



LA ENFERMERIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA

La enfermería es una de las profesiones más importantes de la atención a la salud, estando especializada en el ámbito de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

La nueva Enfermería Familiar y Comunitaria responde a un modelo orientado a la racionalidad, la eficiencia y la equidad

Los avances sanitarios han generado una gran diversidad en los conocimientos técnicos y en las funciones de los profesionales sanitarios, que exigen un abordaje multidisciplinar e integral de la salud. Por otro lado los cambios demográficos, sociales y económicos han determinado importantes cambios en los problemas de salud como el estrés; alteraciones nutricionales; enfermedades crónicas y degenerativas relacionadas con la edad avanzada que exigen atención sanitaria y cuidados continuados; nuevas epidemias como el VIH y otros procesos infecciosos relacionados como las hepatopatías, las ETS o la tuberculosis; accidentes de tráfico y sus secuelas; maltrato familiar; crecimiento de la pobreza y el desarraigo por la crisis y los recortes del estado del bienestar; o la marginación de la población inmigrante.

En este contexto la Enfermería, además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad, debe contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral y comunitaria que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad.

Se ocupa de los individuos, grupos familiares y de los diferentes grupos sociales, en los centros de salud, en los domicilios de los pacientes, en la comunidad y en las urgencias. Para poder abordar con racionalidad y eficacia los problemas de salud es fundamental estudiarlos en el medio en que se ha desarrollado y analizar su evolución en el tiempo. Ello exige conocer el entorno de las personas y relacionarlo con los comportamientos saludables o de riesgo, los hábitos alimenticios, las condiciones higiénicas que le rodean, la actividad y el ejercicio que realiza la población, los patrones culturales, los hábitos y condiciones sociales, y el entorno profesional, escolar y familiar. El crecimiento de las enfermedades crónicas y los recortes a la Ley de Dependencia obliga a muchas familias a desempeñar una actividad cuidadora, que precisa de apoyo educacional y asesoramiento sanitario por personal profesional adecuadamente formado y cercano al entorno familiar y comunitario como el que

brinda la enfermería de Atención Primaria. También es relevante la labor de la enfermería en la promoción de la salud en los centros educativos.

Es un modelo que las administraciones sanitarias tienen poco interés en desarrollar

A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la reforma del nivel primario, las actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación de la comunidad, continúan sin desarrollarse plenamente. Los servicios de atención primaria continúan orientados a la enfermedad en lugar de la salud.

Un Sistema Sanitario orientado a la Atención Primaria es menos costoso y más eficiente que el basado en el hospital y la actividad curativa, ya que permite identificar la necesidad de atención de cada paciente, en qué nivel debe ser atendido y por qué profesional, evitando así un derroche irracional de los recursos humanos. Los cuidados de la enfermería comunitaria no requieren de pruebas costosas para llegar al diagnóstico de enfermería, ni de terapias caras para resolver los problemas.

Entre los valores de la Atención Primaria están la continuidad y longitudinalidad de la atención, su papel de filtro y de derivación de pacientes al resto de niveles asistenciales. En este modelo la enfermería debe desempeñar un importante papel facilitando el acceso a los servicios (puerta de entrada y distribuidora de la atención) a grupos de población con más necesidad de atención como enfermos crónicos, personas mayores, marginados sociales, mujeres o niños.

Pese a los planteamientos recogidos por la Ley General de Sanidad y el Modelo de Atención Primaria las actuaciones de promoción de la salud son aún los menos desarrollados en los Centros de Atención Primaria y son poco apoyados por las Administraciones Sanitarias Autonómicas y los Ayuntamientos instituciones colaboradoras por sus competencias relacionadas con el medio ambiente y la atención a colectivos necesitados de atención y apoyo. La enfermería comunitaria debe desarrollar actuaciones de intervención comunitaria y participativa dirigida a grupos con características, necesidades o intereses comunes, orientadas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, y a potenciar la capacitación de las personas y grupos para abordar sus problemas y necesidades de salud. Para mejorar la salud de la población y crear entornos saludables se precisa la cooperación, participación y articulación de los servicios sanitarios y sociales con las instituciones, asociaciones, grupos y ciudadanos en general generando alianzas y sinergias intersectoriales a favor de la salud.

Papel de la Enfermería de Familia y Comunitaria

El rol de la Enfermería de Atención Primaria y Comunitaria debe reorientarse a capacitar a las personas, familias y comunidades para cuidarse de sí mismas (priorizando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad), transformando la dependencia en autocuidado. Esto implica cambiar el actual modelo de enfermería asistencial que ofrece, casi en exclusiva, una atención directa a personas enfermas.

El modelo de Atención Primaria amplió las competencias de las enfermeras que pasaron de realizar casi en exclusiva funciones técnicas y burocráticas a trabajar con programas y protocolos donde han alcanzado un mayor protagonismo profesional: promoción, educación para la salud, o atención domiciliaria.

Para que la Enfermería sea una pieza clave en la Atención Primaria, debería:

- Fundamentar sus actuaciones en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población, elaborados de manera participativa.
- Garantizar el carácter integral e integrador de la atención y de los cuidados de salud.
- Utilizar la educación sanitaria como un instrumento de su trabajo con la población, las familias y los individuos.
- Trabajar con y para la comunidad promoviendo la participación comunitaria.
- Abordar los problemas y necesidades de salud desde la multi-causalidad e interdisciplinariedad.
- Evaluar el impacto de sus actuaciones sobre la salud de la población.

Un sistema orientado a la salud en lugar de a la enfermedad, debe potenciar el autocuidado personal y responsabilizar a la población de promover su salud personal y de su comunidad. El grupo profesional más capacitado para hacer esto posible, por formación y competencias, es la Enfermería Familiar y Comunitaria

Sin embargo la escasez de profesionales de enfermería en el sistema, la política de recortes de personal, el desempleo y la emigración, impiden el desarrollo de la Enfermería Familiar y Comunitaria, marginan al colectivo y atentan contra la calidad de la atención y los cuidados a los enfermos.

España uno de los países de la Unión Europea con una ratio más baja de enfermeras por habitante. En el año 2014, había alrededor de 230.000 profesionales de enfermería, lo que supone una tasa de 506 por 100.000 habitantes un 36% inferior a la media europea de 797 por 100.000 habitantes. La diferencia es mucho mayor con respecto a países avanzados como Finlandia (2.365), Países Bajos (1.339), Alemania (1.115) o Reino Unido (988). España ocupa el vigésimo lugar, por detrás de Estados como Portugal, Polonia, Rumanía, Croacia, Estonia, Hungría, Malta, Lituania, Eslovenia o República Checa. Para alcanzar la media europea se necesitarían entre 108.000 y 136.000 enfermeros/as más, lo que supondría incrementar en un 55% el número actual.

Pese a ello desde el año 2010 han emigrado miles de enfermeras/os a otros países en busca del trabajo que no encuentran en España. Casi 5.000 profesionales de enfermería, que han marchado a países como el Reino Unido, Alemania o Francia. En 2011 emigraron 914, 1.134 en el año 2012, 1.008 en el 2013, y 1.108 en el 2014.

Esta pérdida de personal de enfermería es el resultado del aumento del paro en el sector que se incrementó en un 400% en los últimos años, alcanzado los 22.000 profesionales este año. Si no hay un cambio en la política de recortes de personal el paro podría alcanzar los 75.000 profesionales en los próximos cinco años.

La hegemonía del modelo medicalizado - curativo y las desigualdades de recursos marginan a la enfermería y deterioran la calidad de los cuidados de salud

	% de medicos sobre el total de profesionales sanitarios	% de enfermeria sobre el total de profesionales sanitarios	Numero de enfermeras por mil habitantes
España	42,9	57,1	4,9
Unión Europea	30,8	69,2	8,7
Diferencias	+ 28,20%	-21,90%	-43,70%

Fuentes: INE y OCDE

España tiene un 28,2% más de medicos y un 22% menos personal de enfermería que la media de los países de la UE, lo que se traduce en un 43% menos personal de enfermeria por habitante. Estas enormes diferencias se explican por la persistencia de la hegemonía del modelo medicalizado y curativo dentro del sistema (pese a lo que establece la Ley General de Sanidad) en detrimento de la promoción de salud y los cuidados a los enfermos crónicos o con discapacidad propios de un modelo basado en la Atención Primaria.

La presión de la parte más conservadora y corporativa del colectivo médico (representado por la Organización Médica Colegial) a la prescripción de enfermería está generando un retraso injustificado en el desarrollo de la misma (existe un mandato de la administración para ponerla en marcha en un año y a pesar de haber pasado cuatro aún está pendiente de formalizar. La prescripción enfermera se ha convertido en una razón de Estado para la OMC que considera que no deben ser utilizada por enfermeras/os sin la autorización y supervisión de un facultativo. Esta situación genera ineficiencia al sistema e inseguridad para la enfermería (una enfermera fue condenada a dos años de inhabilitación por prescribir paracetamol, medicamento que no requiere receta médica).

Existen grandes diferencias en la proporción de enfermeras por habitante entre Comunidades Autónomas, que alcanzan el 54% entre la que más tiene que es Navarra y la que menos que es Andalucía.

	Profesionales de Enfermería por 100.000 habitantes
Navarra	831
Pais Vasco	704
Castilla y León	645
La Rioja	617
Aragón	614
Madrid	602
Cantabria	590
Cataluña	574
Galicia	506
Baleares	481
C. Valenciana	481
Canarias	446
Murcia	378
Andalucía	375

Esta situación genera una gran desigualdad en la composición y presencia de la enfermería en los Equipos de Atención; obliga al colectivo con plaza a realizar un sobreesfuerzo importante para mantener las prestaciones, especialmente en los que trabajan en la Atención Primaria; y repercute negativamente sobre la equidad en el acceso a los cuidados de la población, la calidad de la atención y los derechos laborales del colectivo. Si no hay cambio en las políticas de personal del Gobierno y de las Comunidades Autónomas es previsible un agravamiento del problema en el futuro dado que el progresivo envejecimiento de la población acentuará la necesidad de atención y de cuidados domiciliarios a personas mayores con discapacidad.

La escasez de enfermeras/os en el sistema de salud, la precariedad laboral que soportan, la sobrecarga asistencial y las condiciones actuales de trabajo, obligan a la enfermería a trabajar en Atención Primaria con contratos de días y horas, saltando de centro e centro, en unas condiciones que atentan contra su dignidad profesional, el esfuerzo formativo realizado y la calidad de las prestaciones. La atención programada a enfermos crónicos, las visitas a domicilio y las acciones preventivas y de educación para la salud son las más afectadas por la disminución de profesionales.

Deficiencias en la organización y gestión de los centros condiciona y limita el papel de la enfermería en AP

Uno de los problemas que afectan a la enfermería es las deficiencias en el trabajo en equipo multidisciplinario. Con respecto al microequipo (médico y enfermera) depende de factores personales, se realizan pocas reuniones, la comunicación suele ser informal y rápida. Los registros son inadecuados, teniendo más en cuenta la cantidad que la calidad, no reflejan la actividad real, y no todos registran siguiendo los mismos criterios dada la diferencia entre los registros médicos y de enfermería.

Los profesionales sanitarios han sido apartados de la gestión de los recursos que manejan. Se ha impuesto un gerencialismo donde la visión de la gestión clínica ha ido perdiendo peso frente a criterios economicistas de las administraciones. Las estructuras de gestión han ido aumentando progresivamente en detrimento de la autonomía de los profesionales sin que los resultados de salud hayan mejorado, lo que ha contribuido a generar un clima de desánimo y la desmotivación entre todos los estamentos de la AP.

La creación de los Equipos de AP mejoró y potenció a la enfermería al crear la consulta de enfermería e incorporar al colectivo a los programas de salud. Sin embargo surgieron los problemas por una escasa definición de los roles dentro de los equipos, la oposición de algunos médicos a que la enfermería ganara autonomía (exigiendo la presencia de la enfermería como auxiliar en las consultas médicas), la falta de una experiencia en trabajo en equipo, y las deficiencias en el desarrollo de algunos programas. Esta situación ha generado enfrentamientos en los equipos y limitado el desarrollo de la enfermería de AP. La autonomía de la enfermería está aún muy condicionada por la dependencia de las órdenes médicas en el desarrollo de programas y protocolos, por la reticencia de algunos médicos a ceder funciones y de la enfermería a asumirlas.

Parece por tanto necesario revisar *qué hacer, quién y cómo hacerlo* y evaluar los errores y los aciertos en base a los resultados alcanzados, para poder definir los roles y redistribuir las cargas de trabajo en los equipos. La enfermería debería reforzar su papel en la gestión de las enfermedades crónicas y asumir un mayor protagonismo en la atención a los procesos agudos de menor complejidad, delegando en el personal

auxiliar y administrativo la responsabilidad de gestionar la burocracia asociada a la práctica asistencial que ahora realiza la enfermería.

No existe una oferta propia y global de cuidados de enfermería, ésta depende de cada profesional y de cada centro. La falta de desarrollo de la especialidad de enfermería de salud familiar y comunitaria ha contribuido a la indefinición del rol profesional y ha dificultado la oferta de servicios específicos.

Para corregir esta situación y garantizar una Atención Primaria eficiente y eficaz es necesario incrementar la autonomía de gestión, motivar a los profesionales (con indicadores que reflejen la calidad más que la cantidad de los servicios), definir con claridad las carteras de servicios y redistribuir el las responsabilidades y el trabajo en función del perfil de cada profesional.

Aunque la reformas de la AP han supuesto mejoras para las enfermeras, quedan muchos temas por resolver:

- Ausencia de definición de una cartera de servicios propia de enfermería, a pesar de su claro protagonismo en atención domiciliaria y educación para la salud.
- Revisar, en términos de resultados, los programas de salud existentes. Los programas y protocolos aumentan sin tener en cuenta la dotación de personal, la formación de los profesionales, ni haber hecho estudios de las necesidades de la población.
- Ajustar las plantillas al incremento poblacional. Aumenta la población pero no las plantillas, la población no está bien asignada, no se tienen en cuenta a los transeúntes, a los inmigrantes, al crecimiento demográfico, o la necesidad de atender a los adolescentes y a las familias desestructuradas.
- Resolver las deficiencias en la comunicación interna entre los integrantes de los equipos: El escaso contacto y trabajo en común o el aislamiento de cada uno en su consulta, provoca desconocimiento del trabajo del otro y desconfianza. No está resuelto el problema de la comunicación interna relacionada con la ausencia de tradición y experiencia de trabajo en equipo, los problemas para hacer coincidir los horarios para las sesiones, o la escasez de espacios físicos y de tiempo. Otros factores que dificultan la comunicación son la diversidad en el origen y formación de las enfermeras (muchas trabajan en AP tras años en hospitales), y el escaso interés de los médicos de entender el trabajo específico de las enfermeras.
- Desconocimiento de la oferta de los servicios de enfermería consecuencia de los problemas de definición del papel de la enfermera y la mala difusión del trabajo de sus actividades (ni la población ni el resto del equipo conocen bien cuál es su función específica). Las iniciativas de darse a conocer se han visto coartadas en muchas ocasiones por la administración o por los propios compañeros, que temen incrementar más demanda. Las más conocidas son las actividades en los programas de promoción y educación para la salud. La atención domiciliaria es uno de los grandes logros del desarrollo de la enfermería, bien recibida por usuarios y familiares y que permite realizar educación para la salud (existen dificultades para llevarlo a cabo por la escasez de servicios socio-sanitarios).
- Necesidad de ampliar la formación pregrado en algunos contenidos (educación para la salud) y habilidades (trabajo en equipo). Existe grandes diferencias en la

orientación de las Escuelas Universitarias de Enfermería (que en muchos casos ignoran el modelo comunitario) lo que determina las actitudes de los/as nuevos/as profesionales.

- Desarrollar la formación postgrado y la provisión de puestos de trabajo

El sistema retributivo de las enfermeras es poco incentivador al ser el resultado de la suma de las tarjetas sanitarias individuales asignadas a todo el equipo dividido por el número total de enfermeras lo que ha conducido a una retribución uniforme sea cual sea la carga laboral.

La mejora de la situación de la enfermería no pasa por la privatización de los centros de Atención Primaria

Las Entidades de Base Asociativa (EBAs) son sociedades con ánimo de lucro con capacidad de endeudamiento y entidad jurídica propia (sociedades limitadas, anónimas, laborales, o cooperativas), actúan de acuerdo al ordenamiento jurídico privado y al derecho mercantil y civil, fueron creadas en Cataluña a partir de 1996. Basan su estrategia de negocio en el ahorro asociado a la sustitución y reducción de los recursos de enfermería. Por un lado reducen las cargas de trabajo de los facultativos traspasando pacientes a la enfermería (que atiende, selecciona y prescribe medicamentos sin cobertura legal suficiente), y por otro lado en estos centros la enfermería tiene asignado el doble de población que en los Centros públicos de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS) con 2.903 habitantes por profesional de enfermería en las EBAs, frente a 1.549 en los públicos

Aunque la Unión Europea y la OMS, plantean la necesidad prioritaria de formar enfermeros especialistas en atención comunitaria, el desarrollo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria ha sufrido un bloqueo institucional en nuestro país

La creación de la Especialidad en Enfermería de Salud Comunitaria supuso grandes avances para el Sistema Sanitario y la sociedad, al plantear la necesidad de abordar de manera sistemática, integral y holista los determinantes de la salud y del bienestar.

El Real Decreto 450/2005 de 22 de abril, reguló la obtención del título de Enfermero Especialista y estableció un catálogo de Especialidades de Enfermería: Obstétrico-ginecológica, Salud Mental, Trabajo, Geriátrica, Pediátrica, Familiar y Comunitaria y Médico-quirúrgica. Su desarrollo ha sufrido un retraso injustificable de 20 años a pesar de la necesidad de cumplir con la Directiva 2013/55/UE de la Unión Europea sobre la cualificación profesional necesaria para su libre circulación por los países de la Unión.

Estas especialidades han sido excluidas del Proyecto de Real Decreto del Ministerio que regula la Troncalidad y las Áreas de Capacitación de la Formación Sanitaria Especializada en Ciencias de la Salud, olvido que pone de manifiesto la política obstruccionista del Ministerio de Sanidad para frenar el desarrollo de las especialidades de enfermería. Aunque todas las comunidades asumieron el compromiso de dotar plazas de especialistas de enfermería, no lo hicieron para la provisión de las plantillas ni para las relaciones de puestos de trabajo.

Aunque seis especialidades de enfermería tienen establecidos sus programas de formación y aprobadas las plazas de Enfermería Interna y Residente (EIR), tan sólo la

enfermería obstétrico-ginecológica (matronas), tiene reconocida la categoría laboral en el sistema. Por ahora únicamente la Comunidad Valenciana ha incluido la categoría de Enfermero Especialista en Familiar y Comunitaria en el sistema.

El examen EIR se convoca de forma anual en todo el territorio del Estado, sirve para adquirir una formación específica reconocida mediante el título de Enfermera/o Especialista. La formación EIR se realiza por el sistema de residencia en Unidades Docentes acreditadas para la formación especializada y mediante un modelo formativo de autoaprendizaje tutorizado de acuerdo a un programa formativo que define los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la especialidad, con una progresiva asunción de responsabilidades por el residente. El título de especialista tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado y es necesario para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados. El total de plazas ofertadas este año para enfermería fue de 959 de las que 267 (el 27,8%) son de Enfermería Familiar y Comunitaria

En la Especialidad de Enfermera Familiar y Comunitaria está pendiente la celebración de las pruebas (por la vía transitoria) para el acceso al título de especialista. A pesar de estar convocadas las plazas EIR y de tener pendiente el examen de acceso por la vía excepcional, se ha retrasado en siete años la creación de las plazas de EFyC (Mayo del 2021). Resulta intolerable este nuevo retraso en un proceso que comenzó hace 37 años (en 1987 con el Real Decreto de Especialidades), sustituido posteriormente por otro RD en el 2005 y que ha tardado 20 años en ser desarrollado..

Formación continuada

La formación de las enfermeras de atención primaria es escasa y dispar por falta de apoyo institucional. Por ello la formación depende en gran medida de la iniciativa individual. Los cursos se realizan en tiempo libre y con los recortes presupuestarios están generando dificultades para contratar sustitutos, lo que ha supuesto que se formaran las personas con más inquietudes y disponibilidad. Es necesaria una formación continuada generalizada sobre temas priorizados de la Atención Primaria y la enfermería familiar y comunitaria como la gestión de cuidados, en horario laboral habitual, personalizando e individualizando el acceso a la misma (duración y contenidos), con recursos suficientes, que no supongan una carga de trabajo adicional para el resto del equipo.

Investigación:

Aunque ha habido avances está poco desarrollada. El número de enfermeras/os que participan en proyectos de investigación o que lideran proyectos de investigación sigue siendo pequeño.

Entre las barreras a la investigación en EFvyC estarían la falta de recursos, la presión asistencial, la escasez de medios como permisos o becas, la escasa formación científica en los estudios de pregrado, la resistencia al cambio, la falta de interés de las administraciones y de la ausencia de reconocimiento profesional

La función de investigación debería ir dirigida a conocer la situación de salud de la comunidad, sus necesidades, estilos de vida, problemas de salud prioritarios, resultados de la educación de salud y de la atención a la dependencia, así como a evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras.

PROPUESTAS

- 1.- Mantener y potenciar el modelo de Equipos de Atención Primaria de gestión pública, para hacer frente a los intentos de privatización como las EBAs o los Medicos Gestores de Presupuestos (fundholders) en la que médicos de familia gestionen presupuestos para comprar servicios y contratar trabajadores sanitarios.
- 2.- Incrementar las plazas de enfermería en AP hasta equiparar las tasas a la media de los países de la Unión Europea
- 3.- Acabar con los recortes de personal de enfermería de AP mediante la amortización de las jubilaciones
- 4.- Generalizar a todas las CCAA la inclusión de la categoría de Enfermero Especialista en Familiar y Comunitaria en el sistema
- 5.- Crear y convocar plazas específicas de Enfermería Familiar y Comunitaria, con reconocimiento de la especialización. Convocatorias anuales de plazas con OPES con periodicidad anual.
- 6.- Definir los roles y funciones de la enfermería en los equipos de Atención Primaria
- 7.- Desarrollar la prescripción enfermera
- 8.- Dotar a las áreas y centros de AP de estructuras de gestión que garanticen la autonomía de los centros y la presencia de la enfermería.
- 9.- Establecimiento de incentivos profesionales y salariales que primen la calidad y la dedicación del personal de enfermería. Creación de la Carrera Profesional de Enfermería
- 10.- Potenciar la formación continuada del personal de enfermería con carácter obligatorio en horario laboral, con sustituciones o becas, sin intervención de la industria farmacéutica.
- 11.- Potenciar la investigación en EFyC creando unidades de apoyo a la investigación en las áreas de AP. Establecer un Plan de Investigación con objetivos y prioridades consensuados.
- 12.- Crear estructuras de participación comunitaria en todas las áreas de AP
- 13.- Desarrollar el Plan de Dependencia y coordinar los Centros de AP con los servicios sociales y sociosanitarios de cada área.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Mayo de 2015