

RETOS DE FUTURO PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Por

FRANCISCO JAVIER ROMERO DE JULIÁN (*)

FERNANDO GALEA JIMÉNEZ (**)

FRANCISCO TIRADO ALTAMIRANO (**)

JESÚS PRIETO MORENO (**)

LUIS MARIANO HERNÁNDEZ NEILA (**)

ISABEL CARRASCO BENITO (**)

() Profesor Asociado U.E.X. Departamento de Enfermería
Administración de los Servicios de Enfermería*

*(**) Profesores Asociados de la U.E.X. Departamento de Enfermería*

SUMARIO: 1. LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MODELOS DE ACTUACIÓN Y PROBLEMAS.- 2. PROBLEMAS EN LA CONSOLIDACIÓN DEL MODELO DE SALUD, DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS.- 3. CARACTERÍSTICAS, ENTORNO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN.- 4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN EXTREMADURA.- 5. BASE LEGAL Y PRINCIPIOS ÉTICOS.- 6. CONCLUSIONES.- 7. RETOS PARA EL FUTURO.- 8. BIBLIOGRAFÍA

*«Sabemos lo que somos, pero no lo que podemos ser»
William Shakespeare*

El camino recorrido por el tradicional y añorado practicante, después ATS, también las matronas desde las primeras décadas del siglo XX hasta mediados de la década de los años 80, en la que se comienza a desarrollar el nuevo modelo de Atención Primaria, ha estado mediatizado por la evolución económica y política de nuestra sociedad. Si bien hay aspectos que supusieron frenos al desarrollo de esta profesión, como la falta de medios técnicos, de formación específica, la constante dedicación 24 horas al día todos los días del año y la soledad del profesional entre otros, también hay aspectos positivos que conveniría rescatar para incorporarlos al cuerpo doctrinal de esta disciplina, como es la atención integral a la familia y el trato más directo y personalizado.

A finales de los años setenta, se debate en el ámbito de la OMS una nueva estrategia para ofrecer una alternativa al modelo tradicional de asistencia sanitaria, basado en los aspectos curativos y cuyo epicentro eran la enfermedad, el hospital y el médico. Modelo que no ofrecía respuestas a las crecientes demandas y necesidades de la nueva sociedad.

Dos son las **principales aportaciones de la OMS para el cambio** y las dos son objeto de nuestro trabajo:

1. El considerar un modelo de salud basado en la **ATENCIÓN PRIMARIA**.
2. Considerar al **PERSONAL DE ENFERMERÍA** como el mayor potencial de recursos de salud al servicio del ciudadano.

Las nuevas tendencias hacia un nuevo modelo de salud se consolidaron cuando en 1978 la Conferencia de la OMS en Alma-Ata¹, publicó el documento «**Política de salud para todos en el año 2000**». Para las enfermeras supuso una oportunidad de realizar una profunda contribución a la salud y bienestar de las personas. En 1985, el Dr. **Halfdan Mahler**, Director General de la OMS, invitó a las enfermeras a mostrar el camino en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud: «Las enfermeras están preparadas para aceptar este reto. Pueden hacerlo porque la Atención Primaria de Salud del futuro tiene profundas raíces en el pasado de la enfermería»². Con esto se hace realidad un pensamiento de **Florence Nightingale** en su visión de que «*un día no habría enfermeras para los enfermos*

¹ GONZÁLEZ D., A. Teoría y práctica de la Atención Primaria en España. INSALUD 1990.

² La enfermería y los 38 objetivos regionales europeos, salud para todos. NURS/EURO 86.3 Copenhague 1986.

sino para los sanos» y su compromiso con la prevención, la promoción y la idea positiva de salud³.

1. LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MODELOS DE ACTUACIÓN Y PROBLEMAS

Según Guirao⁴, hablamos de cuidados de enfermería cuando deseamos definir los servicios que ofrecemos como profesión. Existen dos formas muy dispares de entender y practicar el cuidado enfermero:

1. Modelo biomédico:

Considera la salud como la ausencia de la enfermedad, aunque en los últimos tiempos acepta que pudieran existir factores condicionantes psicológicos y sociológicos. **Lo principal es el control de la enfermedad y la curación.**

Es un modelo obsesionado por los cuidados físicos o técnicos que están más prestigiados. Los cuidados sicosociales se brindan si se puede y se tiene tiempo pero no es obligatorio. **La figura principal es el médico y los servicios de enfermería son secundarios** y se basan en la ayuda al médico.

La formación de grado de la enfermera con predominio de personal médico, la escasa demanda y reconocimiento social de cuidados específicos de enfermería, la desidia colectiva y el miedo en la aceptación de responsabilidades propias, la escasa motivación profesional en ocasiones hace que después de una profundización teórica en las escuelas universitarias sobre los distintos modelos de los cuidados de enfermería se acabe desembocando en este modelo.

2. Modelo del cuidados enfermero:

Es un modelo en consonancia con los postulados de la OMS y enfocado al **bienestar y desarrollo de las personas y la comunidad.** La salud no es considerada patrimonio del médico sino de la propia persona.

La enfermera utiliza el método científico y los cuidados son el eje de su acción profesional. Se basa en la responsabilidad y participación de las personas en lo concerniente a su salud.

³ NIGHTINGALE, F. Notes on nursing: what it is and what it is not. New York, Dover Publications, 1969.

⁴ GUIRAO, J.A. Un cambio necesario. Bol. De Enfermería Comunitaria (II) 9: 14-15.

Los modelos y teorías de la práctica enfermera, el proceso de atención de enfermería, el diagnóstico de enfermería, la formación basada en los cuidados, la investigación sobre los cuidados enfermeros, la gestión del producto enfermero, los programas de calidad y la ocupación de un espacio propio de servicio al ciudadano y a la comunidad, en los que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad sean los pilares de la actuación enfermera en el seno del equipo multidisciplinario de salud, son sin duda los instrumentos de los que se sirve este **modelo del cuidado enfermero** y que reportarán autonomía como profesión, realización personal y profesional y eficiencia en el servicio a las personas y a la colectividad.

Pero una cosa es lo dicho y otra la práctica real. Es fácil observar como el **profesional recién terminado no encuentra la forma de llevar a la práctica lo aprendido**, como el inmovilismo de otros compañeros acaba arrastrando su entusiasmo inicial y como los gestores frecuentemente con un asentamiento político más que profesional acaban por priorizar criterios economistas y biomédicos en lugar de criterios de cuidados. Pero estas consideraciones, lejos de mermar nuestra moral colectiva para el cambio, deben señalarnos y hacernos reflexionar sobre los problemas reales que la práctica de los cuidados enfermeros tiene hoy en día y poder presentar una alternativa de futuro basada en la esencia de esos mismos cuidados.

2. PROBLEMAS EN LA CONSOLIDACIÓN DEL MODELO DE SALUD, DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

El desarrollo de la Atención Primaria, según **Sánchez, Mazarrasa y Mirelles**⁵ se enfrenta a una serie de problemas que en muchos casos son coincidentes con los derivados de la persistencia del modelo biomédico en la práctica enfermera:

a) Problemas conceptuales

Falta de comprensión de un concepto amplio de salud, de la Atención Primaria y del modelo de cuidados enfermeros.

⁵ MAZARRASA, L., GERMÁN, C., SÁNCHEZ, A., ET AL. Salud Pública y enfermería comunitaria. MacGraw - Hill Interamericana, Madrid, 1996.

b) Problemas políticos

La atención primaria se considera como **menos prestigiosa** que la especializada, la enfermera de atención primaria es considerada como la «hermana pobre» respecto a la enfermera de atención especializada y **el modelo de cuidados de enfermería es considerada una realidad distante de la rutina habitual de la práctica enfermera.**

Es más, en ámbitos políticos muchas veces se ha considerado a la atención primaria como propia de los países subdesarrollados e inaplicable en los países industrializados.

c) Problemas de actitud en los profesionales sanitarios y en la población.

Considerando la formación y práctica enfermera orientada hacia los modelos biomédicos, con mayor satisfacción emocional e intelectual ligada a los innovadores recursos técnicos y la especialización con una importante fragmentación del conocimiento. **Se rechazan los intentos de trabajar con metodología de cuidados enfermeros con excusas como «no hay tiempo» o «más burocracia»...** La promoción de la salud y prevención de la enfermedad pasan a segundo plano.

d) Problemas organizativos y de gestión

Preocupados en gran medida por la eficacia y la eficiencia y por la contención del gasto de salud. Con gran descoordinación entre los niveles de atención, que impide utilizar recursos, como el alta de enfermería, el intercambio formativo o la realización conjunta de proyectos de investigación.

El ciudadano no utiliza el sistema de salud, sino una serie de **subsistemas descoordinados con objetivos diferenciados.**

Los programas de garantía de calidad no están lo suficientemente desarrollados en el mejor de los casos.

Los gestores enfermeros carecen de la suficiente profesionalización, estando a expensas de la libre designación.

e) Problemas de formación:

«Formarse en Atención Familiar» es cambiar la forma de pensar y hacerlo en términos de familia y quien no lo haga en su formación no es probable que lo haga en su ejercicio profesional».

McWhinney

La especialidad de Enfermería en Salud Comunitaria fue establecida legalmente en 1987, no estando aún desarrollada.

En el currículo básico de la diplomatura se muestra cierta permeabilidad en el cambio hacia el modelo de cuidados de enfermería y hacia el trabajo enfermero en salud pública y atención primaria.

f) Investigación:

Según Sánchez y colaboradores⁶, de lo publicado por los profesionales de atención primaria en nuestro país, se observa un predominio de los estudios descriptivos, con poca aplicación de la metodología estadística y con frecuentes defectos en la planificación del estudio.

Las dificultades más frecuentes según Escobar y colaboradores⁷ son:

- Falta de tiempo institucionalizado
- Escasa formación metodológica
- Dificultades burocráticas
- Predominio de criterio de otras disciplinas
- Documentación y recursos bibliográficos escasos
- Falta de grupos consolidados
- Indefinición de líneas prioritarias
- Poca coordinación entre grupos
- Escaso reconocimiento curricular
- Mitificación, menosprecio de la tarea
- No se cultiva el pensamiento reflexivo crítico
- Escasa motivación
- Desconocimiento de las fuentes de financiación
- Mala organización personal del tiempo
- Poco hábito de consultar fuentes de información
- Otras.

Según los datos de la Red de Unidades de Investigación (REUNI), solo un pequeño porcentaje de ATS y DUE están vinculados a las Unidades de Investi-

⁶ Cap: Investigación en Atención Primaria, INSALUD. Madrid 1990.

⁷ ESCOBAR BRAVO ET AL. Investigación en enfermería y unidades de investigación, Rev. Rol de Enfermería nº 213, Mayo 1996.

gación, de los cuales solamente una parte realizan funciones investigadoras propiamente dichas⁸.

3. CARACTERÍSTICAS, ENTORNO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Según Ruiz-Giménez Aguilar⁹, las características generales de atención primera son:

1. Orientada a la satisfacción de necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.
2. Atención continuada y accesible a toda la población.
3. Atención integral a los problemas de salud.
4. Participación y protagonismo activo del individuo y de la comunidad en el cuidado de su salud.
5. Desarrollo de metodología de programación de salud, que aborde los problemas de salud prioritarios.
6. Trabajo en equipo e interdisciplinario.
7. Nivel primario como puerta de entrada y eje coordinador del proceso de atención del resto del sistema de salud.

4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN EXTREMADURA

Extremadura cuenta con una población de 1.061.652 habitantes¹⁰. El crecimiento vegetativo es inferior al 2 por 1.000 (debido al descenso de la natalidad). La esperanza de vida al nacer es de 76,7 años con un aumento respecto a años anteriores. La pirámide de población muestra un envejecimiento progresivo, con un peso cada vez mayor de la población mayor de 65 años. La población de jóvenes es del 20'67% ligeramente superior a la media de España.

⁸ Grupo de trabajo del Centro Coordinador REUNI para la investigación en enfermería. Investigación clínica de enfermería en la Red de Unidades de Investigación. Enfermería Clínica 1997. vol. 7 nº 1.

⁹ RUIZ-GIMÉNEZ, J.L. Y URIARTE RODRÍGUEZ A., Organización del equipo de atención primaria, INSALUD, Madrid 1990.

¹⁰ I.N.E. Censo de 1991.

Las causas de mortalidad son las siguientes:

1. Enfermedades del aparato circulatorio.
2. Tumores.
3. Enfermedades del aparato digestivo.
4. Enfermedades endocrinas
5. Causas externas.

Satisfacción de los usuarios:

El 35% de la población opina que la sanidad es el área de mayor interés, seguida de pensiones y educación¹¹.

En puntuación de 1 a 7 la atención primaria en Extremadura obtendría 5'51 frente al 5'23 del resto de España, superior también a la puntuación de atención especializada.

Áreas de intervención:

Se han agrupado y priorizado las siguientes según el Diagnóstico de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura¹²:

1. Enfermedades cardiovasculares.
2. Cánceres.
3. Enfermedades respiratorias.
4. Envejecimiento y problemas asociados.
5. Tuberculosis.
6. Enfermedades digestivas.
7. Accidentes.
8. Infección VIH.
9. Zoonosis.
10. Enfermedades vacunables.
11. Enfermedades congénitas.
12. Diabetes mellitus.
13. Discapacidades.
14. Salud bucodental.
15. Enfermedades de transmisión sexual.

¹¹ Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad.

¹² Plan de Salud de Extremadura 1997-2000. Documento de Debate. Junta de Extremadura, Mérida 1997.

5. BASE LEGAL Y PRINCIPIOS ÉTICOS

Base legal:

1. Constitución Española de 1978. Derecho a la protección de la salud.
2. Ley General de sanidad, 14/1986, de 25 de Abril.
3. Real Decreto 137/84 de 11 de Enero. Sobre Estructuras Básicas de Salud.
4. Órdenes Ministeriales del Ministerio de Sanidad y Consumo que desarrollan los puntos anteriores.
5. Circular 5/90 del INSALUD sobre organización de las actividades del personal de enfermería de los equipos de atención primaria.
6. Decreto 67/1996, de 21 de Mayo, de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura, por el que se regula la organización y funcionamiento de los equipos de atención primaria.
7. Estatuto de personal sanitario no facultativo. Orden de 20 de Abril de 1973 del Ministerio de Trabajo. Modificado por Orden de 14 de Junio de 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo: *«Las enfermeras/os de Atención Primaria prestarán con carácter regular sus servicios a la población en derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario,... centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo actuando fundamentalmente en la comunidad...»*
8. Real Decreto 992/87, de 3 de Julio, por el que se regula el título de enfermero especialista. Orden de 24 de Junio de 1988 (BOE nº 155, de 30 de Junio de 1988) por la que se crea la especialidad de Salud Comunitaria.

Principios éticos fundamentales:

- **Código Deontológico de la Enfermería Española.** Resolución nº 32/89 de 14 de Julio del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería¹³.

Muestra la reglamentación ética, relacionando tres grandes ámbitos de obligaciones del profesional:

¹³ Código Deontológico de la Enfermería Española.

1. La enfermería y el ser humano.
2. La enfermería y la sociedad.
3. La enfermería y el ejercicio profesional.

En el capítulo V del Código se hace referencia a la **promoción de la salud y bienestar social** y en el cap. XI, se indica la necesidad de la enfermera de su puesta al día mediante la **formación continuada**, que debe asumir la responsabilidad de la educación en enfermería a todos los niveles y la necesidad de la **investigación** para mejorar los cuidados.

6. CONCLUSIONES

Nos encontramos unos servicios de Atención Primaria, con una base legal y normativa bien definida, unas características propias y determinadas que muestran el camino, con recursos suficientes en los que prestan sus servicios dentro del equipo interdisciplinario las enfermeras.

La práctica profesional de las enfermeras, sustentada en una base ética reconocida muestra la **coexistencia de dos modelos de atención**: uno paramédico centrado en la curación y otro basado en los cuidados de enfermería, con una evolución profesional con relación a las distintas fases de reforma en atención primaria, en la que según Corrales Nevado¹⁴, **«las propias enfermeras piensan que la indefinición del rol de enfermería es la causa de no obtener mayores logros en el desarrollo profesional autónomo»**. Existió una primera fase de impulso y un elevado discurso teórico sustentado en la Conferencia de Alma Ata y la normativa inicial, donde las enfermeras lograron gran protagonismo, no llegando por diversas causas a consolidar su rol en atención primaria.

Según Úbeda¹⁵, **«existe una discrepancia importante entre las actividades de las enfermeras que trabajan en atención primaria de salud que podrían realizar y las que realmente desarrollan»**. La escasa atención a la familia en el domicilio y las pocas actividades con grupos en la comunidad, la excesiva dependencia de la enfermera de los pacientes crónicos motivada por la

¹⁴ CORRALES NEVADO, D., Organización, funciones y eficiencia de enfermería. Rol de Enfermería, nº 244, Diciembre de 1990.

¹⁵ ÚBEDA BONET, I. ET AL. Enfermería de Atención Primaria: un análisis crítico. Enfermería Clínica, Vol. 9, nº 5, 1998.

búsqueda de un espacio propio en el quehacer profesional y la consiguiente disminución del tiempo para los pacientes sanos, los problemas de organización, de gestión economista y politizada y poco profesional, la deficiente aportación propia de la enfermera a los sistemas de información y registro, el escaso peso específico y desorientación en los objetivos respecto a la formación continuada, la escasa labor investigadora de las enfermeras, las promesas incumplidas por la administración respecto al desarrollo de las especialidades y en concreto la de la enfermería comunitaria, a las licenciaturas y doctorado de enfermería, a la carrera profesional, al estatuto marco, etc..., comienza a ser **motivo de cansancio y desencanto de las propias enfermeras**, a la vez que comienzan a alzarse voces críticas por parte de determinados colectivos y gestores del sistema¹⁶, que enfatizan el desaprovechamiento del potencial de las enfermeras y comienzan a dar argumentos que justifican la disminución de su número.

7. RETOS PARA EL FUTURO

En la sociedad actual, con sus características, problemas y necesidades, cabe preguntarse: **¿Qué papel juegan las enfermeras en beneficio de la salud?, ¿Qué producto ofertan que les diferencia de otros profesionales de la salud?, ¿Pueden las enfermeras desarrollarse profesionalmente?**

A tenor de lo dicho, la respuesta vendrá dada en la medida que de forma individual y colectiva seamos capaces de **asumir nuevos retos**, que hagan de la enfermera de atención primaria un **referente de servicios** que solo puedan ser ofertados por ella, servicios específicos de esta profesión y que además contribuyan a mejorar los niveles de salud de los ciudadanos y la comunidad, dando respuestas concretas a sus necesidades y demandas. Dicho de otro modo, **profundizar en la obtención de un producto de calidad: los cuidados enfermeros.**

Varios han sido los autores que han formulado propuestas en este sentido, nosotros sintetizaremos en cuatro apartados, las que a nuestro juicio son las más relevantes:

1. El reto de la asistencia basada en los cuidados.

- Con la utilización del **Proceso de Atención de Enfermería, diagnósti-**

¹⁶ ÚBEDA BONET, I. ET AL. Enfermería de Atención Primaria: un análisis crítico. Enfermería Clínica, Vol. 9, nº 5, 1998.

cos y clasificaciones, que favorecerá el desarrollo formativo e investigador.

- **Atención a la familia y comunidad**, prestando atención a las nuevas necesidades, como la atención domiciliaria de ancianos...
 - Liderazgo de la enfermera en la **promoción de la salud**.
 - Desarrollo de **programas de garantía de la calidad** del producto enfermero.
 - **Cartera de servicios** de enfermería específica.
2. **La correcta administración de los servicios de enfermería.**
- Con la **profesionalización de los cuadros directivos** y despolitización de la gestión.
 - **Coordinación entre los niveles** de atención: gerencia única del área de salud, con sitio efectivo de las enfermeras en esa gerencia.
 - **Mejoras organizativas** negociadas y consensuadas.
 - Incentivación del desarrollo del modelo de cuidados enfermeros.
 - Desarrollo de la **carrera profesional** de enfermería, de acuerdo con el compromiso de la Administración.
 - Participación de las enfermeras en la **planificación sanitaria** y los servicios del equipo.
 - Desarrollo del **estatuto marco** de acuerdo con el compromiso de la Administración.
3. **Desarrollo de la formación.**
- La enfermera debe asumir la **responsabilidad de la formación de grado de enfermería**.
 - Deben desarrollarse programas de **formación continuada** de acuerdo a las necesidades formativas y para mejorar la calidad del producto enfermero.
 - Desarrollo efectivo al igual que los médicos de familia de la **especialidad de enfermería comunitaria**.
 - Debe exigirse a la Administración su compromiso con las enfermeras referente a la **licenciatura de enfermería**.
4. **Compromiso con la investigación.**
- Desarrollo efectivo de las **unidades de investigación** con participación real de las enfermeras.
 - **Incentivación de la investigación**.

8. BIBLIOGRAFÍA

GONZÁLEZ D., A. Teoría y práctica de la Atención Primaria en España. INSALUD 1990.

La enfermería y los 38 objetivos regionales europeos, salud para todos. NURS/EURO 86.3 Copenhague 1986.

NIGHTINGALE, F. Notes on nursing: what it is and what it is not. New York, Dover Publications, 1969.

GUIRAO, J.A. Un cambio necesario. Bol. De Enfermería Comunitaria (II)9: 14-15.

MAZARRASA, L., GERMÁN, C., SÁNCHEZ, A., ET AL. Salud Pública y enfermería comunitaria. MacGraw - Hill Interamericana, Madrid, 1996.

Cap: Investigación en Atención Primaria, INSALUD. Madrid 1990.

ESCOBAR BRAVO ET AL. Investigación en enfermería y unidades de investigación, Rev. Rol de Enfermería nº 213, Mayo 1996.

Grupo de trabajo del Centro Coordinador REUNI para la investigación en enfermería. Investigación clínica de enfermería en la Red de Unidades de Investigación. Enfermería Clínica 1997. vol. 7 nº 1.

RUIZ-GIMÉNEZ, J.L. Y URIARTE RODRÍGUEZ A., Organización del equipo de atención primaria, INSALUD, Madrid 1990.

I.N.E. Censo de 1991.

Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad.

Plan de Salud de Extremadura 1997-2000. Documento de Debate. Junta de Extremadura, Mérida 1997.

Código Deontológico de la Enfermería Española.

CORRALES NEVADO, D., Organización, funciones y eficiencia de enfermería. Rol de Enfermería, n° 244, Diciembre de 1990.

ÚBEDA BONET, I. ET AL. Enfermería de Atención Primaria: un análisis crítico. Enfermería Clínica, Vol. 9, n° 5, 1998.

ÚBEDA BONET, I. ET AL. Enfermería de Atención Primaria: un análisis crítico. Enfermería Clínica, Vol. 9, n° 5, 1998.