



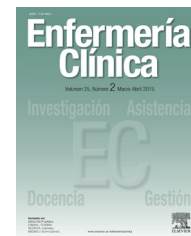
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



# Enfermería Clínica

[www.elsevier.es/enfermeriaclinica](http://www.elsevier.es/enfermeriaclinica)



## Los pilares irrenunciables de la práctica enfermera en el ámbito comunitario tras la crisis del COVID-19



### The essential pillars of nursing practice in the community setting after the COVID-19 crisis

Carmen Ferrer-Arnedo

*Directora del Máster de Humanización de la UEM. Excoordinadora Científica de la Estrategia de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud. Servicio de Atención al Paciente. Hospital de Cruz Roja, Madrid, España*

Recibido el 11 de junio de 2020; aceptado el 17 de junio de 2020

Las situaciones de emergencia creadas por la pandemia originada por el virus SARS-CoV-2 plantean propuestas de cambio que afectan a las organizaciones sanitarias en todas sus dimensiones, y compromete el modelo de servicios tradicional. Por ello, es preciso pensar cómo desarrollar la participación de la comunidad o cómo prepararnos para una nueva pandemia<sup>1</sup>, entre otros grandes desafíos, donde se plantean alternativas como la telemedicina, la consulta telefónica o la revisión de protocolos de actuación para que seamos más proactivos.

Las enfermeras y enfermeros en esta crisis han estado, como siempre, al lado de los pacientes. Cerca de aquellos que sufrían, proporcionándoles intervenciones de control y seguimiento, y sobretodo, cuidados de acompañamiento y apoyo emocional, aunque estos fuesen percibidos como un cuidado invisible, imperceptible por parte de las organizaciones, pero no así por parte de los pacientes y sus familias, siendo testigo de ello las hemerotecas de nuestro país.

Sin embargo, en la semana de la desescalada, una enfermera comunitaria me explica que en su centro de salud se ha cambiado el modelo de atención y se han diseñado agendas por “tareas”, es decir, que según el problema de cada persona se le deriva a uno u otro profesional a través de cir-

cuitos diferentes. Esta enfermera, además, me comenta la situación que presenció cuando llegó a su centro una persona con dificultades para comunicarse, mostrando un papel arrugado donde se leía: “necesité ver a mi enfermera, a Julia, porque tengo que hacerle una consulta. Solo a ella y no a otra enfermera”.

Este hecho, por su trascendencia, ha sido el factor precursor de este artículo editorial, que pretende hacernos reflexionar para ver el camino que debemos tomar en el momento de superación de la crisis. Debemos evitar que se dinamite aquello por lo que hemos trabajado durante años y consolidar la especificidad enfermera y la visibilidad de los cuidados profesionales individualizados de calidad que, además, están directamente relacionados con la identidad de las enfermeras en el medio comunitario. A esto habría que añadir la importancia del establecimiento de una relación terapéutica de confianza que gire en torno a los cuidados que requiere la persona en todas sus dimensiones. Y, sin embargo, llama la atención que esto deje de tener valor para algunas organizaciones sanitarias, a las que no les preocupa aplicar una visión reduccionista que transforma la atención sanitaria global en una agenda por tareas para las enfermeras, ubicando los cuidados integrales en la trastienda del sistema. En este momento, todo lo avanzado se destruye de un plumazo y se devalúa el cuidado, sin tener en cuenta que la capacidad de respuesta del sistema sanitario a las necesidades en salud y a las demandas de la población, se ve paralelamente mermada. Esta realidad refleja que el modelo de prestación de servicios no pone en valor los cuidados profesionales individualizados, que incluyen

Correo electrónico: [crmferrer@gmail.com](mailto:crmferrer@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.001>

1130-8621/© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

el acompañamiento, la supervisión, el asesoramiento, la capacitación para el autocuidado, el empoderamiento y la participación activa de los ciudadanos en su propia salud, entre otras muchas cuestiones fundamentales.

Las crisis nos ayudan a reflexionar sobre lo que somos y lo que queremos ser. Así pues, podríamos preguntarnos si, tal y como escuchamos a diario, la Atención Primaria de Salud es y debe ser un pilar del sistema, que hay que reforzar, y si esto se va a traducir realmente en hechos que reflejen el papel de las enfermeras comunitarias, o si simplemente se piensa en la enfermera como en un elemento técnico sin identidad propia, cuya actividad se puede desmontar cuando interesa a pesar de lo aportado a la población antes y durante la crisis.

Es el mundo de los hechos el que determinará el camino a recorrer y para ello es necesario revisar dos documentos de referencia: el Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012<sup>2</sup> y el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria elaborado en 2019<sup>3</sup>. Ambos documentos, de contenido similar a pesar de los 10 años de diferencia en su publicación, están centrados en la Atención Primaria de Salud, en sus valores y en su oportunidad, han sido realizados por expertos y están publicados como guías por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

En el Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012<sup>2</sup> se contempla que la Atención Primaria ha de asegurar su función de agencia, de coordinación y garantía de continuidad y regulación de los flujos de pacientes. Estas funciones de la Atención Primaria son elementos diferenciadores de nuestro Sistema Nacional de Salud, y condición esencial para disponer de un sistema eficiente. También plantea que es preciso el impulso de las actividades de educación para la salud, para el desarrollo de la continuidad asistencial y de los cuidados enfermeros.

Por otra parte, en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria elaborado en 2019<sup>3</sup>, básicamente se vuelven a repetir estas mismas ideas, como si todavía fuese una asignatura pendiente. Pero lo que me gustaría resaltar es que en ambos documentos se nombra en contadas ocasiones, a las enfermeras, a su aportación específica y a sus competencias, aunque sí se enfatiza una vez más en la necesidad de desarrollar el papel de las enfermeras comunitarias. La excepción es que en el segundo documento se hace referencia a que se incorporen las enfermeras especialistas familiares y comunitarias. También se habla de la necesidad de actualización de la Atención Primaria, que ha sufrido especialmente el impacto de la crisis, aunque se refiere a los efectos de la otra crisis y de las políticas de austeridad. Recordemos que es un documento publicado en 2019 y vuelve a reiterar la necesidad de proporcionar una atención de salud de manera integrada, equitativa y eficiente a la población, añadiendo que la Atención Primaria debe adaptarse a los cambios sociales y responder a las expectativas de pacientes cada vez más informados y exigentes<sup>3</sup>.

Asimismo, el documento habla de potenciar la capacidad resolutoria de las enfermeras en la gestión de cuidados, en especial los dirigidos a pacientes con enfermedad crónica, mediante protocolos de actuación basados en evidencia, en la atención domiciliar de pacientes con enfermedades crónicas complejas y en situación de últimos días, actividades de salud comunitaria y de promoción de la salud y

las interrelaciones entre los servicios y profesionales sanitarios y sociales, proponiendo la incorporación de la valoración enfermera desde la primera visita del paciente, para la apertura de la Historia de Salud<sup>3</sup>.

Este es un discurso repetido una y otra vez, como si las enfermeras comunitarias no hubiesen hecho su trabajo. Sin embargo, existe una realidad, y es que las enfermeras comunitarias diariamente realizan atención domiciliar, atención en la cronicidad a través del liderazgo del proceso del paciente crónico complejo, promoción de salud, publican sus evidencias como gestoras de casos, aunque al leer estos documentos que son referencias parece que no ha podido reflejarse.

Así pues, la crisis debería de traer consigo acciones para caminar hacia delante, sin renunciar a lo que ya está hecho y consolidado, lo que tiene evidencia y funciona. Por tanto, es el momento de diseñar estrategias nuevas, que contemplen la competencia enfermera demostrada, evaluada y que da valor al proceso de salud de las personas y de la comunidad.

Los ciudadanos tienen derechos adquiridos y estos derechos tienen que ver con cuatro pilares que sustentan la práctica enfermera comunitaria y son pilares innegociables, que no pueden desaparecer, porque son claves para afrontar los problemas de salud. El primero es que existe libre elección de enfermera. No de unidad básica de atención, sino de enfermera, igual que de médico. Significa que este es el primer paso para establecer relación desde la cercanía terapéutica. Por tanto, es la enfermera del ciudadano la responsable de la prestación de cuidados enfermeros a la persona que tiene en su tarjeta sanitaria su nombre. Esto no es un juego, no es un postureo, es un derecho que se limita cuando se trabaja en agendas por tareas. Por tanto, es preciso repensar este tipo de sistemáticas de trabajo que deben de dar respuesta ante una nueva normalidad, pero sin dar al traste con un derecho del ciudadano para ser cuidado por un profesional concreto, al que ha elegido. Esto le permite garantizarse una atención integral y apoyarse en quien el paciente confía.

El segundo pilar es la continuidad de los cuidados, que se gestiona a través de la enfermera comunitaria, y que incluye a las personas que viven en las residencias. Es preciso revisar qué ha sucedido y qué plan tenemos que poner en marcha para garantizar cuidados seguros en la comunidad, sin olvidar de nuevo que los ciudadanos que viven en las residencias tienen en su tarjeta sanitaria quién es su enfermera y, por tanto, también existe ahí este rol de garante, que veremos cómo se ejerce para tener colaboración y cooperación con otros agentes, desde una práctica de cuidados seguros.

El tercer pilar se sustenta en la capacitación para el autocuidado, que también es un derecho específico e irrenunciable y que se vehiculiza mediante intervención educativa adaptada a la necesidad de cada persona. Aquí existe un camino recorrido y otro por recorrer que tiene que ver con fomentar la corresponsabilidad.

Como cuarto pilar de la práctica de la enfermera comunitaria, cabe destacar su capacidad de trabajo con la unidad familiar y con la comunidad. El desarrollo de las estrategias de alfabetización en salud, de empoderamiento comunitario y capacitación para la participación y la toma de decisiones en la unidad familiar. Estos pilares no deberían de moverse, son estructuras ya alcanzadas, diseñadas y en muchos casos consolidadas.

Es cierto, tal y como se plantea en el documento de evaluación de la cronicidad<sup>4</sup>, que el número de enfermeras comunitarias es escaso y desigual en los distintos territorios. Los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2016 señalan que el número de enfermeras (de todos los niveles asistenciales) en España, era de 5,5 por cada 1000 habitantes, cifra muy por debajo de la media de la Unión Europea (8,4 por cada 1000 habitantes). Al hablar de necesidades de enfermeras, no se debería hablar en los mismos términos que de las ratios para médicos de familia, dado que seguramente en el número de enfermeras influyen factores como la dependencia, el nivel sociocultural o la tipología de unidad familiar.

A estos datos hay que añadir que según la información disponible del Sistema Nacional de Salud<sup>4</sup>, el 70% de la población de más de 80 años no ha recibido ninguna visita domiciliaria durante el año 2017. En base estos resultados, se pone de manifiesto la necesidad de plantear una estrategia para priorizar medidas que fomenten la actividad y cobertura de la visita domiciliaria, especialmente por parte de las enfermeras, tal y como se propone en la Estrategia.

Tal y como expresa Martínez Riera<sup>5</sup>, las enfermeras tenemos contrastada capacidad, voluntad y aptitudes para liderar muchas estrategias de cuidados y de gestión que permitan dar una respuesta eficiente a las necesidades sentidas y requeridas por las personas, las familias y la comunidad. Para ello, es preciso que las enfermeras tengan plena capacidad en la toma de decisiones a todos los niveles del Sistema Sanitario, cuestión que no queda clara en las actuales circunstancias, siendo imprescindible que ante la "nueva normalidad" no se renuncie a ninguno de estos cuatro pilares básicos, que marcan la especificidad del trabajo

comunitario de las enfermeras y que debe ser el punto de partida para el camino a recorrer a través de una estructura que mire con visión si queremos construir una respuesta eficaz a las necesidades de la sociedad. Ese es nuestro desafío y nuestra responsabilidad.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Documento de Actualización de la Estrategia frente a la COVID-19 (14 de abril 2020). Ginebra: OMS; 2020 [acceso 12 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020\\_es.pdf?sfvrsn=86c0929d\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10).
2. Ministerio de Sanidad, Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España:2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: MSYC; 2007 [acceso 12 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020\\_es.pdf?sfvrsn=86c0929d\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10).
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Madrid: MSCYBS; 2019. [acceso 12 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco\\_Estrategico\\_APS\\_25Abril\\_2019.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf).
4. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 16 julio 2019. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019. [acceso 12 de junio de 2020]. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/2209/Informe%20final%20de%20Evaluacion.%20Estrategia%20Cronicidad%20SNS%2016julio19.pdf>.
5. Martínez Riera JR. Crisis y enfermeras. Rev ROL Enf. 2012;35:108-19.