



**LAS ENFERMERAS COMUNITARIAS ANTE LAS
NECESIDADES DE LAS PERSONAS EN EL SIGLO XXI.**

**ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS
CON PROBLEMAS CRÓNICOS.**

**ESTRATEGIA ANTE LA DEPENDENCIA Y LA
FRAGILIDAD**





1. INTRODUCCIÓN. MARCOS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

- 1.1 Un sistema sanitario no actualizado ante las nuevas necesidades.
- 1.2 Modelos de referencia en la Atención a la Cronicidad y el papel de la Enfermera Familiar y Comunitaria en ellos.
- 1.3 Elementos de crítica y aspectos de mejora de los Modelos propuestos, desde la perspectiva Enfermera.
- 1.4 El liderazgo de la Enfermera Familiar y Comunitaria en el proceso de reorientación del sistema hacia el abordaje de la atención a la cronicidad.

2. COMPETENCIAS ENFERMERAS DETERMINANTES PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO

- 2.1 Competencias para la coordinación de los procesos asistenciales relacionados con la cronicidad.
- 2.2 Competencias para la coordinación de la continuidad asistencial.
- 2.3 Competencias para la gestión e intervención comunitaria.
- 2.4 Competencias para la gestión de conocimientos.
- 2.5 Competencias en la seguridad clínica y el cuidado integral.
- 2.6 Competencias como agentes para la equidad.
- 2.7 Competencias para la investigación sobre los cuidados en el ámbito de la cronicidad.
- 2.8 Competencias en educación para la salud, capacitación y fomento del autocuidado.
- 2.9 Competencias como gestor de cuidados complejos en situaciones de cronicidad.
- 2.10 Competencias como gestor de cuidados domiciliarios.
- 2.11 Posicionamiento sobre la aparición y desarrollo de nuevos roles o perfiles profesionales relacionados con la coordinación asistencial y la atención a procesos crónicos complejos.

3. ATENCIÓN DOMICILIARIA: EL PACIENTE CRÓNICO EN DOMICILIO

- 3.1 El perfil del paciente crónico domiciliario y su impacto en el cuidador informal.
- 3.2. Experiencias en nuestro contexto. Dificultades y elementos de éxito.
- 3.3 Propuestas para la mejora de la atención al paciente crónico domiciliario.
- 3.4 La enfermera como profesional clave en la atención las personas con enfermedades crónicas en el domicilio.

4. COMUNICACIÓN Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

- 4.1 La historia clínica unificada: un elemento facilitador de la continuidad asistencial.
- 4.2 La coordinación de todos los implicados; A. Primaria, A. Hospitalaria, Ámbito socio-sanitario y la Comunidad.
- 4.3 Otros elementos que facilitan la continuidad e integración asistencial.
- 4.4 ¿Nuevas figuras que facilitan la coordinación y un mayor aprovechamiento del desarrollo competencial de la enfermera familiar y comunitaria?
- 4.5 Aportaciones de las tecnologías en la atención a crónicos:
 - Las redes sociales y WEB 2.0
 - Telemonitorización y seguimiento de colectivos frágiles
 - El uso de las TICs por parte de los profesionales de la salud



5. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL RETO DE LA CRONICIDAD

- 5.1 Conceptos clave.
- 5.2 Capacitación en el autocuidado; devolviendo el poder del cuidado a la población.
- 5.3 Creación de alianzas con la Comunidad.

Componentes del Grupo de Crónicos de FAECAP:

Amparo Martínez Carpio (SEVAP)
Angélica Miguelez Chamorro (ABIC)
Carmen Ferrer Arnedo (SEMAP)
Carmen Sarabia Cobo (SCECC)
Flora Espejo Matorrales (SEMAP)
Joan Carles Contel Segura (AIFICC)
Jose Luis Álvarez Prieto (AGEFEC)
Sheila Sánchez Gomez (EFEKEZE)
Zoila Lifante Pédrola (SEAPREMUR)
Lucía Serrano Molina (Presidenta de FAECAP)



1. INTRODUCCIÓN. MARCOS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

1.1 Un sistema sanitario no actualizado ante las nuevas necesidades:

Diferentes expertos y dirigentes de Sistemas Sanitarios a nivel mundial reconocen que el Modelo Médico Hegemónico (MMH) presenta una atención excesivamente fragmentada de los servicios de salud y que esa fragmentación surge de una serie de características que han marcado su evolución en los últimos años:

- La súper especialización de las profesiones sanitarias y la división del trabajo que emerge de la misma.
- La coexistencia de diversas profesiones sanitarias en la prestación de servicios con culturas profesionales variopintas.
- La existencia de múltiples organizaciones prestadoras de servicios sanitarios y sociales a los pacientes, estructuradas según niveles, entornos de provisión y vías de acceso diversos, y con formas organizativas y de financiación muy variadas.
- La preponderancia de un modelo de atención diseñado para dar respuesta a las necesidades de atención de episodios agudos, y poco adaptado para responder a las de los enfermos crónicos, es decir, un modelo más curativo que preventivo.

Los mismos dirigentes y expertos reconocen que la tendencia de aumento de las enfermedades crónicas no va a disminuir, debido a los cambios de la estructura demográfica y al peso de las fuerzas de la globalización. El cambio demográfico es bien conocido, pero la fuerza de la globalización de los factores de riesgo lo es menos.

La enorme inversión que supone la globalización por las principales corporaciones transnacionales en alimentación y alcohol tiene efectos positivos en la actividad económica de ciertos países, pero conlleva costos, asociados a la globalización de los factores de riesgo relacionados con estos consumos. La influencia de estos factores de riesgo en la aparición de enfermedades crónicas es bien conocida. Es necesario, además, indicar que este fenómeno aumenta las desigualdades sociales, ya que las personas de menores recursos están más expuestas al riesgo. El impacto negativo de este tipo de globalización de los factores de riesgo, implica que el 80% de las enfermedades crónicas se darán en los países en vías de desarrollo, complicándose así la carga de enfermedad en poblaciones que aún no han resuelto los problemas debidos a las enfermedades infecciosas clásicas.

Ante el cambio epidemiológico descrito, los gobiernos han reforzado sus intervenciones poblacionales en salud pública (tabaco, obesidad, ejercicio físico, etc.), pero aún no se ha iniciado el cambio correspondiente en los servicios de salud. Es probable que esto se deba a que hay más resistencias al cambio en los sistemas de salud; sin embargo, el reto de las enfermedades crónicas no se atajará sólo con intervenciones de salud pública poblacionales, sino que necesitará complementarse con una reforma estructural del sistema sanitario, de lo contrario, el desfase entre el cambio epidemiológico y la actividad real diaria de los servicios de salud será cada vez mayor.

Por tanto son esos mismos gobiernos quienes tendrán que complementar sus intervenciones en salud pública con una profunda reforma de los servicios sanitarios.

De hecho, el usuario de los servicios de salud de hoy ha cambiado:

- Es habitual un perfil de paciente crónico con dos o tres enfermedades crónicas.

- Es más activo y espera participar en las decisiones sobre el tratamiento.
- Espera cuidados y una buena gestión de su enfermedad.
- Espera tener acceso a su historia personal electrónica.
- Acude a la consulta con muchas preguntas y conocimiento sobre su enfermedad.
- Usa Internet y el teléfono activamente para complementar las consultas al equipo clínico.
- Espera continuidad y seguridad en la atención en todo el sistema sociosanitario.

Todos estos aspectos están provocando que nuestro sistema sanitario se encuentre en una fase de rediseño. Su modelo de organización para la provisión de servicios ha llegado a un punto que requiere de una reflexión y un cambio para orientarse hacia las necesidades emergentes de la ciudadanía y más concretamente hacia las derivadas de la atención a las personas que padecen problemas de salud de manera crónica, replanteándose como los servicios deben responder a las situaciones de fragilidad y dependencia de las personas y sus cuidadores en su entorno.

El Sistema que se diseñó en los años 60 y se orientó hacia la atención a las enfermedades agudas, hoy es cuestionado. En la actualidad entendemos que se debería trabajar en invertir esa orientación y destinar la mayor parte de los recursos sanitarios a la coordinación de los recursos comunitarios y recursos sociales encaminándolos a la atención a las personas con problemas crónicos dentro de su entorno próximo, orientando el sistema hacia un modelo más coordinado, proactivo, con visión sistémica y centrado en el paciente.

1.2 Modelos de referencia en la Atención a la Cronicidad y el papel de la Enfermera Familiar y Comunitaria en ellos:

El principal modelo de referencia internacional en la atención a crónicos es el “**Modelo de Atención a Crónicos**” (The Chronic Care Model **CCM**) desarrollado por Ed. Wagner y por colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU. En este modelo, la atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen. El primero, es la comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados, le sigue el sistema sanitario, con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento y por último, la interacción con el paciente en la práctica clínica.

Este modelo identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos. Se trata de:

- La organización del sistema de atención sanitaria.
- El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
- El apoyo y soporte al autocuidado.
- El diseño del sistema asistencial.
- El apoyo en la toma de decisiones.
- El desarrollo de sistemas de información clínica.

El fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias, en pos de una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados. Al revisar esta propuesta, como no podía ser de otra manera, aparece claramente identificado el **marco competencial de las enfermeras comunitarias** en lo que se refiere a la



intervención con los pacientes crónicos. Si se analizan los dominios competenciales que las enfermeras desarrollan, en todos los puntos se encuentra equivalencias, claves a la hora de que los planificadores sepan quién debe de ser el proveedor de la intervención o de liderar la línea estratégica:

- El apoyo y soporte al autocuidado: sustentado en el marco teórico de la Dra. Dorotea Orem quien ya en los años 70 acuñó esta teoría de aplicabilidad por parte de las enfermeras.
- El apoyo en la toma de decisiones del paciente: existen experiencias de enfermeras trabajando en Proyectos de planificación anticipada (experiencia del Reino Unido o de Australia) o los proyectos de counseling.
- El ejercicio del rol de la enfermera como capacitadora/educadora de los pacientes: parte de la idea de ver el cuidado como una acción próxima, sencilla y cotidiana que requiere de un profesional proactivo y facilitador de los cambios en el autocuidado.
- La gestión de casos: disponemos de experiencias en España en casi todas las Comunidades Autónomas; Canarias, Andalucía; Cataluña, Euskadi...
- La relación con la comunidad: donde la enfermera comunitaria lidera y coordina proyectos participativos orientados hacia la promoción de la salud junto con los diferentes protagonistas de la comunidad; escuela, asociaciones, Salud Pública, centros deportivos y socio-culturales,....

Dentro de las adaptaciones del CCM destaca el modelo propuesto por la OMS, denominado “**Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas**” The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC). Este modelo añade al CCM una óptica de políticas de salud, cuyas principales ideas son:

- La toma de decisiones basada en la evidencia.
- El enfoque de salud poblacional.
- El foco en prevención.
- El énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica.
- La flexibilidad/adaptabilidad.
- La integración, como núcleo duro del modelo.

Desde este enfoque, se da especial énfasis a la **coordinación asistencial** como medio para evitar la fragmentación y ganar en continuidad. Aquí es preciso hacer alusión a las experiencias de éxito llevadas a cabo con proyectos de Continuidad de Cuidados; los informes de cuidados al alta, el trabajo desarrollado por los enfermeros de AP de Domingos y Festivos para la atención de pacientes crónicos de la Comunidad de Madrid o las Unidades de Derivación de Pacientes que dirigen enfermeras en algunos Hospitales como el Clínico o el Hospital La Paz.

Más allá de los modelos con enfoque sistémico como el CCM y el ICC, el otro modelo más utilizado es el que hace referencia a los modelos de enfoque poblacional, cuyo foco es la población en su conjunto, sus necesidades y apostar por una intervención diferenciada y ajustada para cada grupo poblacional. Entre ellos, destaca la “**Pirámide de Kaiser**”, que identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico. En interpretaciones posteriores al modelo Kaiser se ha incluido la vertiente poblacional de promoción y prevención que se corresponde con la base de la pirámide de población. La principal idea que introduce la pirámide de Kaiser es una segmentación o estratificación de la población según su grado de complejidad, donde debemos destacar lo siguiente en relación con el abordaje que realiza la enfermera familiar y comunitaria en cada escalón de complejidad:



- En los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad se hace necesaria una **gestión integral e intensiva del caso** en su conjunto, a través de unos cuidados profesionales avanzados. Requiere dar respuesta a necesidades complejas de cuidados lo que implica orientar los esfuerzos hacia la **coordinación y gestión de los cuidados** en estrecha relación con el implicado y sus cuidadores.
- En los pacientes de alto riesgo pero de menor complejidad, en el escalón denominado como “gestión de la enfermedad” emerge como clave la **capacitación para el autocuidado y el fomento de la responsabilidad** sobre los autocuidados, que permitan avanzar en el grado de autonomía en el cuidado de su situación de salud.
- En los pacientes de complejidad menor (una única enfermedad crónica, estadios incipientes de esta,..), el rol de **facilitación y acompañamiento** emerge como clave. Programas como el del Paciente experto-activo, donde las estrategias de educación hacia el autocuidado son lideradas por iguales (previamente capacitados por enfermeras) resulta una de las estrategias más eficaces para fomento del autocuidado en este estadio.
- Finalmente, sobre la población general las intervenciones de **prevención y promoción** que inciden en los factores de riesgo que pueden condicionar la aparición o agravamiento de la enfermedad crónica, surgen como estratégicas. No podemos olvidar la base de la pirámide, intervenir en este estrato es una apuesta de futuro donde las enfermeras familiares y comunitarias a través de la **educación para la salud** fomentan una vida saludable desde las primeras etapas vitales.

Una de las adaptaciones más interesantes de la pirámide de Kaiser que se ha puesto en marcha es la pirámide definida en el **King's Fund** en el Reino Unido. En esta adaptación destaca la combinación de la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo.

1.3 Elementos de crítica y aspectos de mejora de los Modelos propuestos, desde la perspectiva Enfermera:

A pesar de que los modelos a los que aquí se hacen alusión representan un giro para el sistema sanitario y en concreto en el abordaje de las enfermedades crónicas, y que han tenido éxito en los contextos que se han puesto en marcha, diferentes autores, advierten del peligro que representa el traspaso de manera acrítica de estos modelos de un contexto a otro y la falta de consideración de la construcción social que de la enfermedad crónica se realiza en cada contexto. Otros estudios, a través del análisis cualitativo de las experiencias de Paciente Experto, cuestionan si realmente este programa empodera a las personas que en éste participan o perpetúa las relaciones de poder biomédicas, planteando, también, que los programas para el automanejo de la enfermedad crónica (CDSMP-Chronic Disease Self-Management Program), no “captan” realmente a quién más lo necesita o no tienen en cuenta en las evaluaciones a los participantes que abandonaron el programa. El trabajo de P. Wilson, S.kendal y F. Brooks termina concluyendo que no está claro si los grupos de autocuidado creados se desarrollarán hacia un movimiento “empoderado” que pueda provocar impacto en las políticas (y en el sistema) o simplemente se adaptarán y se ajustarán a la política de cuidado actual. Es por ello que debemos ser cautos a la hora de adoptar estos modelos o poner en marcha las estrategias de cambio propuestas, estos deben ser ajustados a nuestro contexto y evaluados de forma estrecha, de tal forma que en esa evaluación participen y

compartan su visión, experiencias y saber, todos los protagonistas, en nuestro caso, de la acción cuidadora; persona-familia y enfermeras.

Señalar que los sistemas utilizados para la estratificación de la población y para definir el índice coste predictivo, según el cual los pacientes son clasificados en un estrato u otro, son criterios clínicos y de coste (CIEs, GDRs, ACGs) no teniendo en consideración la complejidad de los cuidados ni el índice de privación social. Nos encontramos de esta forma a personas incluidas en los niveles intermedios de complejidad cuya demanda de autocuidados es alta (demencia avanzada con Insuficiencia cardiaca).

Algunas clasificaciones realizadas excluyen como enfermedad crónica prioritaria aquellas que conllevan deterioro cognitivo, neurológico u osteoarticular, las cuales comúnmente conllevan una gran carga de cuidados para la persona y su familia. Por ello consideramos que estas variables deben ser tenidas en cuenta debido a que en la definición o “estratificación” como crónico complejo, también impactan los recursos socioeconómicos de la persona y los costes-cargas en cuidados.

Como elementos transversales claves al abordaje de la población según la pirámide de Kaiser Permanente, no podemos olvidar los siguientes;

- La **mirada integral del proceso y de la persona**. Determinadas orientaciones caen en el riesgo de centrarse de manera exclusiva en el control de determinada enfermedad (predominante), sus signos y síntomas, distanciándose de la mirada en clave de las necesidades de cuidado integral.
- Los **cuidadores y el entorno** de la persona como elementos clave del cuidado especialmente en los escalones superiores de la pirámide.
- La necesaria **coordinación con los servicios sociales y comunitarios** que eviten la duplicidad de intervenciones y que aúne esfuerzos para mejorar la comunicación **interinstitucional**.
- Las **acciones de educación y capacitación hacia el autocuidado** están presentes en todas los estratos de la pirámide de una forma u otra y éstas se encuentran encaminadas hacia aumentar la responsabilidad de las personas y su autonomía, para que sean más capaces de cuidarse y vivir en salud, de tal forma que nos desliguemos de roles y acciones que tradicionalmente han generado dependencia y paternalismo en los profesionales de la salud.

1.4 El liderazgo de la Enfermera Familiar y Comunitaria en el proceso de reorientación del sistema hacia el abordaje de la atención a la cronicidad:

Este cambio no es sencillo de realizar, para llevarlo a efecto, es importante partir de experiencias que ya son conocidas. La experiencia en este campo, puede venir de la mano de las enfermeras y enfermeros comunitarios, dado que desde el nacimiento del modelo de la Atención Primaria, en la década de los años 80, el sistema sanitario ha responsabilizado a este colectivo, el de las enfermeras comunitarias, la tarea de atender y prestar cuidados específicos a este grupo poblacional.

Si hay algo de lo que se han responsabilizado las enfermeras de manera prioritaria, ha sido y es, la atención a la cronicidad y dependencia, a la que se ha dedicado y dedicamos más del 35% de nuestra jornada laboral como presentó Cid ya en los años 90. Las enfermeras prestan una adecuada atención a pacientes inmovilizados y terminales, en contraposición, con la misión que se les ha dado a médicos de familia y pediatras, relacionada con el control de la demanda y la gestión racional de los medicamentos, además de un uso adecuado de las



derivaciones al segundo nivel de atención, para un certero diagnóstico o el apoyo en el seguimiento de ciertos problemas de salud.

Es por ello que un proyecto de desarrollo de estrategias para el abordaje de la cronicidad, que se apoya en que los pacientes deben adquirir herramientas de autogestión y autocuidados, es donde **los profesionales de Enfermería, por sus conocimientos, habilidades y actitudes, deben posicionar su liderazgo**. Por ello es la profesión enfermera la que debe liderar y coordinar estas estrategias asistenciales. **Las enfermeras son las que por su competencia y desarrollo profesional tienen más conocimiento y experiencia en la búsqueda de estrategias de autogestión para los pacientes en su entorno próximo** porque así se ha ido trabajando en los últimos veinte años, con actividades como la educación para la salud, el consejo estructurado y el desarrollo de los planes de cuidados. A pesar de que esta actividad sería más que suficiente para refrendar a las enfermeras en los puestos de coordinación de estas actividades, en la actualidad aún no ocurre esta circunstancia.

Este es el momento de dar el impulso que se debería a las **competencias** que habitualmente ejercemos las enfermeras comunitarias, roles que, tanto gestores, como la población y otros profesionales, en ocasiones, parecen no visualizar. Por ello resulta urgente **explicitar** el valor del cuidado y evidenciar su aportación a la salud de la población.

Igualmente requiere especial atención el reconocimiento del trabajo de las enfermeras en la **Atención a Domicilio**, como el medio natural de atención en el caso de las personas con enfermedades crónicas y dependientes, ya que es donde pasan la mayor parte del tiempo conviviendo con su enfermedad. Es el medio, en el que además, los **cuidadores** se desenvuelven a diario, por tanto es donde se les generan o agudizan necesidades de cuidados y de seguridad en los casos de dependencia y fragilidad. Se considera que este es el ámbito donde se debe dar con mayor contundencia un modelo de atención centrado en las personas, liderado por enfermeras, donde se desarrolle un plan de intervención que permita coordinar a todos los actores implicados en el proceso, alejándonos de un modelo fragmentado donde entraban en juego diversidad de actores sanitarios y sociales con mucha voluntad pero poca integración y por tanto con elementos de ineficiencia, para caminar hacia un modelo integrado donde cada uno asume su especificidad y esta es reconocida y exigida en un modelo de trabajo orientado a la excelencia y a la eficiencia.

La última pieza clave de la aportación de la enfermería comunitaria a la estrategia de abordaje de la cronicidad, es su acción en el **AUTOCUIDADO**.

Son los cuidados y su gestión, el campo de acción de las enfermeras y enfermeros desde que además la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, así lo designó. Siendo esta responsabilidad, mayor en la atención a las personas con enfermedades crónicas, ya que son las enfermeras las encargadas de "ayudar al individuo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que él realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible" (V.Henderson).

Es decir las enfermeras somos las especialistas del cuidado; " *Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad*" (D.Orem), donde se entiende que el **autocuidado** es "una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".



Elementos clave a tener en cuenta en relación con la reorientación de los Sistemas Sanitarios hacia la Atención a la Cronicidad y el papel como agente de cambio de las Enfermeras Familiares y Comunitarias.

- ✓ Los sistemas sanitarios deben reorientarse hacia modelos de atención más coordinados, proactivos, con visión sistémica, centrados en el paciente.
- ✓ Estos nuevos modelos no deben olvidar la mirada integral del proceso y de la persona, la inclusión de los cuidadores y el entorno de la persona en las estrategias, los elementos de coordinación con los servicios sociales y comunitarios así como las acciones de educación y capacitación hacia el autocuidado como elementos claves para fomentar la responsabilidad de las personas sobre éste y vivir en salud.
- ✓ Los sistemas de clasificación y estratificación poblacional deben incluir de manera progresivas variables como las cargas de cuidados y los índices de privación social como elementos clave que afectan a la definición del grado de complejidad.
- ✓ Los modelos deben contextualizarse y no trasladarse de forma acrítica y se debe apostar por una evaluación participativa de los nuevos modelos o estrategias que se pongan en marcha.
- ✓ La especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria es el profesional más capacitado para el fomento del autocuidado, garantizar la continuidad asistencial y coordinar los recursos en las situaciones de cronicidad, es por ello que debe tomar parte activa y liderar políticas y programas orientados a la reorientación del sistema. La enfermera familiar y comunitaria está capacitada para;
 - Desarrollar programas específicos y diferenciados atención para los pacientes crónicos con un mayor perfil de riesgo (mayor número y riesgo de futuras hospitalizaciones, pluripatología, polimedicación,...).
 - Fomentar la elaboración y formulación planes de cuidados individualizados para pacientes crónicos, especialmente relevante en los pacientes donde concurren a la vez diferentes problemas de salud crónicos.



BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Gómez González JL, Santamaría García JM, Arribas Cachá A, Jiménez Rodríguez ML, Sellán Soto C, Barchino Plata R, Aréjula Torres JL. Sistemas de información de cuidados de salud. Madrid: Departamento de metodología e innovación del cuidado, FUDEN; 2010
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
3. Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en Enfermería. 7 ed. Barcelona: Elsevier; 2011
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22 ed. Madrid: Espasa-Calpe; 2002
5. Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado.
6. Teoría del autocuidado. <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>
7. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería
8. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
9. Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez ML, González Sotos LA, Arribas Cachá A, Sellán Soto C, JL Gómez González JL, López Morales M, Barchino Plata R, Laita de la Rica LM, Muel Muel E.
10. Notas sobre el cuidado. Por qué es y cómo es. Versión profesional. Madrid: Departamento de metodología e innovación del cuidado, FUDEN; 2011
11. Sellán Soto C. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería española contemporánea. 2 ed. Madrid: FUDEN; 2010
12. Circular 5/90 de INSALUD sobre la Organización de la Actividad de enfermería en AP
13. Documento estratégico. Perfil y competencias enfermera de Familia y Comunitaria. FAECAP; 2008. Disponible en:
http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_Especialidad/Perfil_y_Competiciones_Enfermera_de%20Familia_Faecap.pdf
14. Drennan V, Davis S, Goodman C, Scott C, Manthorpe J, Iliffe S. Nurses and case management in primary care setting: the range of models in England. Rev Paraninfo Digital. 2007;2.
15. Ferrer Arnedo C. Gestión de casos: dificultades de utilización de una herramienta para el cuidado integral. Libro de resúmenes y ponencias del 5.º congreso de la FAECAP. Pag. 4-6.
16. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010.
17. Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 26
18. Martin C, Peterson C. The social construction of chronicity – a key to understanding chronic care transformations. Journal of Evaluation in Clinical Practice 15 (2009) 578–585
19. Anderson J.M. Empowering patients: issues and strategies. Social Science and Medicine. 1996; 43, 697–705.
20. Bury M, Pink D. The HSJ debate. Self-management of chronic disease doesn't work. Health Service Journal. 2005; 115: 18–19.
21. Wilson PM, Kendall S, Brooks F. The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. Health Soc Care Community 2007 09;15(5):426-438



2. COMPETENCIAS ENFERMERAS DETERMINANTES PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO

Como hemos visto en el anterior capítulo, desde la perspectiva socio-sanitaria, los últimos años se han caracterizado por una rápida transformación hacia nuevas formas sociales. Los múltiples cambios internos de la profesión enfermera, de los sistemas sanitarios y los cambios externos globales de la sociedad (económica, social, cultural, política, demográfica, sanitaria y tecnológica), afectan a las profesiones sanitarias y por tanto a la enfermería.

La enfermería como profesión de servicio está influenciada y condicionada por todos estos cambios que crean nuevos escenarios de salud y sociales. Por tanto, no puede plantearse solamente como adaptarse a ellos, sino que debe entender, cuáles son los valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad y formarse para poder proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad.

El envejecimiento poblacional, la cronicidad compleja, el incremento de la dependencia, la disminución de la red de apoyo informal, la utilización inadecuada de servicios de salud, son factores que están generando nuevos retos en la atención sanitaria.

La MISIÓN de la **Enfermera Familiar y Comunitaria** es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

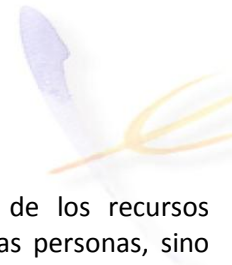
La ACCIÓN de la **Enfermera Familiar y Comunitaria** está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana.

Su PRÁCTICA requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con visión holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental. Además sus PRÁCTICAS deben estar basadas en la mayor evidencia científica disponible en cada momento, garantizando la seguridad y la eficiencia.

Este capítulo, se centra en explicitar las COMPETENCIAS que capacitan a la **especialista en Enfermería familiar y comunitaria como el profesional clave y experto en el cuidado, en situaciones de cronicidad**. Entendiendo por COMPETENCIA PROFESIONAL el estado de tener el conocimiento, juicio, habilidades, energía, experiencia y motivación necesarios para responder adecuada y eficientemente a las demandas derivadas de las propias responsabilidades profesionales. Como MARCO COMPETENCIAL, se entiende, el conjunto de competencias que han de considerarse fundamentales para cumplir con la práctica profesional encomendada sin necesidad de supervisión por otro profesional.

2.1 Competencias para la coordinación de los procesos asistenciales relacionados con la cronicidad:

La Enfermera Familiar y Comunitaria al desarrollar su actividad en el ámbito de la atención primaria de salud es el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario.



Tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios, ya que su uso inadecuado no sólo representa un riesgo para las personas, sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la sociedad de otros recursos.

La Enfermera Familiar y Comunitaria como profesional que trabaja en el primer nivel de atención debe facilitar el acceso al sistema sanitario, eliminando cualquier barrera física, estructural u organizativa que lo dificulte.

Asimismo facilita y potencia la participación ciudadana activa y responsable, en la búsqueda de respuestas a sus problemas de salud y en la planificación de los servicios sanitarios.

Pone en marcha competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud.

Participa en la elaboración de protocolos diagnósticos y terapéuticos que incluyan criterios clínicos y socio familiares para la puesta en marcha de circuitos de atención rápida a los grupos más vulnerables.

Además de ello, consensua protocolos junto con otros sanitarios en el marco de Procesos Asistenciales Integrados.

2.2 Competencias para la coordinación de la continuidad asistencial:

Este rol implica el compromiso en diferentes áreas:

- Compromiso con la mejora continua de la calidad:

La Enfermera Familiar y Comunitaria toma sus decisiones basándose en las evidencias científicas actualizadas y para ello mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, al tiempo que hace partícipes a las personas en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Además de conocer las herramientas básicas de la calidad asistencial, las aplica tanto en la autoevaluación de la calidad de los cuidados que presta como en el estudio de las necesidades y expectativas de las personas.

La enfermera Familiar y Comunitaria reconoce como prerrequisito de la atención de calidad el valor del trabajo en equipo y la participación y corresponsabilización de las personas a las que presta sus cuidados.

- Compromiso con la ética:

La Enfermera Familiar y Comunitaria es exigente consigo misma, con la propia administración sanitaria y con el resto de los actores que intervienen en ella, para el cumplimiento de su misión. Basa su compromiso con las personas, en los principios de la bioética y muy especialmente, dada la idiosincrasia de su ámbito de actuación, en el principio de autonomía (autocuidado y responsabilidad).

Garantiza el respeto a cada uno de los derechos de los usuarios y pacientes del sistema sanitario conforme a lo establecido en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Pone en marcha competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios, en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad,



efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.

Debe fomentar la **creación de Comisiones de Cuidados** para la coordinación entre niveles.

El objetivo final de la enfermera en la continuidad asistencial es conseguir gestionar la incertidumbre del paciente en el seguimiento de su proceso, para ello se coordinará con los diferentes profesionales en cada área asistencial/social consiguiendo que no existan situaciones de discontinuidad en ningún momento de la atención.

La continuidad pivota sobre la persona y su familia siendo la **enfermera comunitaria su referente** dentro de todo el continuum asistencial

2.3. Competencias para la gestión e intervención comunitaria:

La Enfermera Familiar y Comunitaria coopera y participa activamente con las organizaciones y redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ayuda mutua y demás instituciones públicas o privadas que tienen por objetivo mejorar la salud del conjunto de las personas.

Pone en marcha competencias vinculadas con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, vigilancia epidemiológica y medioambiental y situaciones de emergencia y catástrofe dentro del contexto comunitario sobre las bases de participación igualitaria y equidad. .

2.4. Competencias para la gestión de conocimientos:

La Enfermera Familiar y Comunitaria está capacitada para:

- Identificar y valorar las necesidades de formación y los factores que influyen en el aprendizaje de cuidados en el ámbito familiar y comunitario que permitan dar una respuesta eficaz y eficiente.
- Elaborar los objetivos de aprendizaje.
- Determinar el plan de enseñanza que mejor se adapte a las necesidades/demandas identificadas.
- Decidir las fórmulas pedagógicas que se han de utilizar y que mejor se adapten a cada caso concreto.
- Gestionar y facilitar la preparación y utilización adecuada del material didáctico necesario para impartir la enseñanza.
- Gestionar la aplicación del plan de enseñanza.
- Evaluar la consecución del aprendizaje de las personas.
- Diseñar textos de divulgación: folletos, protocolos, artículos de opinión.

2.5 Competencias en la seguridad clínica y el cuidado integral:

Este rol implica el compromiso en diferentes áreas:

- Compromiso y orientación a las personas, familias y comunidad:

Las personas en su acepción holística, a lo largo de toda su vida y en su entorno natural, junto a las familias y comunidades con sus interacciones, su cultura y también en su medio, son los protagonistas activos de la atención que presta la Enfermera Familiar y Comunitaria. Sus actuaciones están orientadas a la mejora y mantenimiento compartido de su salud y bienestar, no limitándose la intervención clínica ante situaciones con presencia de enfermedad.



- Compromiso con la seguridad de los usuarios y pacientes:

La Enfermera Familiar y Comunitaria promueve y desarrolla el conocimiento y la cultura de seguridad de las personas a las que atiende.

Colabora y participa en proyectos que impulsan y evalúan prácticas seguras.

- Compromiso con el desarrollo profesional:

La Enfermera Familiar y Comunitaria está comprometida con el desarrollo general de su profesión y particularmente con el de su principal ámbito de trabajo, la enfermería que interviene con las familias, las comunidades y en la salud pública.

2.6 Competencias como agentes para la equidad:

La Enfermera Familiar y Comunitaria adquiere un especial compromiso con los sectores sociales más desfavorecidos por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad, enfermedad, etc. con el objetivo de mantener el principio de equidad en el acceso e intervención sobre sus cuidados. Para ello, planifica, dirige e implementa en su actividad cotidiana programas de salud específicos dirigidos a cubrir las necesidades de estos y otros grupos en riesgo y a evitar las desigualdades en materia de salud.

2.7 Competencias para la investigación sobre los cuidados en el ámbito de la cronicidad:

La Enfermera Familiar y Comunitaria está capacitada para:

- Basar su práctica clínica y la de los equipos que lidera en la mejor evidencia disponible.
- Generar y difundir conocimiento científico.
- Desarrollar **líneas de investigación** orientadas hacia la evaluación del impacto en salud de las intervenciones enfermeras y hacia la evaluación de las mejores estrategias para la coordinación asistencial y el fomento del autocuidado de las personas con enfermedades crónicas.

2.8 Competencias en educación para la salud, capacitación y fomento del autocuidado:

Una de las competencias clave de la enfermera FyC, son todas aquellas relacionadas con los **procesos de enseñanza-aprendizaje y capacitación para el autocuidado** como herramienta esencial, que facilita aumentar la capacidad de los individuos y colectivos, sobre el control de los determinantes de salud, donde la enfermera además de *facilitar su habilidad para responder* a los desafíos de la vida y a las nuevas demandas de cuidados derivadas de su situación de salud, pone en marcha procesos de enseñanza aprendizaje para *aumentar la capacidad, los recursos y la competencia* de los individuos y colectivos para afrontar situaciones de especial fragilidad, en este caso relacionados o derivados de la aparición o coexistencia de enfermedades crónicas.

Estas acciones educativas están orientadas a activar a las personas y aumentar su responsabilidad sobre el autocuidado, donde el fin último que se persigue es el empoderamiento y capacitación de la persona en salud de tal forma que ésta sea más capaz de cuidarse por sí misma de una manera satisfactoria disminuyendo de esta forma su relación de dependencia con instituciones y profesionales sanitarios.

Es por ello que la enfermera FyC está capacitada para: planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la persona en sus



aspectos biológicos, psicológicos y sociales prevalentes tanto individual como grupalmente en la comunidad.

2.9. Competencias como gestor de cuidados complejos en situaciones de cronicidad:

La enfermera familiar y comunitaria es un profesional capacitado para el abordaje de situaciones de cronicidad complejas que requieren de un seguimiento y cuidado intensivo y mayores esfuerzos en la continuidad asistencial y de los recursos existentes, de tal forma que es capaz de desarrollar **procesos de colaboración** mediante los cuales, se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúan los cuidados y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona y sus cuidadores, articulando la **comunicación y recursos disponibles** para promover unos resultados de calidad y costo-efectivos. De esta forma se recogen en el BOE las competencias de la Especialista en Enfermera FyC relacionadas con este ámbito asistencial.

- Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas especialmente relacionadas con la prevención y el control de enfermedades crónicas más prevalentes.
- Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario.
- Integrar e indicar otras medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes con especial atención a los procesos de cronicidad y a las situaciones de dependencia.
- Detectar situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.
- Documentar y registrar el proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de actuación de la especialidad.
- Planificar, ejecutar y evaluar programas en relación con la cronicidad o discapacidad desarrollándolos tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.
- Planificar, ejecutar y evaluar programas de gestión de los cuidados a las personas con enfermedad o dependencia en términos de igualdad, desarrollándolos, tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario. Liderar, diseñar y aplicar una atención sanitaria y unos cuidados de enfermería familiar y comunitaria basados en la gestión de casos.

2.10. Competencias como gestor de cuidados domiciliarios:

Las enfermeras comunitarias en el ámbito domiciliario, valoran de manera individual las necesidades del paciente y sus cuidadores, diseñan planes de intervención negociados con los pacientes para que sean realistas y aplicables dentro de un contexto de prestaciones previamente definidas. Además utilizan programas de educación para la salud y de capacitación y resuelven la coordinación con otros niveles, sistemas y miembros del equipo asistencial.

Están comprometidas con la búsqueda de los recursos que permitan a la persona y cuidador gestionar sus propias necesidades, coopera y participa activamente con las organizaciones y redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ayuda mutua y demás instituciones públicas o privadas que tienen por objetivo mejorar la salud del conjunto de las personas.



2.11 Posicionamiento sobre la aparición y desarrollo de nuevos roles o perfiles profesionales relacionados con la coordinación asistencial y la atención a procesos crónicos complejos:

De forma progresiva, diferentes comunidades autónomas han adoptado modelos de otros contextos (principalmente del anglosajón) para paliar problemas asistenciales como la falta de coordinación interniveles o para atender nuevas necesidades derivadas de situaciones de dependencia, fragilidad y cronicidad. De esta forma, encontramos un mapa con diferentes figuras enfermeras, ubicadas principalmente en la Asistencia Primaria de salud que intentan paliar estas “enfermedades” del sistema y las necesidades emergentes. Sin embargo, la puesta en marcha de estas figuras (enfermera de enlace, gestora de caso, gestora de competencias avanzadas,...) con diferentes áreas competenciales en cada caso, se ha realizado sin llevar a cabo un profundo análisis de la situación sociosanitaria y del área competencial de la enfermera familiar y comunitaria.

Si bien hay que reseñar que han resultado experiencias exitosas en determinados contextos y han evidenciado la aportación enfermera al cuidado integral de la salud y a la continuidad asistencial, no dejan de representar estrategias eventuales que desvirtúan el foco de la mirada de una reflexión más profunda que nos haga pensar realmente en clave de necesidades de la población y potencialidades de un colectivo, que como hemos visto, está sólidamente capacitado para hacer frente a las necesidades de la población actual y para ser agente de cambio y transformación de las ineficiencias del sistema actual, facilitando su reorientación hacia una mirada sistémica, integral, y al fin y al cabo más sostenible.

Para ello, sería necesario reflexionar sobre las ratios de población que están atendiendo actualmente las enfermeras familiares y comunitarias, con destacables diferencias entre comunidades, lo cual nos desvela un sistema con falta de equidad. ¿Porqué se han trasladado, en ocasiones de forma acrítica, modelos de otros contextos como son estas nuevas figuras de enfermería y no otros elementos como la distribución poblacional según criterios de complejidad, donde la presencia de profesionales de enfermería es considerablemente superior al de otros profesionales? .

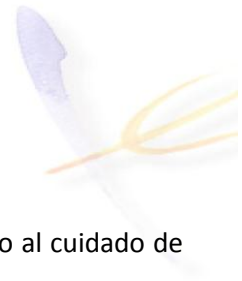
Otro elemento clave de reflexión crítica, sería la permanencia de actividades con elevada carga burocrática (entrega de recetas, por ejemplo) que desvían nuestras energías y tiempos, de otras actividades que aportan mayor valor añadido al cuidado de la salud.

Además de esto, la tradicional adopción de tareas que otros profesionales van delegando o derivando por considerar de mayor relevancia centrar su actividad en otras más complejas, también ha desviado el foco de nuestra mirada del desarrollo de intervenciones avanzadas de cuidado como puede ser la educación grupal, la intervención en la comunidad o el abordaje de los colectivos de mayor riesgo de exclusión social (y consiguientemente con mayor privación en salud).

Por ello, consideramos que ese desarrollo competencial avanzado experimentado y potenciado en diferentes comunidades autónomas, **debe ser revertido a la enfermera familiar y comunitaria** en un medio plazo, y dentro de un contexto que facilite la asunción de estas competencias por la enfermera FyC.

Consideramos que para conseguir este objetivo, los siguientes elementos emergen como esenciales:

- Existencia de protocolos y vías clínicas que recojan la mirada enfermera y los planes de cuidados de Enfermería.
- Existencia de un cupo enfermero ajustado a la complejidad de la población que atiende.
- Dotación de recursos materiales adecuados a estas nuevas situaciones de



atención.

- Descarga de tareas burocráticas que no aportan valor añadido al cuidado de la población.
- Limitación del trasvase de profesionales no capacitados a la atención familiar y comunitaria.
- Que la aplicación (informática) de cuidados utilizada resulte ágil y permita plasmar la valoración y el plan de cuidados de una manera accesible, visible y que informe suficientemente de la situación de la persona y su evolución. Esta será una de las vías para explicitar, evidenciar y medir el producto enfermero; el CUIDADO.
- Facilitar el trabajo en equipo y colaborativo con otros profesionales cada uno desde su campo competencial.
- Que la aplicación (informática) sirva para la explotación de actividad enfermera desde el marco de la efectividad y eficiencia, es decir, que no refleje un valor meramente cuantitativo de la actividad.



Elementos clave a tener en cuenta en el desarrollo de las competencias enfermeras en el abordaje del paciente crónico.

Entendemos como **COMPETENCIA PROFESIONAL**, el estado en el que disponemos del conocimiento, juicio, habilidades, energía, experiencia y motivación necesarios para atender las demandas derivadas de las responsabilidades profesionales.

Así la enfermera comunitaria desarrolla competencias en los siguientes ámbitos de actuación:

- ✓ **Competencias para coordinar procesos asistenciales:** a través del uso eficiente de los recursos sanitarios y la participación ciudadana activa. Además elabora y consensua protocolos con otros profesionales.
- ✓ **Competencias para la continuidad asistencial:** a través del compromiso con la mejora continua y la ética. Toma decisiones según la evidencia disponible, evalúa la calidad de los cuidados y actúa según principios de equidad.
- ✓ **Competencias para la intervención comunitaria:** participa con las redes comunitarias fomentando y trabajando en intervenciones en salud.
- ✓ **Competencias para la gestión de conocimientos:** elaborando objetivos de aprendizaje, según necesidades detectadas y el consecuente plan de enseñanza.
- ✓ **Competencias en seguridad clínica y cuidado integral:** visión holística de la persona, familia y comunidad, además de un compromiso con la cultura de seguridad en todas sus acciones.
- ✓ **Competencias para la investigación en cuidados:** desarrollando líneas de investigación en cuidados.
- ✓ **Competencias para el fomento del autocuidado:** capacitando a los individuos para el ejercicio de acciones de autocuidado.
- ✓ **Competencias como gestor de cuidados complejos:** a través de un seguimiento y cuidado intensivo, desarrollando procesos de colaboración, con otros profesionales e instituciones.
- ✓ **Competencias como gestor de cuidados domiciliarios:** deben liderar esta práctica diaria.



BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA:

1. Libro blanco. Proyecto titulación de enfermería. Grupo de trabajo 47 universidades españolas. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.2005
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
3. REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
4. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002
5. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria.
6. Roach, M. S. (1992). The Human Act of Caring. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association Press.
7. Desarrollo competencial en el Modelo de Gestión de Casos del SSPA. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Estrategia de Cuidados de Andalucía. 2010
8. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Departamento de Sanidad Y Consumo. Gobierno Vasco. 2010
9. Unidades de atención a la complejidad clínica a los equipos de salud. Aplicación del modelo de gestión de casos en la atención primaria de Salud. Instituto Catalán de la Salud. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud 2010.
10. Perfil de las Enfermeras Comunitarias de Enlace. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, planificación y evaluación. Servicio Canario de Salud.
11. Designed to improve Health and the Management of Chronic Conditions in Wales. An integrated model and framework. Department for Health and Social Services. Welsh Assembly Government Welsh Assembly Government 2007
12. Manual de competencias de la/del Enfermera/o de Atención Primaria. PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO DE ANDALUCÍA
13. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud 2005. Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud.
14. Enfermería para nuevas necesidades: nuevos profesionales, nuevas competencias y nuevos campos de actuación.
15. Evolución de las competencias y necesidades de la Enfermería en España. Álvarez Nebreda, Carlos. Rev Adm Sanit.2009; 07(02) :185-90 - vol.07 núm 02



3. ATENCIÓN DOMICILIARIA: EL PACIENTE CRÓNICO EN DOMICILIO

3.1 El perfil del paciente crónico domiciliario y su impacto en el cuidador informal:

Las características sociodemográficas de nuestra población han cambiado radicalmente en los últimos años, siendo las personas mayores el grupo de población de mayor crecimiento, como consecuencia de los cambios sociales y demográficos producidos en los países desarrollados.

Los pacientes mayores de 75 años sufren una elevada incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, así como un alto grado de polimedición. Este grupo de población se encuentra generalmente confinada en domicilios o en instituciones sociosanitarias por sufrir un alto grado de incapacitación e inmovilidad.

El 95% de estos pacientes residen en sus domicilios, a cargo de un cuidador informal que asume el cuidado del paciente, por lo que tiene especial relevancia conocer la carga de trabajo que sufre la cuidadora principal y las repercusiones sobre su salud y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales. Diferentes estudios describen las repercusiones psíquicas y físicas que tienen sobre los cuidadores su labor, tales como la ansiedad y depresión, sobrecarga o cansancio en el desempeño del rol de cuidador, dolores musculares relacionados con el esfuerzo, percepción negativa de su estado de salud y en general una pérdida de la calidad de vida que se transmite al grupo familiar. González et. al, recogen en su estudio que el 75% de estas cuidadoras tienen otras personas a su cargo, niños, adultos y mayores de 65 años. La mayoría de los cuidadores son mujeres que presentan una mayor sobrecarga psicológica, y aún así los profesionales sanitarios seguimos otorgando a la mujer la responsabilidad de cuidar.

Diversos estudios, exponen los riesgos que sufren los ancianos con enfermedades discapacitantes en el domicilio. Benavides detectó una elevada prevalencia de pacientes desnutridos (20%), y en riesgo de desnutrición (52,4%) y un 49% de pacientes con alteraciones psicológicas (ansiedad o depresión) o algún grado de deterioro cognitivo.

3.2 Experiencias en nuestro contexto. Dificultades y elementos de éxito:

Los profesionales con experiencia conocen la mejoría evidente que se observa en los cuidados del paciente y del entorno familiar, ante la atención domiciliaria repetida de la enfermera. Ello revierte en el propio bienestar del paciente, generalmente anciano y en muchas ocasiones anciano frágil.

Al revisar el estudio de Fuentelsaz, editado por el Instituto Carlos III, que compara la atención domiciliaria en diferentes comunidades autónomas, se evidencia que los programas y servicios sociosanitarios ofertados a esta población son muy similares en las diferentes comunidades autónomas, pero existen diferencias en el grado de implantación de los mismos. Esto podría indicar que los cuidados llegan a la población de forma desigual según su lugar de residencia, con las consiguientes desigualdades en la atención recibida y por tanto con posibles desigualdades en salud, calidad de vida y bienestar.

En el medio rural, por ejemplo, Sinobas describe que la enfermera realiza una media de algo más de 3 visitas domiciliarias al día, lo que supone una dedicación de tiempo de 2h.30'. Se evidencia también que la mayor parte de las visitas son generadas desde AP en sus diversas modalidades de atención.



En un estudio sobre la organización e implementación del programa de atención domiciliaria en la sanidad pública catalana en el año 2000, refiere que la utilización del programa de atención domiciliaria fue del 90.2% y que las enfermeras lideraban el programa, dedicando a la atención domiciliaria 5.09 horas semanales, el doble los que médicos y los trabajadores sociales. Las enfermeras expusieron que las principales dificultades para llevar a cabo el programa fueron la presión asistencial, el tiempo, y la falta de recursos sociales y de coordinación con otros niveles asistenciales.

En los últimos años hemos visto cómo se han implementados diferentes estrategias desde los hospitales para atender al paciente con una determinada patología en el domicilio, presentándose la atención domiciliaria como una parte de la solución a los problemas financieros de los sistemas de salud, reduciendo las estancias hospitalarias y el coste social por problemas derivados del cuidador (absentismo o bajas laborales, gasto en patologías del cuidador, etc.), al tiempo que pretende mejorar la calidad de vida de la población a la que se dirige. Ante estas tendencias, Contel Segura et al, avisan de que el desarrollo no planificado de unidades específicas implica un modelo dirigido a la enfermedad que sólo está presente durante ésta, con el agravante añadido de la creación de una red paralela y la fragmentación del sistema de provisión de cuidados en el domicilio.

3.3 Propuestas para la mejora de la atención al paciente crónico domiciliario:

Es conocido que los programas sistematizados de visitas domiciliarias preventivas a ancianos disminuyen las tasas de mortalidad, y las tasas de institucionalización, y retrasan el declive funcional. En consecuencia, se deben establecer planes de política sociosanitaria y nuevos modelos de organización sanitaria, que orienten la atención a las personas frágiles y dependientes en su entorno familiar y social, para dar respuestas coste-efectivas y conseguir una mayor equidad en la prestación de la atención domiciliaria en todo el territorio nacional. Es por ello que la incorporación a un programa de atención domiciliaria de personas dependientes, repercute positivamente sobre su cuidador principal, mejorando su percepción sobre la asistencia recibida, reduciendo su utilización de los servicios sanitarios, disminuyendo el grado de sobrecarga y su percepción de falta de apoyo social.

Dado que los pacientes crónicos domiciliarios sufren procesos complejos, sólo se podrán resolver los problemas de la atención domiciliaria con modelos de organización que faciliten el trabajo conjunto con otras instituciones con responsabilidades también en la gestión de este tipo de actividades.

Los gestores de los servicios sanitarios públicos deben plantearse una reorganización y nuevos diseños de las agendas de la actividad enfermera, así como un mejor dimensionamiento de los recursos profesionales en cuanto al número de enfermeras que resulta necesario en base a la carga de cuidados de los pacientes dependientes que tenga en su cupo.

La atención primaria debe priorizar la atención domiciliaria para dar respuestas eficientes a los principales problemas de salud de los pacientes crónicos con patologías invalidantes, a sus cuidadores y a sus familias, obligando a establecer un nuevo abordaje basado en el trabajo en equipo, médico y enfermero. El médico y la enfermera de Atención Primaria, deben asegurar una atención domiciliaria integral y longitudinal.

No podemos dejar de recordar, que para conseguir estos objetivos de cuidados eficientes y equitativos es necesario contar con los recursos materiales y sociales necesarios y con guías de práctica clínica y protocolos para poder aplicar la mejor evidencia científica disponible en cada caso y en cada momento.

Es imposible tratar el tema de atención domiciliaria y de atención primaria, sin hablar de continuidad asistencial, ya que la continuidad asistencial es una característica primordial de la atención primaria, intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y con su

calidad de vida. Se asocia a menos medicalización, menos intervencionismo y menos hospitalizaciones.

3.4 La enfermera como profesional clave en la atención a las personas con enfermedades crónicas en el domicilio:

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. Si los mejores cuidados son los que se prestan por personal competente, en el menor plazo de tiempo posible y lo más cerca posible del domicilio del paciente, creemos que la enfermera de atención primaria puede proporcionarlos si cuenta con liderazgo profesional y con apoyo político-gerencial para efectuar algunos cambios.

La enfermera es el único profesional sanitario que basa su cuerpo de conocimientos en el cuidado profesional y en el desarrollo de las capacidades y habilidades del individuo, el cuidador y la familia, para conseguir el mayor grado de autocuidado e independencia en el proceso salud-enfermedad. Esta manera de trabajar, reflejada en los modelos enfermeros de V. Henderson y D. Orem, consigue la implicación activa de los pacientes y familiares en su salud. Fuentelsaz et al, a través de una revisión sistemática sobre el efecto de la visita domiciliar programada de enfermería a personas mayores de 65 años, puso en evidencia que el número de visitas realizadas por la enfermera supera a las realizadas por otros profesionales, siendo el diagnóstico enfermero más frecuente, el de déficit de autocuidados, seguido de las alteraciones de la eliminación, alto riesgo de lesiones, alto riesgo de traumatismo, alto riesgo de alteración de la integridad cutánea y alteración de la movilidad. La enfermera familiar y comunitaria es el profesional que en estos momentos tiene la responsabilidad de prevenir el deterioro funcional de esta población teniendo como eje de nuestra atención al paciente, cuidador y familia, para poder garantizar una calidad óptima en los cuidados a prestar, en coordinación con los distintos servicios sanitarios y sociales.

El Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria de Andalucía y la Guía de Atención al Paciente Pluripatológico, considera al **profesional de enfermería como el agente de salud que lidera la atención en el domicilio**, debiendo garantizar la continuidad de los cuidados, en estrecha colaboración con el resto del equipo multidisciplinar.

La enfermera debe marcar pautas a seguir en la planificación de los cuidados domiciliarios, entendiendo al usuario y cuidador como los ejes sobre quien gira la atención, fijando objetivos encaminados a resolver los problemas de salud, para su posterior evaluación de resultados.

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. No se puede trabajar sin metodología científica.

Es necesaria una metodología común para describir, identificar, tratar y comparar los fenómenos que son competencia enfermera en los cuidados enfermeros en Atención Domiciliaria. La metodología enfermera es la forma de hacer explícito el conocimiento que tienen las enfermeras profesionales expertas. El Médico de Familia y la Enfermera de Familia coordinarán sus actividades para evitar la duplicidad de información en la valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar. Tras la valoración integral establecerá un plan de cuidados individualizado donde se determinarán qué objetivos, intervenciones y actividades se pondrán en marcha para la colaboración y/o resolución de aquellos problemas identificados.



Fuentensalz et al, hacen hincapié en la necesidad de un registro correcto de las actividades y evolución del paciente para establecer criterios de evaluación mensurables y de acuerdo a objetivos establecidos, así como una unificación de estos criterios de evaluación que permitiesen comparar los resultados obtenidos. Dicho registro ha de ser consensuado y unificado o, al menos, lo más homogéneo posible.

Una gestión eficiente de los recursos precisa conocer cuál es el producto enfermero y su coste. Nieto et al, publicaron un estudio de costes en el área 11 de Madrid, en el que demostró que la utilización de un lenguaje común en el Proceso de Atención de Enfermería facilita la valoración, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud-enfermedad que tratan las enfermeras. La taxonomía NIC resulta muy beneficiosa para agrupar tratamientos y homogeneizar cuidados. Se deben destacar que los costes globales de la Atención Domiciliaria de Enfermería son muy pequeños (12,22 € por visita domiciliaria) en relación al coste total de la asistencia recibida por los usuarios de Atención Primaria.



Elementos clave a tener en cuenta en relación con la atención en el domicilio de las personas con enfermedades crónicas, dependencia y fragilidad.

- ✓ Nuestra sociedad tiene el reto de implementar una atención domiciliaria que cumpla el objetivo de realizar actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación de la salud en las personas mayores, dependientes y frágiles desde la triple perspectiva, individual, familiar y social, en el domicilio del paciente.
- ✓ La atención domiciliaria es irremplazable si quiere garantizarse la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades sociosanitarias que presentan los pacientes.
- ✓ Es necesario que las organizaciones sanitarias en general y los equipos de atención primaria en particular, impulsen organizaciones orientadas a las necesidades reales y emergentes de la población, y a la defensa de los derechos individuales de los mayores y de las personas dependientes.
- ✓ La asistencia domiciliaria puede ser una herramienta financiera y suponer además la solución sociosanitaria, representando un enfoque asistencial holístico que permite dar autonomía al paciente en su propio entorno. Para ello se deben valorar también las necesidades de recursos materiales imprescindibles, para el buen ejercicio de esta actividad.
- ✓ La sociedad ha de ser consciente de que la enfermería juega un papel determinante en el cuidado a domicilio de las personas con patologías crónicas y dependientes.
- ✓ La implantación de guías clínicas y mapas de procesos en la atención a las personas crónicas en el domicilio disminuyen la variabilidad en la práctica enfermera, permiten trabajar con la metodología científica enfermera y con la mejor evidencia científica disponible.
- ✓ Es necesario desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de nuestra población y de la sostenibilidad del sistema, pero es necesario un compromiso institucional para asignar la población que le compete en función del grado de complejidad (carga de cuidados) de ésta a la enfermera familiar y comunitaria, dar a conocer a la población nuestras competencias y cartera de servicios, establecer objetivos de salud en la población más frágil y definir los indicadores de proceso y resultado para poder medir, analizar y evaluar la práctica enfermera, ya que sólo conociendo cómo repercute la intervención enfermera en la población se pueden modificar y mejorar la atención.



BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA:

1. Fuentelsaz Gallego C., Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Instituto de Salud Carlos III. Subdirección General de Investigación Sanitaria
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
2. De la Revilla L., y J.M. Espinosa Almendro. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria* 2003; 31(9):587-91
3. González-Valentín, Araceli; Gálvez-Romero, Carmen. Características socio demográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio /
Socio-demographic characteristics of health and use of sanitary resources by elderly caregivers at home. *Gerokomos (Madr., Ed. impr.);20(1):15-21, ene.-mar. 2009. tab, graf.*
4. Río Lozano, María del; García-Calvente, María del Mar; Castaño López, Esther; Maroto Navarro, Gracia; Mateo Rodríguez, Inmaculada; Hidalgo Ruzzante, Natalia. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal /
Gender analysis of primary care professionals' perceptions and attitudes to informal care. *Gac. sanit. (Barc., Ed. impr.);24(4):293-302, jul. -agos. 2010. tab.*
5. Orueta-Sánchez, Ramón; Gómez-Calcerrada, Rosa M; Gómez-Caro, Samuel; Sánchez-Oropesa, Arancha; López-Gil, M. Jesús; Toledano-Sierra, Pilar. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes / Impact on the primary carer of an intervention carried out on dependent elderly people. *Aten. prim. (Barc., Ed. impr.);43(9):490-496, sep. 2011*
6. Benavides Ruiz, A. Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria / Malnutrition of homecare patients *Aten. prim. (Barc., Ed. impr.);34(5):238-243, sept. 2004*
7. Elenas Sinobas, Pilar; Cardeñoso Herreros, Rocío. La actividad domiciliaria de la enfermera rural.. *Nuber Científ. 2011;1(5): 18-21*
8. Grupo de Atención Domiciliaria y Continuidad de Cuidados de la Red Temática de Investigación Cooperativa; en cuidado a personas mayores (RIMARED). Oferta de servicios sociosanitarios en Atención Primaria para la atención a mayores de 65 años / Social and health services offer in Primary Care attention of people older than 65. *Gerokomos (Madr., Ed. impr.);17(4):189-196, oct.-dic.2006.*
9. Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? / An
Grupo de crónicos FAECAP Página 19 approach to home care. How does the catalonian public health system handle home care?
Aten. prim. (Barc., Ed. impr.);31(8):473-477, mayo 2003
10. Contel Segura JA, Gené Badía J, Peguero E. Atención a domicilio como modelo de atención compartida. En: De la Revilla L, editor. Atención familiar en los enfermos crónicos, nmovilizados y terminales. Vol. II. Granada:Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 2001.
11. Corrales-Nevaldo, Dolores; Alonso-Babarro, Alberto; Rodríguez-Lozano, María Ángeles. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012
12. Segura Noguera, Josep María; Bastida Bastús, Núria; Martí Guadaño, Núria; Riba Romeva, Montserrat; Marsá Cantero, Mireira; Lancho Lanch, Santiago. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud raval nord, Barcelona, 1993-2002. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 581-594
13. Frías Osuna, M.A. Prieto Rodríguez, C. Heierle Valero, C. Aceijas Hernández, M.L. Calzada



4. COMUNICACIÓN Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Cuando hablamos de comunicación sabemos que es un proceso en el cual se da una interrelación entre dos o más personas. Pero la comunicación también se puede producir entre diferentes organizaciones o servicios aunque en estos casos, más que comunicación se suele hacer referencia a estrategias de coordinación.

En general, con la comunicación pretendemos intercambiar ideas, conocimientos, experiencias y por supuesto sentimientos.

En los procesos de prestación de cuidados, que realizamos las enfermeras, la comunicación es una herramienta fundamental tanto en la relación de cuidado con personas y sus cuidadores así como en la relación y coordinación con otros profesionales de la salud.

En un sistema sanitario hospitalocéntrico, verticalizado y fragmentado, las estrategias para mejorar la comunicación entre niveles y áreas asistenciales emergen como clave y como herramienta indispensable para asegurar la continuidad de cuidados y nuestro compromiso con la información a la persona y el registro del proceso de cuidados.

4.1. La historia clínica unificada: un elemento facilitador de la continuidad asistencial:

Los pacientes tienen derecho a disponer de la información de cuidados. Para ello las enfermeras tenemos el deber y la obligación de registrar todo aquello que hacemos durante el proceso de cuidados. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Capítulo I: Artículo 1. dice: “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”.

Para asegurar el deber de información, registro y continuidad asistencial, los profesionales tienen que tener las herramientas y la formación adecuada para ello. En la actualidad conocemos que en muchos Servicios de Salud los instrumentos destinados al registro como es la Historia Clínica del Paciente tienen claras insuficiencias para que las enfermeras puedan plasmar, claramente, todas aquellas actividades, diagnósticos e intervenciones que desarrollan junto con los usuarios, y por lo tanto esos Servicios de Salud están transgrediendo gravemente los derechos de los pacientes y los deberes de los profesionales. Es una de las tareas que deberían acometer con urgencia para subsanar ese problema.

Los sistemas de información y registro deben permitir el acceso a la historia clínica del paciente desde los dos núcleos de atención, única forma de conseguir que la “conciliación de la información” sobre los problemas de salud del paciente sean ágiles, fiables y nos permitan trabajar con altas cotas de seguridad para el paciente.

4.2. La coordinación de todos los implicados; A. Primaria, A. Hospitalaria, Ámbito socio-sanitario y la Comunidad:

Cabe resaltar que el tener una gestión orientada a garantizar la continuidad asistencial y conseguir la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales tanto sanitarios como socio-sanitarios, es imprescindible para garantizar la efectividad y la eficiencia del sistema de salud. Si hablamos de prestar un servicio de calidad al paciente con problemas de salud crónicos, esta debería ser una de las premisas de trabajo de nuestros gestores y de los profesionales sanitarios.



Los Equipos de Atención Primaria juegan un papel fundamental en el ámbito de la Atención a crónicos, pero si no incorporamos una visión en la que se plasme la imprescindible coordinación de todos los implicados (Primaria, Hospitalaria, Socio-Sanitario, Comunidad), no tendremos una garantía de que estos servicios se desarrollen con unos parámetros de calidad. Debemos conseguir ofrecer atención a las personas en cada momento, en el ámbito que mejor respuesta de a cada uno de sus requerimientos, trabajando en equipos multidisciplinares en los que cada profesional, aporte sus capacidades, desde su ámbito asistencial.

La coordinación entre los dispositivos sanitarios y servicios sociales especialmente en la atención domiciliaria es otra de las piedras angulares en la atención al paciente crónico. Es en este tipo de pacientes donde los cuidados sanitarios y sus necesidades sociales están muy interrelacionadas y su separación no deja de ser una cuestión más administrativo/burocrática que una necesidad de los pacientes.

Actualmente algunos programas para pacientes dependientes son planificados y se proveen, exclusivamente por los servicios sociales municipales o comarcales, sin ninguna vinculación con los programas de Atención a domicilio de los Equipos de Atención Primaria. Por ello, emerge como clave el desarrollar programas de atención a domicilio coordinados con Servicios Sociales para pacientes en los que concurre simultáneamente cronicidad y dependencia, especialmente en personas reconocidas por la Ley de Dependencia y Autonomía Personal.

4.3. Otros elementos que facilitan la continuidad e integración asistencial:

La participación conjunta de profesionales de ambos niveles asistenciales es esencial. El compartir las guías, los protocolos, los programas, y establecer también entornos colaborativos y de trabajo en equipo, donde se hable y defina de forma coordinada el plan de actuación a llevar a cabo, especialmente con los pacientes más frágiles, es la forma de crear responsabilidades clínicas, organizativas y avanzar en la eficiencia del sistema de salud. No podemos olvidar lo imprescindible que resulta la coordinación en el equipo de salud entre el médico y la enfermera de familia, donde cada profesional, desde su aportación específica, contribuya a la mejor atención y al continuo asistencial.

La incorporación en las Rutas asistenciales “locales” de diferentes escenarios en el proceso de atención de pacientes crónicos: escenario estabilidad clínica, interconsulta a atención especializada por dificultad en el manejo y reagudización, planificación al alta por ingreso hospitalario, o situación de final de vida en el proceso evolutivo de la cronicidad, obliga a definir con más claridad el rol y el papel de las enfermeras de familia, así como incluir planes de cuidados estandarizados y ajustados a cada proceso.

Todo este continuo también se facilitaría si construimos un modelo de atención integrada con “objetivos comunes transversales” entre las diferentes organizaciones y los profesionales que intervienen en un segmento de población específico y en un territorio determinado. Se podrían identificar un conjunto mínimo de indicadores y objetivos que a través del contrato programa puedan ser compartidos por ambos ámbitos asistenciales, superando así los modelos de contratación por ámbitos asistenciales de manera fragmentada. Actualmente las hospitalizaciones evitables y los reingresos se consideran en la mayoría de las CC.AA. como un objetivo asignado al hospital, pero la atención primaria también es corresponsable. Esta perspectiva refuerza el papel de la atención primaria y las enfermeras comunitarias en su rol de prevención de hospitalizaciones evitables.



4.4 ¿Nuevas figuras que facilitan la coordinación y un mayor aprovechamiento y desarrollo competencial de la enfermera familiar y comunitaria? :

En los últimos años se han desarrollado diferentes figuras, fundamentalmente en el campo de la Enfermería, por los distintos servicios de salud para coordinar o mejorar la continuidad de cuidados entre el hospital y primaria y viceversa, con diferentes denominaciones; enfermera gestora de casos, enfermera de enlace, enfermera de continuidad de cuidados, enfermera de competencias avanzadas,...etc. Estas experiencias de atención compartida pueden aportar valor en cierto tipo de pacientes o problemas de salud pero pensamos que el verdadero rol de continuidad asistencial lo tienen que asumir las enfermeras familiares y comunitarias.

Sin embargo existen una serie de elementos que dificultan el desarrollo de la continuidad asistencial, como puede ser una organización del servicio enfermero en AP por tareas y no enfocado al paciente o la inexistencia de la enfermera de referencia y el consiguiente cupo enfermero.

En algunos sistemas de salud los pacientes no tienen asignada una enfermera de referencia, identificada en su tarjeta sanitaria. En otros el ratio enfermera-paciente es tan limitado que encontramos enfermeras atendiendo dos o más cupos médicos. Tal volumen de población, (más de 3000 pacientes) dificulta altamente la individualización de los cuidados y el seguimiento de los procesos. Por último resaltar nuevamente aquí, como la falta de herramientas digitales que integren de una forma eficaz y ágil los planes de cuidados, representan también barreras para la coordinación. Es por ello que la existencia en el nivel primario de salud, de una enfermera de referencia y unos cupos ajustados de población (en función de edad, grado de dependencia, institucionalización y grado de privación social entre otros), junto con las herramientas informáticas de cuidados adecuadas, resultan elementos clave para asegurar y dar calidad al continuo asistencial.

El perfil de enfermera de familia es el más adecuado para realizar estas funciones en la atención primaria, donde se deben identificar pacientes con perfil de mayor riesgo y realizar un esfuerzo de planificación al alta muy enfocado sobre estos pacientes. Además no debemos olvidar la continuidad asistencial en sentido inverso es decir, la posibilidad de gestionar ingresos programados ante episodios de reagudización donde el paciente acuda al ingreso con un plan de cuidados pactado con su enfermera referente y que la enfermera del ámbito hospitalario fácilmente pueda acceder a su visualización y a la comunicación con esta enfermera referente.

Posiblemente dentro de los Hospitales deban existir nuevas figuras que analicen la casuística de cada paciente en el momento del alta o ingreso y puedan orientarlos y también coordinarse con la enfermera de atención primaria, garantizando que al ciudadano le llegue el recurso que necesita en cada momento, con una comunicación continua.

El disminuir y controlar la incertidumbre del usuario, así como aumentar la seguridad en el seguimiento de sus problemas de salud son sectores donde, consideramos, que estas experiencias tendrían un valor añadido importante. Por ello, el tener una enfermera, dentro del Hospital, responsable del Plan de Cuidados de cada paciente también podría ser el referente para el contacto con la enfermera comunitaria. Se abriría la posibilidad de interconsulta con la enfermera familiar y comunitaria, con el médico de familia y con el resto de profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario.

4.5 Aportaciones de las tecnologías en la atención a crónicos:

Desde el punto de vista sanitario podemos decir que las tecnologías van ganando protagonismo en la asistencia sanitaria desde varios enfoques y con distintas aplicabilidades.



Desarrollamos a continuación distintas herramientas a tener en cuenta:

- Las redes Sociales y Web 2.0:

Una de las que mayor impacto está teniendo es la utilización de las redes sociales y webs 2.0, por ser un medio que utiliza un alto porcentaje de la población y que pueden jugar un papel en la responsabilización, educación y apoyo mutuo entre colectivos, además de comunicación y feed-back en su relación con los profesionales de la salud. Representan herramientas tecnológicas que facilitan formar e informar a la población, contribuyendo todo ello en las estrategias de prevención y promoción de la salud en hábitos de vida saludables.

El acceso de la población a las TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación) se encuentra cada vez más extendido, es por ello que representa una vía de acceso a la población y una herramienta de comunicación con excelentes potencialidades.

- Tele monitorización para el seguimiento de colectivos frágiles:

Otro aspecto importante es la aplicación de tecnologías a la gestión de pacientes desde un punto de vista asistencial, tanto a nivel hospitalario como domiciliario.

En la asistencia a domicilio, nos encontramos pacientes con pluripatología, discapacidad y alta fragilidad, donde está demostrado económica y sanitariamente que es más barato tener al paciente en su domicilio, donde sus plazos de recuperación presentan mejores ratios, por estar en un ambiente más gratificante (que conoce, domina y se siente seguro) y por consiguiente, donde se mitigan los factores estresantes dando un mejor estado emocional, lo que implica mayor salud y bienestar.

En este ámbito las tecnologías de la información y comunicación (TIC):

- Son herramientas complementarias a la interacción y pueden apoyar la capacidad de resolución de las enfermeras, bien enlazando a la enfermera con otros profesionales de la salud desde el propio domicilio del paciente, bien acercando la presencia enfermera a través de un seguimiento a distancia del proceso (telemonitorización).
- Amplían funciones y competencias de las enfermeras especialmente las relacionadas con la educación en el manejo de fuentes fiables de información o la enseñanza de dispositivos de seguimiento a distancia.
- Ayudan en el campo de la educación: facilitan la educación tanto al paciente como al cuidador, ayudando a valorar las necesidades y capacidades del usuario respecto al manejo de su salud y la misma tecnología, lo que implica avanzar en el logro de una mayor autonomía para el cuidado de la persona y su cuidador.

Es importante establecer canales de comunicación e interacción de los pacientes y ciudadanos con los servicios de salud a través de plataformas tecnológicas que permitan esta interrelación. Organizaciones como Kaiser Permanente han llevado a cabo grandes progresos en esta área, en las que se fomenta la sustitución de visitas presenciales por contactos a través de teléfono y correo electrónico entre pacientes y profesionales.

- El uso de las TICs por parte de los profesionales de la salud.

El uso de las nuevas tecnologías de la información también es habitual por los propios profesionales, para compartir y socializar el conocimiento profesional.

El uso de las tecnologías en el ámbito profesional está facilitando la comunicación entre profesionales y la integración de la información, donde cabe destacar el uso de La Historia Clínica Digital Unificada, como medio de comunicación entre niveles asistenciales, así como la extensión del uso de la receta electrónica como medio para descargar de trámites administrativos, posibilitando centrar nuestro servicio en el área que nos compete; el cuidado.

Elementos clave a tener en cuenta en relación con las estrategias para mejorar la comunicación y la continuidad de cuidados.

- ✓ La **coordinación de todos los implicados** (Primaria, Hospitalaria, Socio-Sanitario, Comunidad) es imprescindible para garantizar la efectividad y la eficiencia del sistema de salud.
- ✓ **El verdadero rol de continuidad asistencial lo tienen que asumir las enfermeras familiares y comunitarias.** La existencia en el nivel primario de salud, de una **enfermera de referencia y unos cupos ajustados de población** (en función de edad, grado de dependencia, institucionalización y grado de deprivación social entre otros) junto con las **herramientas informáticas de cuidados adecuadas**, resultan elementos clave para asegurar y dar calidad al continuo asistencial.
- ✓ Construir un modelo de atención integrada con **“objetivos comunes transversales”** entre las diferentes organizaciones y los profesionales que intervienen en un segmento de población específico y en un territorio determinado representa un aspecto de macrogestión hacia el que se debería avanzar.
- ✓ Los proyectos que utilizan las TICs en la actualidad, en ocasiones se centran demasiado en las mejoras tecnológicas y menos en el desarrollo del aspecto asistencial. Es peligroso pensar en que la tecnología puede sustituir el trabajo de interacción de las enfermeras comunitarias con los pacientes y cuidadores.
- ✓ Muchos de los proyectos de telemonitorización pueden ser **liderados y coordinados por enfermeras** dado que son ellas quienes van a trabajar directamente con estas herramientas y están capacitadas para la enseñanza del manejo de dispositivos de seguimiento telemático, así como la detección y enseñanza de signos de alarma o reagudización de procesos crónicos, por ejemplo.
- ✓ Las experiencias innovadoras de uso de las TICs deben ser evaluadas con criterios de efectividad, eficacia y sostenibilidad.



BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA:

1. Modelo de gestión de casos del sspa. Dirección general de calidad, investigación y gestión del conocimiento. Estrategia de cuidados de Andalucía. Consejería de salud .2005.
2. Atención domiciliaria: una reflexión más allá de nuestro modelo. J.C. Contel segura. Jano 30 septiembre-6 octubre 2005. N.º 1.578
3. Libro blanco. Proyecto titulación de enfermería. Grupo de trabajo 47 universidades españolas.
4. Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación.2005
5. Rosamaría Alberdi Castell. Rev presencia 2006 ene-jun; 2(3).teorizaciones: la construcción del cuidado: un ensayo sobre el poder del diagnóstico, la presencia cuidadora y las palabras.
6. Comunicación: una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de enfermería. Pérez
7. Fernández M Carmen, Najarro Infante Francisco-Román, Gallardo Jiménez Nuria, Fernández Fernández Adela, Dulce García Miguel Angel. Hospital Nuestra Sra del Prado de Talavera de la Reina. revista enfermurg.com.volumen i,volumen 3. Septiembre 2009.
8. Comunicación asertiva en enfermería tribunal departamental ético de enfermería. Cundinamarca, bogotá d.c., boyacá, meta, casanare y amazonas i seminario taller sobre responsabilidad ético legal en el cuidado de enfermería.28 y 29 de agosto de 2009.
9. Comunicación y enfermería: experiencia de una investigación en redes.dra. Elizabeth Bonilla loyo. Universidad Veracruz Ana. Perspectivas de la comunicación · vol. 2, nº 2, 2009 · issn 0718-universidad de la frontera. Chile .



5. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL RETO DE LA CRONICIDAD

5.1. Introducción: Conceptos clave:

Una política integral no puede obviar la influencia de los factores sociales y determinantes de la salud sobre el organismo en las distintas etapas del ciclo vital, atendiendo de forma específica a mujeres y hombres mayores de clases más desfavorecidas, donde se ha podido producir un efecto acumulativo de circunstancias adversas, incluso antes del nacimiento.

Como señala la Organización Mundial de la Salud, "es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo, tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad".

Gran parte de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo pueden ser prevenidos y consecuentemente, evitados. Una vez presentes, su diagnóstico, detección temprana y educación para el autocuidado, a menudo permiten limitar su progreso y sus efectos adversos y discapacitantes.

Las enfermeras poseen la competencia para desarrollar actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud respecto a la enfermedad crónica, a través de intervenciones de **educación para la salud** tanto individuales como colectivas.

La **educación para la salud** comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales, que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Es decir, la educación para la salud, (OMS), aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.

La **Promoción de la salud** es un concepto que nace con la Declaración de Ottawa de 1986, promovida por la OMS y se define como "la capacitación de la población para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla". La promoción de la salud constituye un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.



Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:

- *Establecer una política pública saludable*
- *Crear entornos que apoyen la salud*
- *Fortalecer la acción comunitaria para la salud*
- *Desarrollar las habilidades personales, y*
- *Reorientar los servicios sanitarios*

Por otro lado, la **prevención de la enfermedad** abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS).

Las enfermeras junto con el equipo de salud y otras instituciones sociales son las que pueden establecer medidas y acciones encaminadas hacia la modificación de aspectos determinantes en el desarrollo de enfermedades crónicas, que logran desde la perspectiva de gerencia y gestión en salud, una variación hacia el beneficio, en los indicadores de salud de la población, lo que incidirá en los costos por atención. De esta manera, la utilización de sistemas de información y estratificación de riesgos, de la población atendida, pueden resultar de gran utilidad a la hora de poner en marcha intervenciones ajustadas a cada nivel de complejidad.

Deben impulsarse políticas sanitarias y reorientar las organizaciones sanitarias para implementar proyectos con el objetivo de educar hacia el autocuidado, para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos, para que sean activos en el control y prevención de complicaciones de su patología. Además, se hace imprescindible tener guías específicas, objetivas e indicadores bien definidos, junto a sistemas de información con registros adecuados, para poder evaluar y analizar los proyectos. Así conseguiremos actuaciones evaluables con más evidencia y menos variabilidad.

No podemos seguir liderando actuaciones y proyectos sin saber qué repercusión están teniendo en nuestra población.

5.2. Capacitación en el autocuidado; devolviendo el poder del cuidado a la población.

En la actualidad, en un contexto de crisis no sólo económica sino también del modelo de atención a la salud-enfermedad, emergen voces, que adoptando discursos que no son nuevos (Alma Ata, Ottawa,..), ensalzan la importancia de trabajar en pro de la capacitación para el autocuidado, el empoderamiento y la responsabilización sobre el cuidado de la salud de los colectivos. Resulta paradójico ver como las nuevas políticas y mensajes que están ocupando los discursos a nivel macro, cuestan verse materializados en la acción práctica y es porque este proceso de devolución es complejo, cuesta romper con barreras sólidamente construidas por los propios profesionales de la salud, donde hemos anulado la capacidad de decisión de los colectivos, les hemos excluido de los discursos y hemos afianzado unas relaciones de poder desigual.

Es por ello que las acciones de educación para la salud encaminadas hacia la capacitación y empoderamiento en salud de los individuos y colectivos, emergen en el contexto actual más necesarias que nunca. Estos programas de educación pueden y deben estar liderados por enfermeras ya que son estas, las profesionales mejor conocedoras de los cuidados y más capacitadas para plantear estrategias educativas en torno a estos, y deben ir encaminados



hacia potenciar la responsabilización y la participación activa en el cuidado de su salud de la persona y su familia.

A nivel internacional y local numerosas experiencias lideradas por Enfermeras están ofreciendo resultados muy prometedores en torno a estrategias de educación para la salud en el ámbito de la promoción y prevención. Podemos destacar el liderazgo ejercicio en las estrategias grupales para la deshabitación tabáquica, en el desarrollo del proyecto De-Plan para la prevención del desarrollo de Diabetes tipo2 en individuos con alto riesgo, o en las experiencias de Paciente Experto-Activo (Metodología Standford), donde se pretende capacitar a personas con enfermedades crónicas para que estos a du vez lideren la educación hacia sus iguales.

Por último cabe señalar que en ocasiones el abordaje poblacional definido según los diferentes estratos de riesgo y complejidad (Pirámide de Kaiser), vistos con anterioridad, hace que se desarrollen políticas y se inviertan recursos y esfuerzos para el abordaje de la punta de la pirámide (casos más complejos), obviando u olvidando la base de la pirámide y las estrategias de promoción y prevención, especialmente en los colectivos más jóvenes los cuales serán los crónicos del mañana. Es por ello que no se deben olvidar la base de la pirámide así como las estrategias de promoción y prevención insertadas y ajustadas a cada nivel de complejidad.

5.3. Creación de alianzas con la Comunidad:

Las intervenciones de promoción y prevención no deben de encontrarse desligadas del contexto comunitario. En ocasiones estamos duplicando servicios y esfuerzos que no deben ser desaprovechados en época de crisis o bien desconocemos el potencial que puede aportar la comunidad (asociaciones, parroquias, escuelas, centros deportivos y culturales,...) en la promoción de la salud.

El diálogo con la comunidad, y la participación de los colectivos, emerge como clave a la hora de implementar estrategias que quieran realmente trascender y tener un impacto en salud. Es por ello que las alianzas con ésta y con los servicios de Salud Pública deben priorizarse.



Elementos clave a tener en cuenta en relación con las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

- ✓ Los **pacientes y sus cuidadores deben ser corresponsables en su proceso de atención.**
- ✓ La **responsabilidad compartida** del paciente debería concretarse en una estrategia clara de **fomento del autocuidado.** Deben promocionarse y extenderse iniciativas como:
 - **Educación Sanitaria Grupal basada en la evidencia,**
 - **Promoción y desarrollo de entornos colaborativos Web** que faciliten la participación de pacientes. Ej: Fórum Clínic con implicación clara de las enfermeras en la gestión de la Web
- ✓ En el contexto de cambio actual, las actividades de **promoción y prevención centradas en el empoderamiento de la persona y la comunidad emergen como claves del sistema,** dado que son garantes de una mejor salud y calidad de vida de las comunidades actuales y futuras. Por ello, invertir en el desarrollo de intervenciones comunitarias centradas no sólo en los niveles medios y altos de complejidad (Modelo pirámide de riesgo. Kaiser Permanente), sino también en la base de la pirámide representa uno de los ejes del cambio.



Bibliografía de referencia:

1. Libro blanco de envejecimiento activo. Consejería de Igualdad y bienestar social de la Junta de Andalucía. http://www.envejecimientoactivo.com/espanol/libro_blanco_del_envejecimiento_activo
2. OMS: <http://www.who.int/publications/es/> ; <http://www.who.int/entity/es/>
3. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra 1986: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
4. Last, Diccionario de Epidemiología: http://sitemaker.umich.edu/tapia_granados/files/tapianieto-diccionario_de_last.pdf
5. Consejo Internacional de Enfermería: 2010 - Servir a la comunidad y garantizar la calidad : Las enfermeras en la vanguardia de los cuidados de las enfermedades crónicas <http://www.icn.ch/es/publications/international-nurses-day/>
6. Papel de la Enfermería en Atención Primaria. Consejería de salud de la CCMM 2009. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermeria+>
7. Revista Costarricense de Salud Pública: Avances en promoción y prevención de las enfermedades crónicas: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914292010000100009&script=sci_arttext
Grupo de crónicos FAECAP Página 26
8. Libro blanco de envejecimiento activo. Imsero 2011. http://www.imsero.es/imsero_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm



CONCLUSIONES DEL DOCUMENTO

La MISIÓN de la **Enfermera Familiar y Comunitaria** es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

- ✓ La demanda de autocuidado que se genera en situaciones de cronicidad requiere de un profesional capacitado para el manejo de estas situaciones de complejidad que sea a la vez facilitador, educador, gestor y coordinador de recursos y de cuidados, este profesional es la **Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria**.
- ✓ Los **sistemas sanitarios deben reorientarse** hacia modelos de atención más coordinados, proactivos, con visión sistémica, centrados en el paciente y sus cuidadores.
- ✓ Estos **nuevos modelos no deben olvidar** la mirada integral del proceso y de la persona, la inclusión de los cuidadores y el entorno de la persona en las estrategias, los elementos de coordinación con los servicios sociales y comunitarios así como las acciones de educación y capacitación hacia el autocuidado como elementos claves para fomentar la responsabilidad de las personas sobre éste y vivir en salud.
- ✓ **Los sistemas de clasificación y estratificación** poblacional deben incluir de manera progresiva variables como las cargas de cuidados y los índices de deprivación social como elementos clave que afectan a la definición del grado de complejidad.
- ✓ Es necesario **desarrollar las competencias enfermeras** en beneficio de nuestra población y de la sostenibilidad del sistema, pero es necesario un compromiso institucional para asignar la población que le compete en función del grado de complejidad (carga de cuidados) de ésta a la enfermera familiar y comunitaria, dar a conocer a la población nuestras competencias y cartera de servicios, establecer objetivos de salud en la población más frágil y definir los indicadores de proceso y resultado para poder medir, analizar y evaluar la práctica enfermera.
- ✓ La **atención domiciliaria** es irremplazable si quiere garantizarse la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades sociosanitarias que presentan los pacientes. La sociedad ha de ser consciente de que la enfermería juega un papel determinante en el cuidado a domicilio de las personas con patologías crónicas y dependientes.
- ✓ La coordinación de todos los implicados (Primaria, Hospitalaria, Socio-Sanitario, Comunidad) es imprescindible para garantizar la efectividad y la eficiencia del sistema de salud. La coordinación entre los dispositivos sanitarios y servicios sociales especialmente

en la atención domiciliaria representa una de las piedras angulares en la atención al paciente crónico.

- ✓ El verdadero rol de **continuidad asistencial** lo tienen que asumir las enfermeras familiares y comunitarias. La existencia en el nivel primario de salud, de una enfermera de referencia y unos cupos ajustados de población (en función de edad, grado de dependencia, institucionalización y grado de deprivación social entre otros) junto con las herramientas informáticas de cuidados adecuadas, resultan elementos clave para asegurar y dar calidad al continuo asistencial.
- ✓ Resulta imprescindible establecer también **entornos colaborativos y de trabajo en equipo** donde se hable y defina de forma coordinada el plan de actuación a llevar a cabo especialmente con los pacientes más frágiles.
- ✓ Construir un **modelo de atención integrada** con “objetivos comunes transversales” entre las diferentes organizaciones y los profesionales que intervienen en un segmento de población específico y en un territorio determinado representa un aspecto de macrogestión hacia el que se debería avanzar.
- ✓ En el contexto de cambio actual, las actividades de promoción y prevención centradas en el empoderamiento de la persona y la comunidad emergen como claves del sistema, dado que son garantes de una mejor salud y calidad de vida de las comunidades actuales y futuras. Por ello, invertir en el desarrollo de intervenciones comunitarias centradas no sólo en los niveles medios y altos de complejidad (Modelo pirámide de riesgo. Kaiser Permanente), sino también en la base de la pirámide representa uno de los ejes del cambio.
- ✓ Muchos de los proyectos de **telemonitorización** pueden ser liderados y coordinados por enfermeras dado que son ellas quienes van a trabajar directamente con estas herramientas y están capacitadas para la enseñanza del manejo de dispositivos de seguimiento telemático, así como la detección y enseñanza de signos de alarma o reagudización de procesos crónicos.
- ✓ No se debe olvidar en el diseño de los procesos de seguimiento telemático o en la construcción de redes 2.0 los elementos del entorno social y cultural que rodean a los usuarios de estos servicios, así como la atención integral de la persona y su cuidador.
- ✓ Las TICs pueden estar al servicio de los profesionales y representan herramientas que pueden facilitar la continuidad asistencial y la descarga de trámites administrativos a los profesionales.
- ✓ El **uso de las TICs** por parte de los profesionales también puede mejorar la comunicación entre profesionales, compartir el conocimiento generado así como avanzar en la integración práctica de la evidencia clínica a través de sistemas de apoyo a las decisiones clínicas.

