

PLANTEAMIENTO DE SALUD COMUNITARIA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC) NOVIEMBRE DE 2015

CONSIDERACIONES INICIALES

Nuestra sociedad científica, AEC; nace en 1994 con carácter científico-técnico, profesional y participativo en ámbito estatal, entendiéndose como Enfermería Comunitaria aquella disciplina basada en la aplicación de los cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y la comunidad, en el marco de la Salud Pública. La Asociación pretende contribuir de forma específica a que las personas, la familia y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su autocuidado. En la actualidad la constituimos socios distribuidos por todo el territorio español y empezamos a tener expansión en el ámbito Internacional. Nuestra organización se despliega dentro del marco de las Comunidades Autónomas; a través de las vocalías territoriales.

Las enfermeras a través de su mirada particular perciben -de forma única- aspectos de proceso salud-enfermedad de las personas y de las poblaciones. El potencial cuidador de la enfermería puede y debe ser rentabilizado por el sistema de salud en beneficio de la comunidad, del propio sistema y de la enfermería. Por ello, se debe definir de forma inequívoca la misión de la enfermera dentro del sistema. Esto supone que la organización del trabajo variará si se considera que las enfermeras son auxiliares de otros profesionales o si se las enfermeras deben ofertar servicios a la población, opción última por la que se decanta esta sociedad científica. De forma genérica la AEC entiende que la misión de la enfermera es la siguiente:

"Capacitar a los individuos, las familias y la comunidad en el autocuidado de la salud, el fomento de hábitos de vida saludables y la adaptación con calidad de vida a las diferentes etapas del ciclo vital en el continuo salud enfermedad."

Es importante, igualmente, determinar el modelo de asistencia sanitaria que queremos. Si queremos auto-responsabilidad enfermera en un número de familias y sobre una comunidad y establecemos un modelo por cupo y basado en actuaciones por programas y coordinadas con el médico de familia y otros profesionales mediremos este modelo; si establecemos un modelo por actividades la medición será totalmente distinta.

Actualmente la actividad de la enfermera comunitaria se dirige a la promoción de la salud como elemento clave en la Atención Primaria y dinamizador/potenciador de la intervención y participación comunitaria cubriendo los siguientes ámbitos:

- Consulta de enfermería:
 - *A demanda.*
 - *Programada.* Permite realizar el seguimiento de los pacientes, fundamentalmente los crónicos, y, además, realizar el control de los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, HLP, OBE), autocontrol y la adherencia al tratamiento.

- Atención domiciliaria, con especial atención a la intervención familiar que permita identificar las necesidades sentidas y actuar de manera consensuada para atenderlas.
- Grupos y Comunidad. Actividades grupales y comunitarias en dos vertientes:
 - Dirigidas al paciente con patologías prevalentes.
 - Dirigidas a la comunidad con el objetivo principal de mantener sanos a los sanos.

Como enfermeras comunitarias tenemos una percepción de las necesidades y las demandas reales de las personas, familias y comunidad que creemos sinceramente que actualmente no están siendo adecuadamente atendidas desde las organizaciones sanitarias y que con una adecuada planificación, alejada de grandes e innecesarias inversiones, se pueden abordar de manera eficaz y eficiente. Para ello proponemos estrategias de participación comunitaria que favorezcan el empoderamiento de la población para que las personas se incorporen de manera progresiva en la toma de decisiones huyendo de posturas culpabilizantes como consecuencia de la derivación de responsabilidades que no les corresponden o para las que no están adecuadamente preparados.

Es por ello que nuestras propuestas de trabajo y colaboración incluyen todos los temas relacionados con la **Salud Pública y Comunitaria, Atención Primaria y Enfermería Familiar y Comunitaria** de manera objetiva, profesional y científica, con independencia de sus planteamientos políticos, por entender que los mismos son independientes de cualquier planteamiento que redunde, desde la coherencia y el trabajo bien hecho, en la Salud de las ciudadanas y los ciudadanos a los que solicitan su apoyo.

Para todo ello consideramos imprescindible que las enfermeras se incorporen en puestos de alta responsabilidad en donde se toman decisiones y que participe de manera activa, visible y responsable en la alta gestión sanitaria en igualdad de condiciones que otros profesionales. No solicitamos una cuota específica de puestos, sino que se instaure la normalidad en la designación de las/os profesionales que estén mejor preparadas/os y en mejores condiciones para dar respuesta a las necesidades organizativas del sistema sanitario. Y entre esas/os profesionales existen enfermeras con preparación, motivación e implicación más que sobradas para responder al reto.

No solicitamos la creación de puestos específicos de enfermería o asesorías que no tienen ninguna capacidad en la toma de decisiones, sino la incorporación efectiva en los organigramas. Tan solo desde el trabajo transdisciplinar se alcanzarán los objetivos que se planteen. Por ello se requiere de voluntad política para asumir un reto que ya se ha demostrado eficaz y eficiente en muchos países y en algunas Comunidades en las que las enfermeras ya ejercen dichas responsabilidades.

Por otra parte entendemos que las/os gestoras/es sanitarios, con independencia de la disciplina a la que pertenezcan, deben visibilizar la aportación enfermera y trabajar por institucionalizar los cuidados de tal manera que adquieran la importancia real que tienen y que no sigan relegados al silencio y el ostracismo en los que actualmente se encuentran.

Las Sociedades Científicas, por su parte, deben integrarse de manera activa en el desarrollo de estrategias de salud mediante su participación en los diferentes órganos de trabajo o consulta que se generen.

PROPUESTA DE COLABORACIÓN

Las propuestas de colaboración de AEC, van dirigidas fundamentalmente a la defensa de una atención integral e integrada más efectiva, eficaz y eficiente, en todas las áreas y establecimientos sanitarios, velando por el cumplimiento de los derechos del usuario, y estando enmarcadas en la asunción de un compromiso de cara a la sociedad.

Nuestra misión como enfermeras comunitarias es resolver problemas relacionados con la salud de los usuarios. Estos problemas se entienden como necesidades de cuidados a partir de las cuales surgen nuestras propuestas de colaboración para la mejora de la atención de salud a la población.

Dichas propuestas persiguen mantener la continuidad de trabajo llevado a cabo hasta ahora, así como, formar parte de todos aquellos proyectos que puedan ponerse en marcha a partir de ahora y en los cuáles deba estar la enfermera comunitaria; igualmente, están alineadas con nuestros fines como sociedad científica y continúan la línea de trabajo y asesoría científica iniciada y desarrollada por AEC desde su constitución:

- **Participación en Comisiones de trabajo de ámbito nacional.** Desde su fundación la AEC viene participando activamente en diferentes comisiones y grupos de trabajo a requerimiento del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, entre los que cabe destacar:
 - Elaboración y desarrollo del documento Plan Nacional del Cáncer.
 - Desarrollo del proyecto NIPE en el ámbito de Atención Primaria.
 - Elaboración de la Ley de Muerte Digna.
 - Comisión de trabajo sobre endometriosis Comisión de igualdad de Género. Grupo de Trabajo de Tabaquismo.
 - Elaboración de la Ley de Salud Pública.
 - Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, en el seno de la cual se desarrolla el Programa de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria a través de las Unidades Docentes acreditadas en las Comunidades Autónomas.
 - Elaboración de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, bajo el marco del abordaje de la cronicidad en el Servicio Nacional de Salud.
 - Comité Técnico para la elaboración de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas. Grupo de Trabajo sobre consejo integral de estilos de vida en Atención Primaria.
 - Grupo de Trabajo sobre cribado de fragilidad.
- **Participación en Comisiones de trabajo de ámbito autonómico.** Actualmente AEC está participando activamente en diversas comisiones de trabajo y grupos asesores sobre promoción de la salud, prevención y cuidados generales a la población y grupos vulnerables en general, vinculadas a los siguientes organismos autonómicos:
 1. SES (Servicio Extremeño de Salud).
 2. SERGAS (Servizo Galego de Saúde).

3. Sacyl.
 4. CatSalut (Servei Català de la Salut).
 5. Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea).
 6. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
 7. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
 8. Servicio Madrileño de Salud. SaludMadrid.
 9. Sescam. Servicio de salud de Castilla La Mancha.
 10. Servicio Aragonés de Salud.
 11. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- **Asesoría de investigación.** A través de convenios firmados con universidades, colegios profesionales, otras sociedades científicas, consejerías de sanidad....
 - **Participación en foros y grupos de discusión.** Participación activa presentando propuestas en foros formados por representantes de distintas asociaciones de enfermería- sobre temas relevantes para nuestra profesión (especialidad, Grado, investigación...)
 - Colaboración con **asociaciones de pacientes** en temas y eventos de interés científico dirigidos a potenciar el **autocuidado.**
 - Participación en el **diseño de nuevas herramientas informáticas** para la asistencia que permitan identificar las necesidades de cuidados y la gestión de los autocuidados de las personas.
 - Potenciar la **atención domiciliaria** como pilar básico en la atención comunitaria y el papel central que la enfermera debe desempeñar en la coordinación sociosanitaria de todos los actores que intervienen en el domicilio del ciudadano.
 - Participación activa en la **formación** dirigida a la mejora del abordaje de la atención al ciudadano: competencias en comunicación, investigación...
 - Continuar trabajando en el desarrollo de la **EPS (Educación para la Salud) grupal** dada su gran eficacia y eficiencia educativas, para afrontar las necesidades de salud de la población a través del cambio de modelo pedagógico para llevar a cabo la EPS: del modelo informativo (charlas) al implantar un modelo de pedagogía activa (conjunto de sesiones educativas programadas y con continuidad temporal).
 - Atención de las personas **cuidadoras familiares.** AEC participa activamente en diversos proyectos dirigidos a la mejora de las cuidadoras familiares, entre ellos la formación de dicho colectivo con la finalidad de dotarlos de las herramientas básicas que permitan prestar un mejor cuidado y les ayude en sus actividades mejorando su nivel de salud.

ESPECIALIDAD ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Los actuales cambios sociales, demográficos, familiares... están generando nuevas demandas de cuidados que precisan de respuestas profesionales altamente cualificadas. Por otra parte los cambios en las organizaciones sanitarias necesitan apuestas claras de coordinación de todos los niveles de atención socio-sanitaria que aseguren de manera eficaz y eficiente la continuidad de cuidados y la adecuada y racional utilización de los recursos. Por último, pero no por ello menos importante, se deben recuperar los planteamientos de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que garanticen a medio y largo plazo la sostenibilidad del sistema sanitario y la responsabilidad ciudadana en materia de salud. En todos estos escenarios las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria pueden y deben tener un espacio definido, planificado y estructurado que permita garantizar el éxito de las estrategias que se desarrollen para lograr los cambios descritos. No tomar decisiones en este sentido, además, de todo lo expuesto supone, permítame, una deficiente gestión de los recursos que tiene como principal consecuencia la merma en la calidad de los cuidados prestados, la deficiente respuesta a las demandas de la comunidad y la toma de decisiones éticamente reprobables.

Pero si importante es la definición de los puestos de especialista no lo es menos la reordenación de las competencias de las enfermeras comunitarias en el ámbito de la Atención Primaria que deben vertebrar su actividad con las especialistas y con el resto de profesionales de los Equipos de Salud con el fin de lograr la máxima racionalidad, que no racionamiento, de profesionales tan importantes en la coyuntura social anteriormente descrita, y en el que tiene una especial relevancia la atención a la cronicidad, la dependencia, el envejecimiento y los cuidados paliativos, sin olvidar el importantísimo objetivo de mantener sanos a los sanos a través de la intervención y participación comunitaria.

Es por todo ello que a modo de propuesta inicial se exponen aquellos aspectos que se deberían establecer como requisito imprescindible, el estar en posesión de la titulación de Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y otros a tener en cuenta en la ordenación competencial de las enfermeras comunitarias.

Con relación a las **Enfermeras Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria**, contemplar:

- En todas las pruebas de acceso a cualquier plaza de enfermera de equipos de Atención Primaria; tanto concurso, como concurso-oposición, como concurso de traslados, que la posesión de la especialidad sea considerada como mérito principal con un peso significativo que discrimine positivamente a las especialistas.
- Establecer especificidad en las bolsas de demandantes de empleo para los diferentes ámbitos o niveles de la atención sanitaria, es decir, que exista una bolsa específica para Atención Primaria. Dentro de los méritos puntuados en dichas bolsas, valorar de forma significativa la posesión del título de especialista en EFyC. Así mismo contabilizar como tiempo trabajado en el sistema sanitario público, el tiempo de duración de la formación especializada (residencia) que en la actualidad es de dos años como ya sucede con

residentes de otras especialidades de ciencias de la salud.

- En cuanto a los puestos a ocupar por las Especialistas:
 - Enfermeras Comunitarias Gestoras de Casos.
 - Enfermeras de Coordinación Sociosanitaria.
 - Enfermeras de Gestión (Direcciones de Enfermería de AP, Coordinadoras...).
 - Enfermeras de Gestión de cuidados integrados (en función al tamaño del Centro y de las características de riesgo de exclusión social y sanitaria, alto índice de multiculturalidad, población envejecida, dispersión geográfica con poblaciones aisladas, etc.
 - Puestos de Técnicos de Salud Pública.
 - Aquellos puestos de trabajo que dentro de la intervención comunitaria requieran de una especialización de funciones como pueden ser: enfermeras ubicadas en los centros de orientación familiar, enfermeras escolares, enfermeras referentes en hospitalización en domicilio, enfermeras referentes en cirugía menor, enfermeras educadoras, enfermeras evaluadoras (por ejemplo para la Ley de la Dependencia) entre otros.

En todos los casos la incorporación puede ser gradual pero deberían quedar claramente definidos los puestos a ocupar por especialistas.

Con relación a la organización de las **Enfermeras Comunitarias no especialistas**:

- Organización en base a adscripción poblacional de las enfermeras con identificación clara de la población de la que son responsables.
- Definición clara de la coordinación entre los diferentes puestos de enfermería (Enfermeras Comunitarias Gestoras de Casos, Enfermeras de coordinación sociosanitaria...).
- Revisión y redefinición de las Consultas de Enfermería que permita identificar y medir la calidad de los resultados de las intervenciones en ellas desarrolladas. Evitar la consideración de nicho profesional.
- Planificación de Programas de intervención comunitaria en los que se potencie la participación ciudadana y se aumente el autocuidado y la autoresponsabilidad, identificando poblaciones diana, de riesgo y de especial vulnerabilidad.
- Atención Domiciliaria e Intervención Familiar programadas con capacidad promotora, preventiva y resolutoria e indicadores de calidad y de resultado.
- Participación de las enfermeras en la toma de decisiones.
- Impulso y desarrollo de la prescripción enfermera que contribuya a la adherencia al tratamiento, el control del gasto farmacéutico y la racionalización del uso de medicamentos y reconozca la prescripción terapéutica propia que permitan cuantificar la relación de coste/beneficio en función del gasto propio generado (material fungible, pañales, material de curas, ortopédico...).

En ambos casos (especialistas y enfermeras comunitarias) favorecer la investigación de las intervenciones enfermeras que permitan generar evidencias.

Todo ello, inicialmente, no supone un aumento de los costes y si una considerable apuesta por la eficiencia, la competitividad, la incentivación y el compromiso. Además permitiría que la oferta anual de plazas de EIR se hiciese en base a criterios de oportunidad y necesidad real y no, como hasta ahora, por criterios poco claros e injustificables. Si bien es cierto que es deseable que sea reconocida la categoría económicamente, en la actual coyuntura se entendería que la misma quedase supeditada a la mejora de la situación, con garantías de que la misma fuera incorporada cuando se produzca. Lo que tendría difícil defensa y peor explicación es el no dar respuesta competencial a las especialistas.

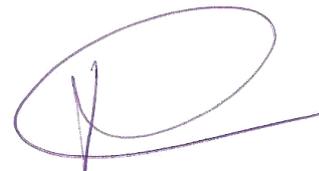
Por último, destacar que el desarrollo y normativización de estos aspectos serían novedosos y un referente nacional de primer orden.



José Ramón Martínez Riera
Presidente



Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)



Maribel Mármol López
Secretaria