



## **Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria**

Rosa María Gómez Honorato

### **VISIÓN GENERAL**

La enfermería de Atención Primaria, a lo largo de los últimos 30 años, ha participado, junto con el resto de los profesionales y de la sociedad, en la construcción de una Atención Primaria que pretende ser de calidad y segura, aunque el camino ha estado plagado de aciertos, desaciertos, avances y retrocesos.

El modelo sanitario que permitió la implantación de la enfermería de Atención Primaria nació en 1984, con el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud y siguió desarrollándose en la Ley Orgánica de medidas especiales en materia de Salud Pública y en la Ley General de Sanidad, ambas de abril de 1986.

El significado de todo esto fue una nueva orientación y organización, tanto teórica como práctica, para todas las estructuras del sistema de Salud, especialmente en Atención Primaria (AP).

La enfermera de AP adquirió un papel relevante en la Atención Integral de Salud y se inicia así el reconocimiento de sus capacidades de actuación, estableciéndose el marco para el reconocimiento de la enfermería como profesión independiente dentro de las Ciencias de la Salud, con autonomía propia y en coordinación con el resto de las profesiones que funcionan en los centros sanitarios.

Sin embargo, faltaba aún organización, establecimiento de estructuras propias y el desarrollo de normativas que asegurasen nuestro papel a jugar en la implementación del nuevo modelo.

Las demandas y necesidades de la población que no estaban cubiertas por otros profesionales y que se corresponden con los conceptos de enfermería, debían ser cubiertas por nosotras.

Iniciamos pues un camino nuevo e ilusionante.



## **Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria**

Rosa María Gómez Honorato

Armadas con nuestras Guías de Enfermería en Atención Primaria de Salud, editadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, comenzamos a realizar nuestras funciones de prestación de asistencia sanitaria, urgente, a demanda y programada, en el centro y en el domicilio, a trabajar en actividades encaminadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y a la reinserción social y a contribuir a la educación sanitaria de la población.

Entre nuestras funciones estaba la de elaborar el diagnóstico de salud de la zona, realizando los programas sanitarios determinados por dicho diagnóstico y la participación en programas de salud mental, laboral y ambiental, con lo que se inicia ahí nuestra búsqueda de los determinantes de salud.

Se contemplaba la formación pregraduada y postgraduada, así como llevar a cabo estudios clínicos y epidemiológicos.

Se incluía la evaluación de todas nuestras actividades, y de los resultados obtenidos.

Todo ello enmarcado en el trabajo en equipo.

Así que, de pronto, las enfermeras de AP del INSALUD nos encontramos con unas consultas propias, nuevas funciones, necesidades de formación y gran dosis de incertidumbre. Nos aplicamos a trabajar con mucha responsabilidad e ilusión, a elaborar proyectos de Educación para la Salud, diagnósticos de salud, diseñar protocolos y programas, a planificar y organizar nuestra actividad asistencial y a formarnos en calidad, investigación, gestión, salud pública, y en todo aquello que aún desconocíamos.

También tuvimos grandes escollos: médicos que no comprendían ese deseo de trabajar a solas en una consulta propia (sin su tutela), compañeros de consultorios locales y ambulatorios que veían excesivo nuestro protagonismo, enfermeros que se resistían a aceptar la responsabilidad de un trabajo autónomo y una dirección balbuceante.

En los años noventa, (1992), se instauró la Cartera de Servicios de Atención



## Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosa María Gómez Honorato

Primaria, en cuya elaboración y sucesivas mejoras participaron también profesionales enfermeros, que pretendía cumplir tres objetivos: satisfacer las demandas de servicios expresadas por los ciudadanos, homogeneizar la oferta de servicios en toda la AP y servir como referencia para incentivar a los profesionales.

Aunque la Cartera no discriminaba entre resultados médicos y de enfermería, la presencia enfermera quedaba asegurada mediante la definición de servicios donde el proveedor es la acción de cuidados básicamente: Valoración, seguimiento y consejo sobre estilos de vida y cuidados de prevención.

Estaba enfocada a las enfermedades y no a integrar al equipo de Atención Primaria (EAP) en la comunidad y a capacitar al paciente como agente de su salud.

Se fueron asumiendo progresivamente las competencias en salud por las autonomías y elaborando carteras autonómicas. Esto generó variabilidad en las ofertas de servicios, que se homogeneizaron con la Cartera de Servicios Comunes del SNS en 2006, en la que se reconoce el derecho a los pacientes a recibir "cuidados de enfermería".

**A mediados de los años noventa** la sociedad comienza a preguntarse si es posible mantener un sistema público que conciba la prestación de los servicios sanitarios como un derecho de los ciudadanos y que redistribuya la atención desde los menos a los más necesitados, y si esto se puede conseguir con mecanismos de gestión.

Se proponen actuaciones a nivel usuario (recortes, copago) y sobre los profesionales, buscando mecanismos de competencia y de implicación.

Nace así el Contrato Programa, como herramienta para mejorar los resultados de gestión, con la participación activa de los profesionales, que negocian y pactan acciones y resultados. Se intenta devolver la gestión a los profesionales.

Los buenos resultados en contención del gasto, mejora de la gestión de la prestación farmacéutica (en cantidad y calidad de la prescripción), y la mejora de los tiempos de dedicación al usuario en consulta, hacen que algunos gestores y



## Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosa María Gómez Honorato

profesionales asistenciales, propongan cambios laborales (laboralización) y de políticas de personal (incentivación, carrera profesional).

En esta época se empieza a dar marcha atrás en algunos planteamientos ideológicos de la Reforma de Atención Primaria, en el sentido de devolver el protagonismo a los servicios sanitarios curativos, y a cuestionar el papel de enfermería en los EAP.

Como consecuencia, la paridad médico/enfermera del primer periodo de Atención Primaria va desapareciendo.

El promedio de enfermeras por habitante disminuye.

Nacen asociaciones y sociedades científicas para canalizar las inquietudes del colectivo, visibilizar, defender y desarrollar la Enfermería Comunitaria: AEC (1994), AIFICC (1996), SEMAP (1997), FAECAP (1998), etc

**Se inicia el segundo milenio**, cuya primera década será la de la globalización, los movimientos migratorios, las tecnologías de la información y la sensibilización medioambiental.

Asistimos a una progresiva profesionalización de la enfermería, que comienza a incorporar la evidencia científica a su trabajo diario.

En 2003, Ley de las Profesiones Sanitarias reconoce a la enfermera la competencia para dirigir, prestar y evaluar los cuidados de enfermería. La enfermería ve legisladas sus competencias y reconocida su autonomía profesional, lo que aporta seguridad a nuestro colectivo.

La adaptación al espacio europeo académico permite los estudios de Grado de enfermería, iniciándose los primeros en 2006. En 2008-2009 son posibles los primeros doctorados enfermeros

En 2005 se crea la especialidad de EFYC (RD 450/2005)

Pero nuestra visibilidad aún sigue siendo escasa. Solo un 60% de la población conoce a su enfermera, y desconoce los servicios que este colectivo oferta en AP.



## Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosa María Gómez Honorato

La implicación, formación y motivación de los profesionales enfermeros es desigual, como desigual es el acceso a AP y su procedencia (concurso libre o traslados desde Atención Especializada, comisión de servicios, etc.)

El gran salto cualitativo se produce cuando a la enfermera se le asigna población, mediante Tarjeta Sanitaria.

La enfermera deja de ser “la enfermera del médico” para convertirse en la enfermera del paciente.

La asignación de población trae consigo la libre elección de enfermera, cuyo desarrollo, previsto en la Ley General de Sanidad y en la Circular 5/90 del INSALUD, estaba pendiente

A día de hoy han desarrollado este artículo las CC AA de Andalucía, Baleares, Castilla la Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y Valencia.

La libre elección comporta un soporte informático que permite la exportación y tratamiento de DGPs (Datos Generales del Paciente) generados por los profesionales, incluidos los de enfermería.

La enfermera ya no solo puede visibilizar la cantidad de su actividad, sino también su calidad, es decir, su contribución a la consecución de objetivos del CP, en todos los resultados tanto en personas, como en clientes, como en sociedad y, finalmente, en resultados claves.

**La segunda década del siglo XXI** tiene como escenario la crisis económica, lo que implica un grave peligro para la Atención Primaria.

Los recortes van a suponer la pérdida de empleo enfermero, y de todas las profesiones sanitarias.

Sin embargo, se da la paradoja de que, aún con recursos reducidos, conseguimos que los indicadores de calidad sufran un mínimo daño.

La conexión a Internet permite compartir la Historia Clínica (con las restricciones que impone la ley de protección de datos), acceder a información básica para gestionar los cuidados de la población asignada, la medición y evaluación de su



## **Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria**

Rosa María Gómez Honorato

trabajo, la homogeneización de los registros.

La enfermera asume el liderazgo de los Cuidados de enfermería y la búsqueda de la excelencia. Se convierte en figura clave en los planes y estrategias de Cronicidad. “Los hallazgos evidencian que las enfermeras debidamente capacitadas pueden producir una atención de tan alta calidad como los médicos de AP y lograr buenos resultados de salud para los pacientes” Laurant etc al. "Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria..."

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-vision-critica-argumentacion-sobre-los-S0212656717305851>

Estamos tomando conciencia de nuestro papel familiar, es decir, del necesario abordaje biopsicosocial de la atención familiar y de nuestro papel comunitario, contactando con personas, estructuras, organismos, asociaciones e instituciones que trabajan en mejorar el bienestar y la salud de la comunidad.

La satisfacción de la población con los servicios enfermeros alcanza cotas superiores al 90%, si bien aún ni la población, ni otros profesionales, conocen a fondo nuestro papel.

La presencia cada vez mayor de las enfermeras en las RRSS puede suponer el espaldarazo definitivo a la visibilidad de la enfermería a todos los niveles.

El compromiso con la investigación crece, reconociéndose su valor para la creación de evidencia científica. Las enfermeras españolas están a la cabeza de producción investigadora.

La implicación de la enfermera familiar y comunitaria con la protección de la salud de la población alcanza su máximo compromiso con ocasión de la promulgación de la Ley 16/2012 de medidas de sostenibilidad, que anula la universalidad y la integralidad de la atención sanitaria. Favorece la inequidad, pone en peligro la salud de colectivos desfavorecidos y desprotegidos. Como consecuencia, también pone en peligro la salud de toda la comunidad.

La Enfermería de Atención Primaria ha manifestado su oposición a esta ley y ha luchado contra ella con todas las armas posibles, incluida la objeción de conciencia, expresada en listados de enfermeras (y otros profesionales) dispuestas a atender a



## **Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria**

Rosa María Gómez Honorato

las personas excluidas.

Ha salido a la calle para manifestar su desacuerdo e impedir las medidas externalizadoras.

Los recortes y la privatización de la Sanidad han supuesto un nexo de unión entre usuarios y profesionales, que aunaron sus fuerzas para impedirlo: En Madrid se logró parar la privatización de 26 centros de Salud. La ciudadanía demostró su compromiso con la atención primaria de gestión pública y con los trabajadores públicos. Nuestro agradecimiento será eterno, y su gesto ha de ser correspondido con un mayor esfuerzo y dedicación a su cuidado.



## Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosa María Gómez Honorato

### HITOS/ OPORTUNIDADES

Cartera de Servicios de Atención Primaria

Contrato Programa de Centros

PAPPS

PACAP

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Historia Clínica Electrónica OMIAP

Ley 41/2002 Básica Reguladora de autonomía del paciente.

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006/2010

Observatorio para la Seguridad del Paciente

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (2003)

Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género (2004)

Historia Clínica Electrónica Compartida

Tarjetas Sanitarias adscritas a CIAS enfermeros

Estudios de grado. 2005

Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (RD 450/2005)

Ley 28/2005 de medidas contra el tabaquismo





## Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosa María Gómez Honorato

RD 1030/2006 Cartera de Servicios del SNS

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Estrategias autonómicas de atención al paciente crónico

Real-Decreto 1/2013 que aprobaba el texto refundido de la ley de Derechos de las Personas con Discapacidad

Aumento de la producción investigadora

Leyes autonómicas para garantizar la atención en el proceso de morir

Presencia en las RRSS

### **DEBILIDADES/AMENAZAS**

Medicalización de la atención.

Progresiva disminución del número de enfermeras, de ratios enfermera/ médico y enfermera/ habitante

Falta de desarrollo de la especialidad, y de creación de plazas y puestos de trabajo de EFyC.

Falta de exigencia de un perfil competencial en la contratación y convocatoria de OPES



## Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosa María Gómez Honorato

Escasa presencia de enfermeras en órganos de decisión estatales y autonómicos.

Puestos directivos con menor presencia de enfermeras.

Falta de desarrollo en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

No hemos desarrollado el papel que se nos asignó en 1986 en materia de salud ambiental.

No nos hemos apoderado de la visita domiciliaria, con el consiguiente perjuicio en favor de la hospitalización a domicilio.

Desconocimiento del papel de la enfermería tanto por la población, como por la enfermería y otros profesionales.

Ley 15/1977 de nuevas fórmulas de gestión en el SNS

Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS

RD de prescripción enfermera diciembre de 2015

### **COMPETENCIAS**

Formación de calidad: Autoformación y formación institucional, tanto en temas de práctica asistencial como de gestión. Transferencia del conocimiento.

Docencia pre y postgrado.

Investigación. Generación de evidencia científica.

Implicación en la Calidad y Seguridad, tanto del paciente como de los profesionales.

Búsqueda de la excelencia en la prestación de cuidados. Aplicación en la práctica de la evidencia científica.



## **Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria**

Rosa María Gómez Honorato

Co-responsabilidad médico/enfermera en la Salud Integral

Gestión de los Servicios de Salud

Desarrollo de la macro, meso y microgestión

Gestión de la propia consulta, conocimiento de las características de nuestra población y sus necesidades.

Elaboración de estrategias para alcanzar resultados en proceso y resultados en salud.

Conocimiento profundo de la Cartera de Servicios, del Contrato Programa, objetivos e indicadores.

Gestión compartida de la demanda

Detección/ atención del maltrato y la Violencia de Género

Atención domiciliaria

Atención a los y las cuidadoras

Atención al proceso del final de la vida y al duelo.

Enfermera como agente de salud. Participación Comunitaria. Trabajar para disminuir las diferencias sociales

Trabajar colaborativamente en vías, guías de práctica clínica y protocolos.

Prescripción colaborativa farmacológica en atención a pacientes crónicos

Prescripción en heridas, quemaduras, UCC, etc

Vacunación según calendario vacunal sin necesidad de prescripción facultativa previa.

Cirugía Menor



## **Evolución de la Enfermería desde la reforma de Atención Primaria hasta ahora. Enfermería Familiar y Comunitaria**

Rosa María Gómez Honorato

Gestión de casos de la propia población asignada.

Comunicación de sus objetivos, actividades asistenciales, docentes e investigadoras a toda la comunidad, además de a la científica, en Congresos, Jornadas, etc.

Utilización de las RRSS para divulgar conocimientos y logros, formar e informar a población y profesionales, implicarse en la sociedad y visibilizar el rol enfermero.

Participación en la vida política y social, defensa de la Salud de la población a todos los niveles, velando siempre por el cumplimiento de sus derechos y garantías.