

Recibido: 24/02/2020

Aceptado: 12/04/2020

LIDERAZGO DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO. LA ATENCIÓN EN EL HOGAR DE LOS PACIENTES.

ESMERALDA TORRALBA MOLINA

Enfermera. Centro de Salud María Auxiliadora. Madrid.

esmeraldatorralba@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Enfermera Familiar y Comunitaria, Atención Primaria de salud, autocuidado, atención en el hogar.

RESUMEN

Los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas, y el aumento de la dependencia, hacen que los sistemas sanitarios tengan que adaptarse a las nuevas circunstancias.

Son muchas las dificultades que afrontar, la falta de recursos y las barreras externas a superar, que pueden salvarse con políticas sanitarias que orienten el foco de atención al cuidado, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud. Para ello se requiere un cambio valiente que ponga a la Atención Primaria como la base del sistema sanitario público y a las enfermeras como líderes de los Equipos de Atención Primaria.

La Enfermera Familiar y Comunitaria es el profesional con las competencias adecuadas para promocionar el autocuidado, al que todas las estrategias institucionales otorgan el papel principal en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas complejas, y es el líder en la atención en el hogar a las personas vulnerables, con necesidad de cuidados en su entorno. Prevenir el paso de la autonomía a la fragilidad, discapacidad y dependencia es el objetivo que puede hacer que las personas vivan de forma independiente en sus domicilios con el apoyo de las enfermeras.

KEYWORDS

Nurse Practitioner, primary care health service, self-care, home care.

ABSTRACT

Demographic changes, the aging of the population, the prevalence of chronic diseases, and the increase in dependency levels make health systems have to adapt to new circumstances.

There are many difficulties to face, the lack of resources and external barriers to overcome, which can be broken with health policies that guide the focus to care, disease prevention and health promotion. This requires a courageous change that places Primary Care as the basis of the public health system and nurses as leaders of the Primary Care Teams.

The Family Nurse Practitioner is the professional with proper skills to empowering patients to maintain health through self-care. All institutional strategies give Family Nurse Practitioner the main role in the care of patients with complex chronic illness, and is the leader in home care for vulnerable people in the environment they are living. Preventing the transition from autonomy to frailty, disability and dependence is the goal that can make people live independently in their homes with the support of nurses.

1. INTRODUCCIÓN.

Este artículo pretende mostrar la realidad de la Enfermera Familiar y Comunitaria (EFyC) dentro de la Atención Primaria (AP) en España y su importancia en el ámbito de la salud. Se realiza una revisión bibliográfica basada principalmente en contenidos de los documentos de las instituciones sanitarias más relevantes en el ámbito sanitario actual, y planteado desde una perspectiva “EMIC” (Corona y Maldonado, 2018), desde la mirada propia de una enfermera.

Asistimos en la actualidad a una creciente importancia social de la salud. Cada año aumenta en número la población española, debido en gran medida al aumento de la esperanza de vida. Esta situación lleva consigo una mayor diversidad poblacional conformando un mapa muy heterogéneo en todos los aspectos de la vida, pero en especial en el de la salud. De ahí la necesidad de una mayor especialización en todos los ámbitos de la salud, y por tanto también de la enfermería.

Las políticas sanitarias actuales recogen en múltiples documentos y estrategias un papel creciente de la Enfermera Familiar y Comunitaria en el cuidado de la salud de la población, asignándole nuevos roles en función de sus competencias, y el liderazgo en el fomento del autocuidado, la gestión de casos, y la atención de los pacientes en su hogar (Mármol et al., 2018). Todo ello podemos encontrarlo en documentos guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Ministerio de Sanidad, y de las diversas Comunidades Autónomas de todo el país.

En estos momentos nos encontramos con problemas como la carencia de profesionales y la necesidad de emprender una reforma real y completa de la Atención Primaria, que pueden utilizarse como la oportunidad, si se gestiona de forma adecuada, firme y decidida, para el desarrollo de más roles y competencias para la EFyC; y darle definitivamente el lugar que debe ocupar dentro del sistema sanitario público. Así se lograría el tan necesario aumento del número de enfermeras, sabida cuenta de su alto nivel formativo, su coste-efectividad, y de la adecuación de sus intervenciones a las necesidades reales del paciente en AP.

Es necesario cambiar el foco de curar a cuidar, de las intervenciones puntuales a la continuidad de cuidados, del paternalismo a la atención centrada en el paciente y familia, de la atención reduccionista del paciente desde lo biológico a una atención que abarque todas las dimensiones fundamentales de la persona (lo bio-psico-socio-espiritual), y de la atención medicalizada a una atención donde se permita al paciente tener mayor responsabilidad sobre su salud y autocuidado. Todo este cambio exige un replanteamiento de la AP en el que se prioricen intervenciones como la promoción de los estilos de vida saludable y la prevención de la enfermedad, la atención en el hogar de los pacientes que lo requieran, sus familias y personas que les cuidan, el respeto a la autonomía en sus decisiones, la atención a la

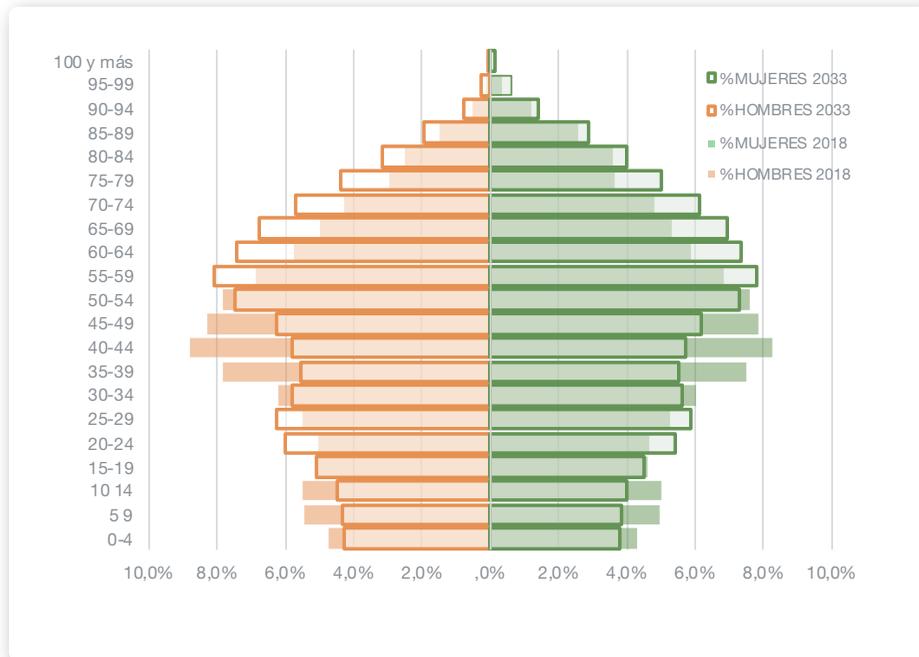
soledad, la prevención de la pérdida de la capacidad funcional y la dependencia, la gestión de casos, y la atención a los pacientes con necesidad de cuidados paliativos y los cuidados al final de la vida. Todas estas intervenciones deben vertebrar las actividades prioritarias de los equipos de AP, y no pasa desapercibido que en su mayoría todas ellas coinciden plenamente con intervenciones y actividades propias de la EFyC, que no solo es el profesional sanitario más preparado en cuanto a sus competencias formativas y asistenciales para proporcionar estos cuidados, sino también el más experimentado en atender estas necesidades desde que se fundó la AP, y puede dar respuestas eficientes y coste-efectivas (Miguélez-Chamorro y Ferrer-Arnedo, 2014).

Todos estos cambios, las nuevas líneas estratégicas, el aumento de competencias y roles de las EFyC, requieren sobre todo dotación de recursos humanos (mejorar los ratios enfermera/paciente) y recursos materiales para la gestión de casos (TIC, recursos y posibilidad para gestionarlos, comunicación con servicios hospitalarios, servicios sociales, y otros recursos comunitarios), y todos ellos deben ser ajustados a las necesidades reales de la población, de lo contrario no habrá mejoras sustanciales en la atención. En resumen, se requiere una re-evolución de la AP liderada por enfermeras.

2. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA EN ESPAÑA.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) presenta datos sobre el envejecimiento demográfico y en 2018 hace una proyección de población hasta 2033 en España. El porcentaje de población de 65 años y más, que en 2018 se situaba en el 19,2% del total de la población, pasaría a ser del 25,2% en 2033. De mantenerse las tendencias actuales, la tasa de dependencia se elevaría desde el 54,2% actual hasta el 62,4% en 2033, la población centenaria pasaría de 11.248 personas a 46.366, y la esperanza de vida al nacer alcanzaría los 82'9 años en los hombres y 87'7 en las mujeres. (Fig. 1) (INE, 2018, p.4-9).

Figura1. Pirámides de población de España (años 2018 y 2033).



Fuente: INE, 2018.

Con estos datos no pasa desapercibido que el papel de las enfermeras en los cuidados a la población infantil se reducirá, mientras que a personas cada vez más longevas y más dependientes irá creciendo y tomando más relevancia a lo largo de los años. Y el lugar donde mayoritariamente encontramos a estas personas es en su comunidad, muchos de ellos con dificultades para acceder a la atención sanitaria, siendo en este caso cuando el papel de la EFyC se traslada prioritariamente al ámbito del hogar de cada persona. A pesar de la existencia de centros sociosanitarios, es en sus domicilios donde en su mayor parte habitan estas personas frágiles, con discapacidad y dependencia, y es en sus hogares donde más relevancia adquieren los cuidados de enfermería (SEMAP, 2019).

3. CAMBIOS EN LAS FORMAS DE ENFERMAR.

Según datos de la OMS, las enfermedades crónicas eran la causa del 63% de las muertes a nivel mundial en 2005, con un incesante aumento. Los datos para el 2018 se estimaron en 71%, y desencadenaban ya más del 75% del gasto sanitario público (OMS, 2013, p.3).

“La mayoría de las muertes prematuras son prevenibles si los sistemas de salud responden de forma más efectiva y equitativa a las necesidades de cuidados de la salud de la personas con Enfermedades No Transmisibles (ENT), y si influyen en políticas públicas en sectores ajenos a la salud que tienen influencia sobre factores de riesgo como uso de tabaco, dieta no saludable, inactividad física y uso del alcohol” (OMS, 2013, p.3).

Es necesaria la combinación de intervenciones políticas a nivel poblacional e intervenciones individuales. Es fundamental invertir en una mejor gestión de las ENT, que incluya su detección, cribado y tratamiento, así como el acceso a los cuidados paliativos. Las intervenciones esenciales de gran impacto contra las ENT pueden llevarse a cabo en la AP para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo. Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros posteriormente (Fig.2) (OMS, 2013, p.5).

Figura 2. Objetivos de las políticas sanitarias y de las intervenciones individuales.



Fuente: OMS, 2013.

“Las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.20-21).

La Atención Primaria de Salud es el nivel de atención del Sistema Sanitario donde, en mayor medida, se educa a la población en hábitos saludables. Al ser prioritaria la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, son las EFyC las que deberían tener un papel principal en el cuidado de las personas sanas. Si además, en las consultas de AP se atiende un gran número de personas con enfermedades crónicas, las enfermeras son los profesionales que tienen que ocupar un papel principal en los equipos multidisciplinares en la atención a las necesidades de personas enfermas, con deterioro funcional, en la prevención de complicaciones en la cronicidad y en el soporte al final de la vida, especialmente si desean vivir hasta el final de su trayecto vital en sus hogares.

4. POLITICAS SANITARIAS. ADECUACIÓN A LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS, FORMAS DE ENFERMAR Y NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.

Teniendo en cuenta los cambios sociodemográficos y las nuevas formas de enfermar, podemos darnos cuenta de que el control de las ENT son un reto establecido desde hace tiempo para los sistemas sanitarios de todo el Norte Global, y está empezando a serlo también en los países del Sur Global. Esto convierte la atención a las personas con patologías crónicas en una prioridad para todos los sistemas sanitarios a nivel mundial.

Sin embargo, en una visión a corto plazo, podemos decir que, en general, la organización de los sistemas sanitarios no se está adaptando a los cambios reales ya establecidos, y todavía menos a los que están por llegar, que podemos predecir por la evolución sociodemográfica y de las formas de enfermar de las últimas décadas. En la actualidad están plenamente establecidos los modelos curativos que pueden medir resultados a corto plazo en números, pero que carecen de enfoques preventivos, que obtendrían resultados en salud a largo plazo, muchos de ellos más difíciles de cuantificar.

Aunque la OMS, el Ministerio de Sanidad en España, las organizaciones sanitarias de las Comunidades Autónomas (CCAA), etc., establecen sobre el papel y en multitud de documentos las líneas estratégicas que conllevarían como resultado mejorar la adecuación entre las necesidades de salud y el control de la cronicidad en la población, no se hacen reformas de calado para proveer de contenido y recursos adecuados a la Atención Primaria que apunten en esa dirección (Mármol et al., 2018). Existe un absoluto desfase entre la teoría y la práctica, entre los documentos y la realidad, entre los objetivos y los resultados, entre la gestión de las actividades preventivas frente a los tratamientos, y entre la dotación de recursos de la Atención Hospitalaria (AH) y la Atención Primaria. Aparentemente no se ha tomado conciencia del verdadero problema, o de momento no se ha podido corregir. Si así fuera, desde las organizaciones sanitarias se proporcionarían las condiciones adecuadas para que la AP fuera el soporte del sistema sanitario, y estaría en su base sustentado y apoyado por las EFyC que trabajan con toda la población, sana y enferma, en la comunidad, en contacto real con las peculiaridades de cada barrio, teniendo en cuenta los determinantes sociales que influyen en cada contexto concreto en las necesidades de salud.

La OMS, por ejemplo, describe cambios para adecuar los sistemas sanitarios a las necesidades de la población, y es posible encontrar en todos ellos un papel esencial y destacado que la EFyC puede y debe permitírsele desarrollar (Fig.3) (OMS, 2008, p.XVii).

Figura 3. Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos.



Fuente: OMS, 2008.

Otro ejemplo de líneas estratégicas para el cambio, lo elaboró el Ministerio de Sanidad para su desarrollo en las CCAA. El documento deja clara la necesidad de cambios estructurales y resume todas las ideas importantes diciendo textualmente que “La provisión de servicios ha de estar orientada a garantizar la atención de las necesidades de pacientes y personas cuidadoras de forma integral, equitativa, continuada, segura y eficiente, haciendo hincapié en la prevención de las complicaciones, en la prevención del deterioro funcional, la dependencia, y en la mejora del autocuidado y la calidad de vida de las personas con condiciones crónicas de salud y de las personas de su entorno” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.52).

La forma de trabajo debe situar al paciente y comunidad en el centro de la atención, de forma personalizada y adaptada a las situaciones concretas y complejas, “Resulta necesario promover la realización sistematizada de planes individualizados de atención, como resultado de la valoración integral de las necesidades” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.53).

Podemos decir que hay necesidad de generar cambios en la forma de intervenir con las personas que padecen enfermedades crónicas. “La atención sociosanitaria de la cronicidad requiere un enfoque centrado en la persona, y no en enfermedades. Los modelos deben dar el salto del enfoque segmentado por patologías, a la visión holística e integral, teniendo en cuenta la situación social, psicoafectiva, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto familiar, y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera. Se requiere, por tanto, un cambio de paradigma” (SEMAP, 2013, p.3).

5. LA ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO, Y LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

El propio Ministerio de Sanidad, en su informe Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012), describe con palabras bien escogidas qué es la Atención Primaria, para dar una visión de la importancia de su misión y de la de los profesionales que en ella trabajan, para ello explicita de forma literal:

“La AP es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos. Los profesionales de AP tienen un perfil definido con un campo asistencial específico que se extiende desde el individuo a la familia y la comunidad. El objeto de conocimiento se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrada en el entorno familiar y social. La continuidad en la atención a la salud lleva a estos profesionales a preocuparse por sus pacientes antes de que lleguen a serlo, realizando actividades preventivas, y a permanecer a su lado cuando la medicina curativa ha agotado sus recursos proporcionando cuidados paliativos. Todos los componentes de los equipos de AP deben asumir unos objetivos comunes y establecer entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los diferentes profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.14).

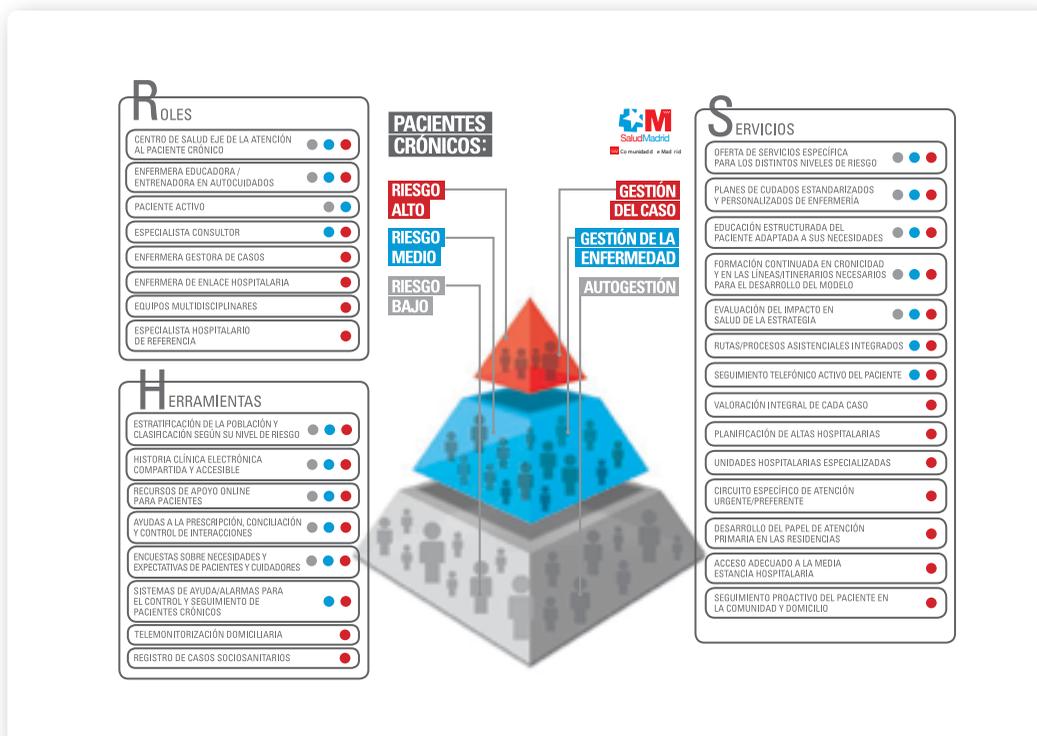
En el mismo documento, el Ministerio de Sanidad hace unas consideraciones generales, básicas y mínimas sobre la AP, y da directrices claras a seguir a las comunidades que gestionan la sanidad sobre la importancia del papel de las EFyC, y la atención en el domicilio como el lugar ideal donde ofrecer cuidados a los pacientes:

“El papel de la enfermería en el apoyo a los autocuidados y en el acompañamiento en el proceso de empoderamiento de las personas es incuestionable, sobre todo por su perfil clínico y de educadores con funciones de preparación y entrenamiento del paciente y las personas cuidadoras. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria han de

coordinar los procesos de atención de las personas que precisan Atención Domiciliaria, es decir, aquellas personas que no pueden acudir a un centro sanitario en demanda de servicios por razones de enfermedad, discapacidad física o psíquica, transitoria o permanente, así como por condicionantes sociofamiliares. El domicilio es el mejor lugar donde este grupo de pacientes puede mantener el control de su cuidado y la permanencia en su entorno mejora su bienestar y calidad de vida. En estos enfermos es importante evitar las hospitalizaciones inadecuadas y los desplazamientos innecesarios a consultas de seguimiento o a servicios de urgencias, salvo en los casos de descompensaciones graves, especialmente en el caso de los pacientes en situación de final de vida” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.14).

El desarrollo de la estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) da lugar en la Comunidad de Madrid (CAM) a la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas. Utiliza la pirámide de Kaiser y en base a ella estratifica la población en diferentes niveles de riesgo según la complejidad de sus procesos de salud-enfermedad. A partir de ahí los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta las necesidades detectadas, tras una valoración integral y centrada en el paciente, asignan un Nivel de Intervención. En cada uno de ellos se llevan a cabo intervenciones dirigidas al autocuidado, la gestión de la enfermedad, o la gestión del caso según sean las necesidades detectadas (Fig.4)

Figura 4. Modelo de atención a pacientes con patologías crónicas en la Comunidad de Madrid.



Fuente: Consejería de Sanidad, 2013, p.93.

La mayor parte de la población se sitúa por debajo de la base de la pirámide, y requiere intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El abordaje que realiza la EFyC a través de la Educación Para la Salud (EPS) tiene como objetivo fomentar el autocuidado en la población.

En la base de la pirámide (nivel de riesgo bajo), se encuentran los pacientes con patología crónica en estadios incipientes, y el objetivo de la EFyC es ralentizar el avance de la enfermedad, y para ello es necesario, además de la EPS, capacitar al paciente para que pueda autogestionar su enfermedad, controlando los factores de riesgo modificables.

En caso de existir un riesgo medio, además de la EPS y fomento de estilos de vida saludables, la EFyC trabaja aspectos como el acompañamiento y el apoyo en el autocuidado de su enfermedad, el objetivo es evitar su progresión, detectar síntomas de alarma sobre los que actuar autogestionando su enfermedad, y ofrecer recursos para la toma de decisiones autónoma, combinado con otros cuidados de enfermería.

Cuando existe un riesgo alto (lo que representa aproximadamente entre el 3-5% de la población), caracterizado por la alta complejidad, comorbilidad, y discapacidad o dependencia, el paciente requiere un nivel de intervención alto, y es en esta situación cuando la EFyC proporciona cuidados de práctica avanzada para dar respuesta a problemas de gran complejidad. Muchos de estos cuidados de enfermería se proporcionan en los hogares de estas personas.

Tengamos en cuenta que esta línea estratégica desarrollada en cada Comunidad Autónoma, derivada de la estrategia nacional de abordaje de la cronicidad, se aplica en el sistema sanitario público y no tiene desarrollo en el privado, al igual que la promoción y prevención, que es una competencia de la EFyC de Atención Primaria del sistema público de salud.

Posterior a la presentación en 2014 de esta estrategia, en los informes de evaluación de la estrategia del abordaje de la cronicidad en el SNS, podemos ver como ejemplo, que la Comunidad de Madrid en su desarrollo y aplicación prioriza 30 elementos clave. En todos los roles y en la mayoría de servicios, el profesional con más peso en la toma de decisiones y quien realiza más intervenciones específicas y propias de su disciplina en el seguimiento del paciente crónico complejo es la EFyC (Fig.5).

Figura 5. Informe de evaluación de la Estrategia de la Cronicidad en la Comunidad de Madrid.

Madrid (Comunidad Autónoma)	
1. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid	
Fecha inicio: 2014	Fecha evaluación: 2016: se han realizado informes de seguimiento. No se ha realizado la evaluación final
<p>Líneas principales: Recoge la definición del modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Se priorizaron las patologías crónicas con mayor impacto en la región, se estableció el itinerario del paciente crónico así como se identificaron los elementos necesarios para atenderle a lo largo de su paso por el SERMAS en base a la estratificación de la población y con intervenciones adaptadas al nivel de riesgo. Se priorizaron 30 elementos clave para desarrollar el itinerario del paciente a aplicar en función del nivel de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 roles: Centro de salud, eje de la atención al paciente crónico; enfermera educadora/entrenadora en autocuidados; paciente activo; especialista consultor; enfermera gestora de casos (AP); enfermera de enlace/continuidad asistencial; equipos multidisciplinares y especialista hospitalario de referencia. • 14 servicios: Oferta de servicios de AP específica para los niveles de riesgo; planes de cuidados estandarizados y personalizados de enfermería; educación estructurada del paciente adaptada a sus necesidades; formación continuada en cronicidad y en las líneas/itinerarios necesarios para el desarrollo del modelo a profesionales; evaluación del impacto en salud de la estrategia; rutas/procesos asistenciales integrados; seguimiento telefónico activo del paciente; valoración integral del caso; planificación de altas hospitalarias; unidades hospitalarias especializadas; circuitos específicos de atención urgente/preferente; desarrollo del papel de AP en las residencias; acceso adecuado a la media estancia hospitalaria; seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y domicilio. • 8 herramientas: estratificación de la población; Historia clínica electrónica compartida y accesible; recursos de apoyo online para pacientes; ayudas a prescripción, conciliación y control de interacciones; encuesta necesidades y expectativas de pacientes y cuidadores; sistema de ayuda/alarmas para control y seguimiento de paciente crónico; telemonitorización domiciliaria y registro de casos sociosanitarios. <p>El desarrollo de estos elementos se articula en 9 líneas de ejecución:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. 2. Desarrollo de roles profesionales. 3. Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo. 4. Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados: Orientados como rutas asistenciales para las patologías prioritizadas, definiendo las entradas y salidas, aspectos clave, flujogramas e indicadores. Se han desarrollado el Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo, el Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC y el Proceso asistencial integrado del paciente con insuficiencia cardiaca crónica. 5. Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales que persiguen en primer lugar la HCE compartida y accesible y el desarrollo de proyectos como la e-consulta o la receta electrónica. 	

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2019, p.88.

Resulta del todo incoherente que a pesar de los nuevos roles, intervenciones, y carga de trabajo que asume la EFyC, los datos sigan mostrando que *“En España, en 2015, el número de enfermeras por 1000 habitantes era de 5’3, por debajo del promedio de la Unión Europea que se sitúa en 8’4. Había 1’4 enfermeras por médico, mientras que el dato para la Unión Europea era 2’5. En el caso de la AP, donde la enfermera tiene un papel mayor en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y cuidar de los pacientes crónicos y en domicilio el ratio es todavía peor, se sitúa en 0’85 en 2016. (...) La crisis económica ha tenido un impacto relevante en la emigración de enfermeras, entre 2014-2015 más de 2000 enfermeras entrenadas se fueron a trabajar a UK. Según el Consejo General de Enfermería (CGE) 40000 se jubilarán en 10 años”* (Busse & Zander-jentsch, 2019, p.136-137).

Por su parte, *“La red asistencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con un total de 143.995 médicos y 175.594 enfermeras, siendo éste el colectivo más numeroso, con una razón enfermera/médico de 1,2. Los hospitales emplean un mayor número de profesionales 80.714 médicos y 141.132 enfermeras. La atención primaria cuenta con 35.486 médicos y 29.662 enfermeras. Hay 0’7 médicos por cada 1000 personas asignadas en AP y 0’5 enfermeras”*. (Sanidad & Social, 2018, p.22-23).

Según reflejan todas estas fuentes, en tan solo 3 años, ha habido un descenso considerable en todos los ratios que tienen que ver con las enfermeras, tanto los relacionados con la proporción enfermera/médico, como enfermera/población asignada. Este descenso supone un mayor número de pacientes por enfermera, y por tanto una reducción del tiempo de atención por paciente.

La lógica diría que con la diversidad de nuevos roles y el aumento de complejidad de las intervenciones, las nuevas acciones deberían ir dirigidas a dotar de más enfermeras los centros de salud, pero muy al contrario han aumentado el número de médicos. La Comunidad de Madrid destina a la AP menos que el promedio del resto de comunidades y es de las últimas comunidades en el ratio médicos AP/1000 pacientes asignados y todavía más bajo, siendo la última comunidad de la península, en el ratio enfermeras AP/1000. En la CAM trabajan 3.555 enfermeras y 204 matronas. Sin embargo trabajan 3.897 Médicos de Familia (MF) y 928 pediatras (Consejería Sanidad Madrid, 2019, p.63).

6. ENFERMERA FAMILIAR COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA BREVE CRONOLOGÍA.

En 1977 aparecen las escuelas universitarias de enfermería y desaparecen las escuelas de Ayudantes Técnico Sanitarios (ATS). La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud, celebrada en Alma-Ata en 1978, con el lema “*salud para todos en el año 2000*”, urge a promover y proteger la salud de todos los pueblos del mundo. En el punto VI de su declaración reconoce la AP como “*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. La AP forma parte del SNS, del que constituye la función central y el núcleo principal, representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el SNS, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas*”.

El RD137/1984 de estructuras básicas de salud describe elementos de la AP como las zonas básicas de salud, los centros de salud, y los Equipos de Atención Primaria (EAP). Y la Ley General de Sanidad de 1986 consolida la reforma de la sanidad, reconociendo como prioridad del Sistema Sanitario la promoción y prevención.

Con el RD 992/1987 se regula la obtención del título de Enfermería de salud Comunitaria. Con el RD 450/2005 de 22 de abril queda establecida la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, y en junio de 2010 se aprueba su programa formativo. “*El objetivo era crear una especialidad en Atención Primaria que potenciara el autocuidado, una vida saludable, que promocionara la salud y la atención a la familia y a la comunidad, de modo global y holístico, atendiendo a todos los aspectos de la salud, no solo los individuales, sino también los colectivos y sociales*” (Busse & Zander-jentsch, 2019, p.135).

En la actualidad existen dos vías para el acceso a la especialidad: vía EIR, y vía excepcional, de la que sigue pendiente la realización de la prueba de la competencia desde 2010. Por lo anterior, la mayor parte de las EFyC estamos en la actualidad esperando la posibilidad de obtener el título oficial como especialistas, y la mayoría de las EFyC con título oficial no trabajan en AP por no haberse creado puestos específicos para esta especialidad que les den preferencia para desarrollar sus competencias en el ámbito para el que se han formado durante 2 años como Enfermeras Internas Residentes (EIR). Todo esto tiene como consecuencia una falta de reconocimiento de las competencias propias de la especialidad de las EFyC, al igual que se reconoce a los Médicos de Familia cuando finalizan su formación MIR.

Según indicadores recogidos en las memorias anuales de actividad de la Gerencia de AP, el 55% de la población conoce a su enfermera de AP. Las encuestas de satisfacción muestran que las enfermeras son los profesionales mejor valorados y por los que los ciudadanos más ejercen el derecho a la libre elección (Consejería Sanidad Madrid, 2019, p.12-13). Todo ello denota que las enfermeras son valoradas por la población que las conoce, y aunque la visibilidad social en general todavía es escasa y no toda la población conoce lo que su EFyC puede ofrecerle para mejorar su salud, las personas que han sido tratadas en algún momento por su enfermera valoran su trabajo, saben quién es, qué hace, dónde y cómo encontrarla, así como lo que pueden aportarles en función de sus necesidades. Además el porcentaje de pacientes que conocen a su enfermera y el trabajo que realiza son precisamente los que más necesitan de sus cuidados, mientras que el resto de la población que requiere niveles de intervención bajos, con gran capacidad de autocuidado son los que menos las conocen.

FORTALEZAS DE LAS EFyC.

Las enfermeras tenemos unas ventajas naturales propias de la disciplina, tenemos unas capacidades distintas relacionadas con saber cuidar en todos los aspectos de la persona que podamos imaginar, y también tenemos unos recursos superiores que otros colectivos para apoyar a los pacientes en sus tomas de decisiones, que tienen que ver sobre todo con las habilidades comunicativas, la capacidad de escucha, la empatía, la creatividad en la solución de problemas, y la atención a la parte más psico-socio-espiritual que es más difícil de abordar.

Tanto por nuestra formación, como por basar todas nuestras intervenciones en el soporte, apoyo y acompañamiento a las personas y familias en todos los momentos de su continuo de vida, desde que nacen hasta que fallecen, estamos presentes en los momentos más difíciles de toda trayectoria vital.

Somos un colectivo de profesionales sanitarios numeroso, con una amplia experiencia en el tratamiento de diversas situaciones complejas, donde sabemos acompañar y mantener la presencia, y todo ello con una metodología científica y un lenguaje propio que adaptamos

perfectamente a las necesidades de comprensión de la población y de otros profesionales del equipo.

Tenemos roles autónomos, específicos y especializados que nadie más sabe desarrollar y que, como hemos visto anteriormente, las líneas estratégicas del sistema sanitario han puesto en manos de las enfermeras, como el rol de la Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA), Enfermera Gestora de Casos (EGC), Enfermera Educadora/Entrenadora en Autocuidados (Mármol et al., 2018).

Las enfermeras, tras sus estudios universitarios de grado, están sobradamente formadas, se han introducido en la investigación al más alto nivel (algunas de ellas son doctoras), generando evidencia científica con intervenciones que han demostrado su efectividad en la resolución de problemas y la provisión de cuidados.

OPORTUNIDADES PARA LAS EFyC.

Como hemos visto, los cambios demográficos, especialmente el envejecimiento de la población, nos van a permitir demostrar que las enfermeras sabemos, queremos, y podemos prevenir las complicaciones en pacientes vulnerables.

La carencia de otros profesionales puede permitirnos demostrar que las enfermeras somos los profesionales más coste-eficientes en la prevención y seguimiento de las enfermedades crónicas complejas. Esto, indudablemente contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario público.

La delegación de competencias es una forma de incrementar la productividad. La sustitución de médicos por enfermeras se viene realizando en países anglófonos, su aplicación puede demorarse por la resistencia de los profesionales y la necesidad de modificar la legislación (OMS, 2006, p.75).

Tenemos también la oportunidad de sumarnos a la campaña mundial de la OMS “Nursing Now” (NN), que pretende dar visibilidad a las enfermeras, y designa 2020 como “*el año de las enfermeras y matronas*”, por ello, en cualquier documento de la OMS que consultemos hoy en su web podemos encontrar el logotipo destinado a la promoción del trabajo de las enfermeras y su importancia en la sanidad actual. Algunas de las noticias llamativas que puede encontrar cualquier lector interesado en las recomendaciones de la OMS, es que las enfermeras son “*absolutamente imprescindibles*”, hay un grave déficit, y para el año 2030 se necesitaría que aumentara su número en 9.000.0000 de enfermeras y matronas.

En España las enfermeras están desarrollando gran cantidad de actividades, como reuniones, jornadas, eventos en medios de comunicación, videos y sesiones para profesionales y población general. Y además, están demostrando la implicación a nivel del fomento de la

salud comunitaria y del potencial de desarrollo como colectivo, asumiendo los objetivos de esta campaña NN:

1. Mayor inversión en la mejora de la educación, en el desarrollo profesional y para las condiciones de empleo de los profesionales de Enfermería.
2. Mayor y mejor difusión de las innovaciones en Enfermería.
3. Mayor influencia de las enfermeras y matronas en las políticas de salud mundial y nacional, siendo protagonistas en la toma de decisiones.
4. Más enfermeras en posiciones de liderazgo y más oportunidades para su desarrollo en todos los niveles.
5. Promover que las enfermeras alcancen todo su potencial, además de abordar los obstáculos que impiden que eso suceda.

DEBILIDADES DE LA EFyC.

Hemos de reconocer que también existen resistencias al cambio, no solo en las enfermeras, sino también en los equipos. Siempre los cambios exigen adaptación, y esto resulta más difícil en instituciones más rígidas, con personal acostumbrado a las rutinas y escasos retos. Además, asumir más responsabilidades genera miedo, y la tradición elimina la creatividad y la necesidad de cambio.

Pero existen formas de suplir estas dificultades con formación y motivación. Sería muy importante también que como integrantes de los equipos, se nos dejara avanzar sin poner frenos innecesarios para desarrollar lo que sabemos hacer. Esencial para ello es *“definir los puestos de trabajo y las competencias de cada miembro del equipo multidisciplinar, para impulsar el trabajo en equipo y el respeto entre disciplinas sanitarias”* (Miguélez-Chamorro & Ferrer-Arnedo, 2014, p.5).

AMENAZAS PARA LA EFyC.

Los obstáculos externos a los que nos enfrentamos son numerosos, algunos de ellos ya nombrados, como el número de profesionales y los ratios inadecuados a las necesidades de la población.

La escasa visibilidad por falta de protagonismo en el Sistema Sanitario es una herencia de décadas, en las que se ha considerado a las enfermeras supeditadas a las órdenes médicas, sin la posibilidad para tomar decisiones autónomas y realizando tareas delegadas (practicante o ATS). La práctica ausencia de enfermeras en puestos directivos y de responsabilidad es otro de los factores que contribuyen a la falta de consideración de la valía de las enfermeras a nivel de la gestión de los centros sanitarios y la planificación sanitaria, y ponen de manifiesto una clara ausencia de apoyo institucional.

Prueba de todo ello es la normativa legal en dos sentidos: Impidiendo el liderazgo institucional, que no permite a las enfermeras ser directoras de los EAP, y por otro lado quitándonos la posibilidad de prescribir productos que la enfermera utiliza en el ámbito de sus competencias para atender las necesidades de sus pacientes de una forma autónoma y sin necesidad de recurrir a otros profesionales para que autoricen lo que la enfermera sabe hacer. Todo ello genera una dependencia funcional porque menosprecia el potencial de liderazgo, dejando solo un papel secundario a las enfermeras en relación a los profesionales médicos, y en el trato a los pacientes para finalizar los procesos de atención que requieren la prescripción de un producto sanitario.

Pero no solo la normativa impide funciones a las enfermeras, sino que también se han eliminado algunas de las competencias asignadas en el pasado, como la Valoración de la Dependencia, cuya responsabilidad fue traspasada de las enfermeras a los médicos, debilitando así las funciones que se ejercían anteriormente, sin una justificación adecuada, cuando la valoración del estado funcional es realizada habitualmente por las enfermeras.

Otro problema que urge abordar y solucionar es la falta de desarrollo de la especialidad de EFyC. No se promociona que las especialistas ocupen puestos de trabajo específicos para los que se han formado, se contratan en AP enfermeras con una importante formación y gran experiencia en el ámbito hospitalario, pero sin competencias específicas y experiencia para trabajar en AP. Y además, como se expuso anteriormente, todavía está pendiente la acreditación de las especialistas por vía excepcional después de una década de espera. Podemos decir que en la actualidad, cualquier enfermera sin formación específica en Atención Primaria puede estar trabajando en este ámbito sin reunir las competencias que se requieren para el nivel de especialización y complejidad de las intervenciones que se realizan, especialmente en las que tienen que ver con las intervenciones en la comunidad y la atención en el hogar, esto podría suponer una inequidad en la provisión de servicios a los ciudadanos.

Añadido a todo esto sufrimos la presión de otros profesionales que intentan asumir intervenciones específicas del campo competencial de las enfermeras, como por ejemplo las intervenciones comunitarias y la EPS, a la vez que deciden asignarnos tareas que consideran que pueden aliviar su carga de trabajo, como la gestión de la demanda sin cita. También hay numerosas reclamaciones por intrusismo por parte de nuestros colegios profesionales, relacionadas con la pretensión de las farmacias de introducirse en los domicilios para controlar los botiquines de los pacientes. El concepto y la gestión del autocuidado, que es la base del modelo generado por Dorothea Orem, una de las teóricas de la enfermería actual, también está siendo utilizado de forma inapropiada por otros profesionales de la comunicación, no llegando a considerar la complejidad del modelo y por tanto tergiversando sus principios.

La medición de algunas intervenciones, como la atención en domicilio se mide en número y no en la calidad de las actividades, este es otro de los grandes problemas a los que nos

enfrentamos diariamente. Siendo el servicio que en mayor medida nos reconoce la población más vulnerable, no se valora institucionalmente de forma adecuada ni se evalúa con indicadores que muestren realmente la labor que se realiza en los hogares de las personas con necesidad de cuidados complejos en el contexto en el que viven.

“Para que la enfermera pueda dar respuestas eficientes y coste-efectivas a las necesidades de salud de las personas dependientes y/o con enfermedades crónicas, es necesario analizar y corregir los factores que limitan el crecimiento profesional y la oferta de una cartera de servicios enfermeros” (Miguélez-Chamorro & Ferrer-Arnedo, 2014, p.1).

7. LA ATENCIÓN EN EL HOGAR DE LAS PERSONAS, EL VALOR AÑADIDO DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

“Los cambios organizativos en el sistema sanitario, como son el incremento de la atención ambulatoria y domiciliaria, y las nuevas estrategias de cuidados deben ser tenidos en cuenta en la planificación de los recursos humanos” (Ministerio de Sanidad, 2010, p.7).

Llevábamos muchos años centrándonos en la asistencia en consulta y menos en el domicilio. Se había perdido parte de la esencia original con la que se inició la AP y que era necesario retomar para mejorar y acercar la salud y el sistema sanitario a la población. Somos más conscientes que nunca de que los pacientes en fase de cronicidad avanzada, especialmente en las últimas etapas de la vida, necesitan que las enfermeras intervengamos en sus domicilios y trabajemos en conjunto con sus familias y personas que les cuidan para mejorar su autonomía y permanecer en sus hogares si es lo que desean.

Es en este ámbito donde tenemos una de las grandes oportunidades de liderazgo en los equipos para seguir avanzando hacia unos cuidados de calidad, que como hemos visto, todas las estrategias de mejora de la sanidad nos reconocen, aunque en la realidad queda mucho por trabajar por parte de los gestores y también por parte de las enfermeras.

Es preciso definir nuestro papel, optimizar tiempos, mejorar los recursos, aumentar la responsabilidad, la autonomía, modificar la organización, y la forma de ofrecer los cuidados en el domicilio. Para ello es esencial la proactividad, adelantarse a las complicaciones que puedan surgir, y tener en cuenta que el criterio que guía a la EFyC para acudir al hogar de los pacientes no atiende exclusivamente a problemas de movilidad o desplazamiento sino a prevenir, controlar y modificar todos los factores que previenen riesgos que harían perder autonomía y aumentarían la complejidad de las enfermedades ya existentes.

Se están desarrollando y ampliando algunos conceptos que usan frecuentemente las EFyC en los cuidados que proporcionan a la población, como son: gestión de casos, soledad,

propósito de vida, envejecimiento saludable, autocuidados, planificación anticipada de decisiones, capacidad funcional, escalera a la dependencia, que incluye la fragilidad, la discapacidad, y la dependencia, etc. Otros conceptos están cambiando, ahora usamos hogar en lugar de domicilio, atención domiciliaria en lugar de visita domiciliaria, y atención centrada en el paciente, familias y personas cuidadoras, en lugar de atención centrada en el paciente (SEMAP, 2019).

Las enfermeras proporcionamos cuidados en el hogar de los pacientes y realizamos intervenciones adecuadas a la patología crónica compleja, fragilidad, discapacidad, dependencia y en situaciones del final de vida (SEMAP, 2019).

Utilizamos todos los medios, incluidas las nuevas tecnologías, para establecer relaciones terapéuticas entre los pacientes y las familias e ir a los domicilios de forma proactiva. Las EFyC tenemos el privilegio de permanecer junto a todos ellos durante todo su proceso de salud-enfermedad, desde la prevención, pasando por la enfermedad crónica, reagudizaciones, discapacidad y fallecimiento, siendo un referente para las familias.

Por ello, cada día las enfermeras trabajamos más en la prevención de la discapacidad y la dependencia, tratando la vulnerabilidad y la fragilidad a tiempo de realizar correcciones y así ajustar la capacidad intrínseca a las demandas del medio en que habitan.

Son muy numerosas las intervenciones que realizamos las EFyC en los hogares, las más importantes son valoraciones integrales por patrones funcionales o aspectos esenciales de la salud y calidad de vida que afectan a la persona, con el fin de detectar problemas sobre los que intervenir e iniciar actividades correctoras que impidan dar saltos cualitativos en el deterioro de la capacidad funcional. Tras ello, las intervenciones se dirigen a retrasar el paso de la autonomía a la fragilidad, después a la discapacidad, y por último a la dependencia. Se trata de retrasar al máximo, que no ocurran, o que si lo hacen sean al final de la vida, las situaciones de dependencia y pérdida de autonomía (SEMAP 2019).

Para concretar más las actividades que realiza la EFyC cada vez que atiende a un paciente en su hogar, enumeramos las prioritarias: cribado de fragilidad (detección de la vulnerabilidad unida a la edad), detección del riesgo de caídas, prevención de caídas y accidentes, pautas de ejercicio físico multicomponente. Promoción de hábitos y estilo de vida saludables. Valoración de los riesgos en el hogar, situación de la vivienda y sugerencia de adaptaciones funcionales, detección de necesidades para mantenerse viviendo en el domicilio, posibilidades de ayuda por parte de familia y personas cuidadoras, revisión de botiquines y medicación. Detección del deterioro del autocuidado, de la memoria, de la deglución, valoración de la autogestión de los cuidados. Facilitar una muerte confortable al final de la vida. Pero sin duda, una de las más importantes es la valoración y facilitación de recursos en situaciones de soledad, así como la detección del sufrimiento espiritual, la desesperanza, y el riesgo de suicidio.

8. CONCLUSIONES.

Se requiere una reestructuración y un cambio valiente y decidido, que dé un giro al rumbo de la AP, que ponga en el centro al paciente, sus familias y a las personas cuidadoras (OMS, 2008, p.XViii-XX). Para ello es una premisa colocar a las enfermeras como el profesional de referencia para la atención del paciente en AP, que la enfermera ofrezca cuidados de práctica avanzada adecuados a los pacientes con necesidades complejas y evitar la fragmentación del cuidado en cuanto a edad, y en cuanto a procesos y transiciones de unas áreas sanitarias a otras. Sabemos que las intervenciones enfermeras a potenciar por tener mayor impacto en la estrategia de atención a la cronicidad en España son la gestión de casos y la práctica avanzada (50%), los programas de atención domiciliaria desde Atención Primaria (41,7%) y la telemonitorización (8,3%) (Mármol et al., 2018).

Uniendo la evidencia y la experiencia podemos concluir que no se pretende una lucha de poder entre colectivos profesionales, ni tratar de quitar terreno a otras disciplinas, todo lo contrario, las EFyC queremos formar parte visible de los Equipos de Atención Primaria y colocar a cada profesional en el lugar donde mejor encaja según sus competencias. En la actualidad todas las disciplinas juntas tendrían que tratar de des-medicalizar y reestructurar el sistema para que sea ajustado a las necesidades de los pacientes, de los profesionales, y que contribuya a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.

Las EFyC tienen un amplio campo de trabajo para desarrollar el objetivo 8, 9 y 11 de la estrategia de cronicidad del SNS que podemos resumir en: Garantizar la atención por los profesionales que mejor puedan responder a las necesidades (dotar la AP de recursos, desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mantener a las personas en su entorno de forma segura, potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos, autocuidados y GC). Garantizar la continuidad de cuidados evitando duplicidades y coordinando niveles asistenciales. Que las intervenciones sean adecuadas a las necesidades (planes individualizados de atención y gestión de casos). (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

Todas las estrategias de salud actuales que siguen las directrices de las OMS indican que las enfermeras podemos estar en puestos de liderazgo institucional, sabiendo que las enfermeras también pueden dirigir equipos e influir en las políticas sanitarias (Miguélez-Chamorro & Ferrer-Arnado, 2014), y se nos debe permitir hacerlo porque sabemos, podemos, queremos, y somos impulsoras de muchos cambios necesarios que pueden hacer que el sistema sanitario sea público, universal, accesible, y que se preste con equidad a toda la población.

9. BIBLIOGRAFÍA.

Busse, R., & Zander-jentsch, B. (2019). Health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. *World Health Organisation*, 85–94.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2013). Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2019). Memoria anual de actividad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, año 2018.

Corona, L.J.L., Maldonado, J.J.F. (2018). Qualitative Research: Emic-Etic Approach. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, 37(4):1-4.

INE, E., Superior, C., Cient, I., Demogr, E., & Social, S. (2018). Proyecciones de población 2018. Retrieved from https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

Mármol-López, M. I., Miguel-Montoya, I., Montejano-Lozoya, R., Escribano-Pérez, A., Gea-Caballero, V., & Ruiz-Hontangas, A. (2018). Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, 92.

Miguélez-Chamorro, A., & Ferrer-Arnedo, C. (2014). La enfermera familiar y comunitaria: Referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería Clínica*, 24(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.002>

Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2019). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación, 94.

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2010). Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta Necesidad (2010-2025).

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. *Boletín Oficial Del Estado*, 80. <https://doi.org/NIPO:680-12-062-1>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Colaboremos por la salud, 28–30. Retrieved from https://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo. La atención

Organización Mundial de la Salud. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. *World Health Organization*, 102. <https://doi.org/9789241506236>

Sanidad, M. D. E., & Social, C. Y. B. (2018). Informes, estudios e investigación 2018 ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.

SEMAP (2013). El papel de la Enfermera Familiar y Comunitaria en la cronicidad.

SEMAP (2019). Atención integral en el hogar. Más allá de la visita domiciliaria. ISBN: 978-84-09-12136-6.