliarias que se está exponiendo.

La propuesta del servicio de la enfermera de cuidados domiciliarios podíamos asimilarla a la atención que se está ofertando con buena resolución por parte de los servicios de Urgencias y emergencias extrahospitalarios, con “coches de enfermería”, o a los antiguos “practicantes de zona”, una oferta complementaria a los centros de salud para la aplicación de cuidados directos o técnicas terapéuticas, fuera del horario normal de atención sanitaria, especialmente fines de semana y festivos, o en situaciones en la que de forma urgente se reclama una atención directa de Enfermería (cambio de sonda, cambios de apósitos, curas de heridas, etc.). Sin embargo, esta actuación es puntual, individual y no metodológica, porque es la aplicación de una técnica concreta a nivel profesional, pero no la atención a un problema desde una visión global, porque entre otras cosas no existe conexión ni relación terapéutica en realidad entre el enfermero/a y el paciente, y lleva en muchas ocasiones a vacíos de información que comprometen la actuación profesio-

nal y, sobre todo, a un seguimiento de lo realizado, con lo cual se rompe la garantía de continuidad de cuidados y la valoración de los tratamientos de forma efectiva y eficiente, por la introducción de sesgos durante la terapéutica.

Planteamiento

Esta concepción de la Enfermería en el domicilio del paciente se ensamblaría dentro de la oferta de la Atención Especializada probablemente, y muy próxima al servicio de hospitalización a domicilio, pero desde una perspectiva más amplia y menos medicalizada, en demanda de un servicio de Especializada o de Atención Primaria, pretendiendo la resolución de problemas que ni pueden ni deben ser tratados en un centro hospitalario de forma continuada y que suponen una carga asistencial muy importante para los enfermeros de comunitaria pero que, indudablemente, forma parte del plan de cuidados globales del enfermero de comunitaria a largo plazo.

Una de las quejas habituales de los enfermeros de familia es precisamente el incremento en la atención al paciente con programa de atención domiciliaria en relación con la

cura de heridas, el control de la nutrición parenteral, el control de fármacos parenterales, de catéteres o sondas, etc., tiempo que en general está suponiendo en algunas zonas, con una población envejecida, más del 50% de la jornada laboral y que impide el desarrollo de actividades de promoción y prevención en la comunidad como atención en colectivos, colegios o de la propia familia, entre otras actividades.

La integración de otros profesionales u ocupaciones que participan en el cuidado del paciente dependiente, con requerimientos de cuidados terapéuticos concretos, conllevan a una situación en la que las responsabilidades se diluyen y en el que es difícil estimar la carga de cada uno de ellos en el resultado final; tal es el caso de los pacientes oncológicos dentro de cuidados paliativos, en los que conviven la enfermera visitadora y asesora del servicio de paliativos y la enfermera de la familia, que debe llevar el control del tratamiento y valorar los resultados de una terapéutica que en muchas ocasiones desconoce, o el control del postoperatorio en pacientes con cirugía mayor ambulatoria, que ante la falta de resolución de Primaria por los

problemas que se plantean a corto plazo, terminan en un agotador e imprevisible servicio de Urgencias hospitalario, en espera de una valoración de la que nadie quiere hacerse responsable. Todo ello supone una duplicación de servicios, de recursos humanos y materiales y, sobre todo, de incomodidad e insatisfacción para el paciente.

Ni que decir tiene el periplo de curas de heridas quirúrgicas y otras heridas, como las úlceras por presión, en el que se embarcan los enfermeros de Atención Primaria, con pocos medios, poco tiempo y sobre todo poca capacidad de resolución en muchos casos, ya que la intervención sobre los factores de riesgo está fuera del alcance o de las posibilidades del equipo sanitario, lo cual supone un punto más de discrepancias y contradicciones sobre la metodología científico-técnica a utilizar en la prestación del servicio entre enfermeros de Primaria y Especializada.

Los *Nurses Home* o servicios de enfermería domiciliaria permitiría disponer de un servicio técnico de cuidados de Enfermería para ofertar al paciente y la familia con toda la garantía y la calidad posibles, y como un único responsable de un cuidado espe-

cífico. El servicio de Enfermería domiciliaria se activaría ante la demanda del profesional de Atención Primaria, desde los servicios de urgencias y emergencias para la continuidad de un tratamiento complejo o una enfermera de enlace como un recurso más de los que el paciente tiene en la oferta sociosanitaria (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, etc.).

Dentro de los puntos fuertes de la Enfermería está el de adoptar en su metodología de cuidados los principios de autonomía, no sólo en la toma de decisiones sobre su salud, sino en la capacidad para el autocuidado, tanto en el ámbito individual como en el familiar, para conseguir mejores niveles de calidad de vida; por ello, tanto en el escenario de la Atención Primaria como Especializada, la Enfermería puede ofertar una gestión de cuidados adaptados a la situación sociocultural-económica de las personas y familias, con planes de cuidados que deben ser planteados con objetivos concretos y evaluables (NOC) y aplicando las intervenciones adecuadas que también tienen que ser planificadas y evaluadas (NIC) a partir de los diagnósticos de enfermería (NANDA).

La capacidad de planificar intervenciones por diagnósticos de Enfermería concretos, con una monitorización de los indicadores en un plazo determinado de tiempo, de forma continua o temporal, según necesidades y, por lo tanto, una conexión más próxima y resolutiva sobre el problema, supondría una descarga para los centros de salud, para los centros de urgencias, para la hospitalización y la seguridad y tranquilidad del paciente y la familia de tener un profesional cualificado para problemas que suponen un desconocimiento y un riesgo para el paciente.

Esta hipótesis induce a pensar en la cobertura de una franja amplia de población adscrita a un área determinada de salud, como oferta en dos sentidos, a un cliente externo —el paciente, la familia o centro de apoyo (de día, geriátricos, etc.)— o por otro lado, al cliente interno (sanitarios de atención primaria-sanitarios de atención especializada), pero desde un punto de vista de gestión integral e integrada con dos elementos claves dentro de esta atención:

1. Bases estandarizadas de la práctica enfermera sobre diagnósticos de enfermería concretos.

2. Teleenfermería.

Los fines que se pretenden básicamente son: a) evitar ingresos hospitalarios (o en otras instituciones) innecesarios; b) establecer un sistema organizativo que permita el control y la atención sanitaria de pacientes que requieren una asistencia específica con diagnósticos enfermeros concretos (rehabilitación respiratoria en enfermedad pulmonar obstructiva crónica, control y rehabilitación de ostomías, control y seguimiento nutricional de pacientes desnutridos, etc.) para que esta pueda establecerse en el domicilio del paciente (puede ser también un centro cerrado, como una residencia geriátrica que no deja de ser el domicilio del paciente, etc.); c) mejorar la coordinación entre los diferentes recursos sociosanitarios implicados en la atención de estos pacientes: servicios hospitalarios de referencia, Urgencias, Unidades del dolor, Oncología, hospital de día, Unidades de Cuidados Paliativos, Atención Primaria, hospitales de media y larga estancia, Servicios de Urgencias extrahospitalarios y I I2 y Enfermería de enlace, constituyendo un servicio ejecutor y consultor de la calidad asistencial en cuidados específicos para los profesionales del área; d) establecer un sistema de informa-

ción integrado dentro del área que gestione la información entre los diferentes implicados en la atención del paciente (profesionales y cuidadores informales), que permita mantener una línea abierta de comunicación entre el equipo de Enfermería domiciliaria, el coordinador de enlace del centro sanitario y los profesionales de Atención Primaria; e) establecer un programa de educación sanitaria para el paciente y la familia, especialmente en pacientes paliativos o de cuidados geriátricos, en coordinación con Atención Primaria; y f) facilitar el apoyo y formación de los cuidadores implicados en la atención de estos pacientes.

Centrándonos en uno de los pilares de este servicio, la telenfermería, incluida en la oferta de las *Nurses Home* en países como Estados Unidos, Reino Unido o Dinamarca, entre otros, está suponiendo un nuevo enfoque laboral y profesional enfermero a nivel internacional, avalado por el Consejo Internacional de Enfermería y otros organismos.

La teleenfermería permite disminuir los tiempos y las distancias, mejora la accesibilidad y la atención sanitaria, contribuye a una utilización más eficaz de los recursos humanos y de

salud y facilita las actividades de formación y de investigación.

La teleenfermería requiere de profesionales centrados en esta actividad y con una relación terapéutica directa con el domicilio del paciente, para poder dar la cobertura oportuna en tiempo y espacio. Ya existen numerosos documentos que acreditan una reducción importante de tiempo, coste y recursos humanos activando los sistemas de teleenfermería, que resulta económica para reducir la necesidad o la duración de las estancias hospitalarias, para hacer extensivo a poblaciones dispersas el acceso a los servicios y para ampliar los servicios a domicilio de gran calidad. Dinamarca, Islandia y otros países, que están desarrollando los cuidados domiciliarios de Enfermería con servicio de teleenfermería y contacto directo informático y/o telefónico han contribuido con estudios epidemiológicos a la ratificación y valoración de estos servicios como claves en el futuro de la atención sanitaria.

En España la utilización de la telenfermería todavía no está desarrollada, pero prácticamente todos los sistemas de comunicación que han sido ofertados dentro de la atención de urgencias y emergencias, así como

el teléfono del menor, de la mujer maltratada y de ayuda familiar están siendo rentabilizados de forma masiva, por lo que también se prevé que el desarrollo de servicios de Enfermería, con una tecnología que permite visualizar directamente al paciente en su domicilio (hospital a distancia), sistemas informáticos de comunicación directa para aclarar las dudas sobre el cuidado del paciente, sin pedir citas previas, sin esperas, de forma permanente y continua, y con un servicio de atención directa si se requiere, así como otros servicios relacionados, va a suponer la revolución tecnológica en el campo del cuidado a distancia, y esto es algo que la Enfermería debe aprovechar, sin duda para liderar y gestionar como actividad propia.

Discusión

El desarrollo de las especialidades enfermeras ha puesto de manifiesto la necesidad de crear áreas de disciplinas dentro de una profesión tan genérica como hasta ahora ha sido Enfermería. La investigación en diferentes campos, entre los que destaca la Epidemiología, resalta la necesidad de tener una referencia específica

y crear una amplia oferta de servicios que puedan cubrir las necesidades de la población frente a las nuevas formas de sociedad, familias, problemas de salud, etc.

Aunque uno de los objetivos en la coordinación entre niveles asistenciales ha sido el conectar a los profesionales sanitarios, es de todos conocido que en la práctica es complicado el seguimiento de un paciente, toda vez que sale del ámbito de la Primaria o la Especializada, debido a los turnos de trabajo hospitalarios, la todavía frágil estructura de consultas de Enfermería en Atención Especializada ambulatoria, etc. Por ello, este nuevo producto o servicio enfermero supondría un recurso de apoyo asistencial directo al especialista enfermero en Atención Primaria o Geriátrica en el ámbito de la atención domiciliaria.

En el ámbito internacional en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y otros países europeos se están desarrollando servicios de Enfermería paralelos a la atención comunitaria para dar cobertura a esta demanda sanitaria, específicamente en Estados Unidos y en el Reino Unido. Tanto los *Nurses Home* como los *Nursing Home* ofrecen renovados

ámbitos de trabajo a la Enfermería profesional en dos espacios muy diferentes, uno de ámbito primordialmente público y otro fundamentalmente privado, pero en los que los profesionales, en cualquier caso, actúan como no dependientes laboralmente del Estado, por lo que, la oferta de servicios al cliente debe ser cuidadosa, eficiente y satisfactoria a todos los niveles debido a la importante competencia que existe, una forma diferente de ver la Enfermería y que, adaptada a un modelo de Sistema Nacional de Salud, puede dar cabida a diferentes estrategias y fórmulas de prestación de servicios en el sistema sanitario español y, por tanto, en la Enfermería española.

En los Estados Unidos se prevé que el empleo en los cuidados a domicilio aumentará un 36% o más en los 7 años próximos. Casi el 46% de las visitas de Enfermería a domicilio podrían sustituirse razonablemente por servicios de teleenfermería. En el Reino Unido en el 15% de los casos de atención a los pacientes en hospitales y clínicas se experimentó la necesidad de la tecnología de telecomunicaciones. Ya se considera como probable que la teleenfermería

podría reducir las visitas a domicilio en un casi 50%. En España la atención domiciliaria se estima que aumente en los próximos años en torno al 45-50% con respecto a la actual, por lo que estos servicios se imponen, como mínimo, como necesarios.

La evolución en la gestión de las organizaciones sanitarias, ya sean públicas o privadas, no sólo hace referencia al importante avance tecnológico que se ha producido en los últimos 25 años, sino que además incluye la utilización de herramientas técnicas en la administración y dirección de organizaciones, independientemente del número de trabajadores, del sector al cual pertenezca o el ámbito de actuación, con el fin de conseguir la mayor efectividad y eficiencia en la utilización de los recursos y en el éxito de la oferta de productos y/o servicios a la sociedad.

Una organización institucional se identifica con objetivos definidos y explícitos, medios limitados y costosos y con la planificación y organización de actividades que implican como primer elemento productivo a un número más o menos elevado de personas involucradas en diferentes niveles de participación. Todo ello nos lleva a pensar que de igual manera que se

hace necesaria la revisión, renovación y adaptación de los medios materiales en la ejecución de las tareas concretas (de una máquina de escribir a un ordenador), es imprescindible una revisión, renovación y adaptación de los puestos de trabajo.

El concepto de trabajo, como unidad organizacional cerrada, inmutable, estanca, no ha sido defendido por ninguno de los autores en gestión y administración de empresas, ya que introduce demasiadas rigideces en una realidad que es esencialmente dinámica y variable.

Por ello es fundamental un cuidadoso análisis de la estructura organizacional del sistema de salud, para identificar la utilidad y eficiencia de los productos y servicios que ofer-

ta, para ir adaptándoles a la realidad social, cambiante y dinámica; de esta manera podremos ir consiguiendo paulatinamente el nivel de calidad y de aceptación del receptor de los servicios sanitarios, y la satisfacción de los profesionales que se obligan a actualizarse y desarrollar la creatividad en relación con los métodos de trabajo.

La Enfermería está afrontando una serie de retos en diferentes ámbitos de su disciplina, y por tanto, está obligada a analizar y ratificar su puesto prioritario en la oferta sanitaria; por ello debe ampliar y adaptar su cartera de servicios, porque la actividad de una profesión se justifica y activa sólo a partir de la utilidad que tiene y que la sociedad le reconoce.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Aguilera Ortiz A. Enfermeras gestoras de casos de atención primaria. Enfermera Gestora de Casos. Disponible en: <http://enfermeradeenlace.blogspot.com> (consultado en marzo de 2008).
- ANA: American nurses association. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/>
- Arqueros Pérez F, Fernández Bono R, Galdano Rodríguez N, García Arrabal JJ, Godoy Fernández A, Moreno López JM, et al. Unidad de coordinación asistencial en el hospital Torrecárdenas: un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras. Comisión de cuidados de área complejo hospitalario Torrecárdenas - Distrito Almería. Revista Alborán de Enfermería. 2003; Supl 2.
- Baraza P. Identificación de problemas por la enfermería de familia en la población inmigrante. I Congreso de Enfermería de familia y Comunitaria de la Región de Murcia. Mayo de 2006.
- Britton BP, Keehner Engelke M, Still AT, Walder CM. Innovative approaches to patient care management using telehomecare. Home Health Care Consult. 1999;6(12):11-6.
- Cartera de prácticas innovadoras en la atención primaria de enfermería y partería. Copenhague, OMS: Oficina europea; 1999.
- Consejo Internacional de enfermería. Disponible en: <http://www.icn.ch/spanish.htm>
- Duarte Climents DG. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. III Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Febrero de 2000.
- Escolar Castellón F. La teleenfermería. Nuevas tendencias en la atención sanitaria domiciliaria. Hospitalización a domicilio. Jornadas sobre Tecnología, Salud y Bienestar. Avances en telemedicina móvil personal para pacientes crónicos y mayores. Marzo de 2007.
- Feachem RGA, Seckhri NK, White KL. Getting more for their dollar: comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ. 2002;32(4):135-43.
- Fundación John A. Hartford. Instituto de Enfermería Geriátrica; sección Nurses Home. Disponible en: <http://www.hartfordign.org/>
- García Sánchez F. Función de la enfermera comunitaria de enlace y calidad de vida en paciente y cuidador. Rev Enfermería Comunitaria de la FAECAP. 2007;3.

- Gené JR, Ortún V, Rodríguez-Artalejo F. Atención Primaria como innovación y como innovadora. Innovación en gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2005. p. 59-79.
- Gómez Pesquera C. La enfermera comunitaria de enlace. *Jano: Medicina y Humanidades*. 2008; 1685:27.
- Home Healthcare Nurses Association. Disponible en: <http://www.hhna.org/> Is primary-care research a lost cause? *Lancet*. 2003;361:977.
- Kenney J. Psychosocial Predictors of Nursing Home Placement among the Hospitalized Elderly. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1811/32629>
- Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:73-81.
- Oficina de estadísticas laborales. *Occupational Health Handbook*. Washington DC: U.S. Department of Labor; 2001. Disponible en: <http://stats.bls.gov/oco/ocos083.htm>
- Oterino de la Fuente D, Peiró Moreno S, Marchan Rodríguez C, Ridao López M. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72(6):517-27.
- Perfil de la enfermería comunitaria de enlace Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Servicio Andaluz de Salud; 2001.
- Russo H. Window of opportunity for Home Care Nurses: telehealth technologies. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2001;6(4):manuscript 4. Disponible en: http://www.nursingworld.org/ojin/topic16/tpc16_4.htm.
- Salud para el año 2010. Declaración por la Salud de la Nightingale Initiative for Global Health (NIGH); 2007.
- Sánchez Moreno A, et al. *Enfermería comunitaria I*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- Sánchez Robles M. Trabajo social y enfermería de enlace: crónica de un conflicto anunciado. Disponible en: http://www.funcionadministrativa.com/infor/20080614_tss3.pdf
- Sheaff R, Gené J, Marshall M, Svab I. The evolving public-private mix. En: Saltman A, Rico A, Boerma W, editors. *Primary Health Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European PHC*. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. England: Open University Press; 2006.
- Thome M, Adler BA. Intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community. *J Adv Nursing*. 1999; 29(1):128-37.