

## LÍNEA ESTRATÉGICA 4:

### Profundizar en el desarrollo profesional de enfermería en sus máximas competencias.

La estrategia de Atención Primaria pasa necesariamente por consolidar la figura de la enfermera o el enfermero como un profesional, con un campo de acción específico, cercano al ámbito comunitario y referente en el ámbito asistencial en colaboración con la labor de médico de familia y/o pediatra. Una labor por tanto, de equipo en el que la complementariedad entre profesionales se plantea como la expresión de la interdependencia del trabajo de los diferentes profesionales en un proceso asistencial que es único para cada paciente.

Esto implica el **despliegue de la consulta de enfermería** manteniendo obviamente actividades asistenciales comunes. Pero implica además una orientación al ámbito sociosanitario y comunitario en el que la enfermera o el enfermero pueda desplegar las funciones de la enfermería comunitaria. Por tanto se diferencian cuatro prioridades de desarrollo del perfil de enfermería:

1. La referenciabilidad (asignación de cupo), de la enfermera/o.
2. El despliegue de la consulta de enfermería.
3. El desarrollo de la función de enfermería comunitaria.
4. La mejora continua en la continuidad asistencial.

**Con carácter general en Atención Primaria se desplegarán los perfiles de enfermería de adultos y pediatría** en trabajo en equipo con médico de familia o pediatra y con un cupo poblacional asignado.

En los últimos años, se han desplegado también en Osakidetza otros dos perfiles profesionales en enfermería:

1. La ECA (enfermera de competencias avanzadas), que se establece con un cupo concreto de personas identificadas como PPP. A estas personas este perfil de enfermería las atiende a lo largo de todo su proceso de vida dentro del continuum asistencial.
2. Y la ECA que se constituye como un servicio a personas identificadas como PPP que se encuentran en un momento de descompensación de sus patologías

crónicas. Este perfil, a diferencia del anterior sólo atiende a estas personas hasta compensar sus patologías devolviendo después el control de su proceso crónico a la EAP, en un perfil profesional más parecido al de la enfermería de hospitalización a domicilio en el que el concepto de longitudinalidad no forma parte de su cometido.

El debate suscitado con las propuestas del documento base han puesto en evidencia la gran disparidad de opiniones acerca del despliegue estructural de ambos perfiles y, en consecuencia, se opta por mantener ambos perfiles en el entorno de experiencias piloto y como alternativa de organización para las UAP.

Otro elemento diferencial en los últimos años ha sido el desarrollo de las especialidades de enfermería. Un desarrollo que ha sido desigual en función de la especialidad pero que sin duda debe profundizarse y tenerse en cuenta en el proceso de contratación como más adelante se plantea.

**ACCIÓN 16: Desarrollo y despliegue del decreto de libre elección de enfermera o enfermero**, ofertando a los pacientes la elección del equipo médico/a-enfermera/o preferentemente pero preservando el derecho de los ciudadanos a optar por otra modalidad de asignación.

Como ya se apuntaba, en función del turno de las y los profesionales se aprecia una amplia heterogeneidad que deberá corregirse de forma progresiva.

POBLACIÓN		MEDIA
Total OSIs	Personas adultas	1.561
	Pediatria	1.152
Turno mañana	Personas adultas	1.400
	Pediatria	1.172
Turno tarde	Personas adultas	1.990
	Pediatria*	1.222

\*9 OSIs

**Tabla 18. Medias de TISes por profesional de enfermería en Osakidetza.**

Esta heterogeneidad requiere una respuesta progresiva en dos fases:

- **Fase 1:** adscripción inicial de la población a la enfermera o enfermero que actualmente está identificada en cada UAP como la de referencia, la que el sistema tiene identificada para ofertar citas en la web.
- **Fase 2:** balance de cargas de trabajo de acuerdo con los cambios efectuados por las personas adscritas y con las variaciones de plantilla que puedan ir generándose en el conjunto de la OSI de acuerdo con las bajas vegetativas de los diferentes servicios y unidades y con el refuerzo previsto en la línea estratégica primera.

En este sentido, el o la Coordinadora de Enfermería debe gestionar y liderar el equipo de enfermería para dar a la población la mejor atención, y, en el caso de su población asignada, asegurar el equilibrio de cargas de trabajo teniendo en cuenta aspectos individuales como la participación en actividades comunitarias o la participación desigual en tareas comunes en función del turno etc., en definitiva, impulsando una gestión participativa por objetivos. La existencia por ejemplo, de un mayor número de TISes por enfermera en el turno de tarde se acompaña de una menor dedicación de estas profesionales a las tareas comunes de la UAP (extracciones, electrocardiogramas, domicilios extracciones), lo que incrementa la carga asistencial en turno de mañana.

**ACCIÓN 17: Reconocimiento para las listas de contratación de una experiencia de dos años para las enfermeras o enfermeros EIR especializadas en medicina de familia y comunitaria y en pediatría.** Para este colectivo la no aceptación de propuestas de contratación que no sean relativas a su propia especialidad no implicará penalización para su posible contratación en el ámbito de su especialidad.

Como se ha señalado en Atención Primaria se desplegarán los perfiles de enfermería de adultos y pediatría. La puesta en marcha de las especialidades EIR de enfermería familiar y comunitaria y de pediatría requiere la consideración del reconocimiento de esta realidad en las listas de contratación para enfermería de AP que en el momento actual no pueden requerir una especialidad determinada como requisito.

En este sentido las dos especialidades trabajan en el ámbito de la Atención Primaria al igual que las enfermeras y enfermeros generalistas cuyo ámbito competencial no quede incluido en el de la especialidad de enfermería médico-quirúrgica (pendiente de definir por el Ministerio).

Se trata por tanto de mantener un perfil abierto para la Atención Primaria pero identificando al mismo tiempo dos perfiles diferenciados: adultos y pediatría.

## **ACCIÓN 18: Despliegue de procedimientos y algoritmos para procesos que el personal de enfermería puede resolver con el despliegue progresivo de la consulta de enfermería.**

Consulta por tanto que no se perfila como una consulta específica de triaje ni tan siquiera limitada a determinados procesos leves, sino como parte de la actividad enfermera, capaz de resolver determinados problemas y, en su caso, dirigir al paciente hacia la consulta médica.

El objetivo que esta acción persigue es dar más competencias asistenciales a la enfermera que de esta forma se convierte, como el médico de familia en un referente de Atención Primaria para la ciudadanía capaz de resolver determinados problemas de salud.

Se trata de una medida que y ha sido desplegada con éxito en varias UAP y que en el futuro próximo debe de desplegarse en el resto de UAP. Es una medida que sin duda ayudará a empoderar a la ciudadanía como respuesta a la medicalización de numerosos procesos vitales.

El despliegue de la consulta de enfermería y el propio desarrollo de la enfermera o enfermero con población asignada debe de acompañarse del desarrollo efectivo de la libre prescripción de enfermera de acuerdo con la normativa básica actualmente vigente.

## **ACCIÓN 19: Desarrollo del decreto de indicación y dispensación de determinados productos en relación al proceso de acreditación profesional que deberá ser efectivo en el primer semestre de 2019.**

## **ACCIÓN 20. Despliegue de la función de enfermera comunitaria**

El enfoque poblacional es una de las características distintivas de la Integración estructural en OSIs. Por ello, es necesario que las UAP y especialmente enfermería de AP desarrollen acciones que aprovechen los activos locales en salud. Si bien esto se puede aplicar a pacientes de cualquier edad, este aspecto es especialmente importante para favorecer el envejecimiento activo y saludable y para ello es básica la evaluación de la fragilidad y dependencia de las personas mayores para que, en coordinación con los servicios sociales de base, pueda proponerse un plan individualizado a la situación de la persona mayor.

Para las personas en situación de fragilidad con o sin condiciones crónicas complejas, es necesario desplegar acciones más allá de la tradicional consulta a domicilio, que permitan atender a estas personas en su domicilio siempre que sea necesario,

intensificando la acción coordinada con las y los trabajadores sociales de base, aprovechando tanto los apoyos existentes como los activos locales que pueden ayudarle en un envejecimiento saludables. Se trata de una función esencial de la enfermería de AP, máxime cuando se sitúa como una o un profesional referente para estas personas en situación de fragilidad.

### **ACCIÓN 21: Mejora continua en el proceso de aseguramiento de la continuidad asistencial.**

La continuidad de los cuidados se refiere a la coordinación de la asistencia prestada por las y los profesionales con quienes entra en contacto la persona en las interfas es en el sistema sanitario y con el social. La continuidad asistencial es un elemento fundamental para obtener los mejores resultados en salud y requiere definir estándares asistenciales bien definidos así como escalas de valoración del riesgo/complejidad para el inicio y/o mantenimiento de los diferentes planes de cuidados. Para reforzar la continuidad y optimizar su efecto conviene, entre otros aspectos identificar a las personas ingresadas con alto riesgo de reingreso tras el alta hospitalaria. Las valoraciones focalizadas y actualizadas de las enfermeras/os de AP o la administración de instrumentos de valoración del riesgo de reingreso como el índice LACE pueden identificar a las personas con mayor riesgo y programar al alta, la intervención de la enfermera/o de AP para el desarrollo de un plan de continuidad de cuidados individualizado que minimice el riesgo de reingreso.

Se ha consolidado un perfil hospitalario de **enfermería de enlace (EEH)**. El papel que juega la EEH es clave para asegurar la continuidad asistencial, especialmente desde el medio hospitalario hacia el comunitario.

En la línea de los contenidos del contrato programa con las OSIs, todas y todos los pacientes deben ser valorados por la enfermera o enfermero de enlace entre otros aspectos mediante un índice de probabilidad de reingreso (LACE o similares). Las personas con alta probabilidad de reingreso deben ser evaluadas y seguidas en su domicilio por la enfermera o enfermero referente de AP que tiene el paciente.

### **ACCIÓN 22: Liderazgo de Enfermería ante los nuevos retos. La figura del o de la Coordinadora de Enfermería. Definición de puesto funcional y provisión de los mismos.**

El perfil competencial de la enfermera o enfermero ha contenido siempre el papel gestor, tanto de cuidados como de recursos humanos y materiales, y se considera una pieza clave en la gestión de las organizaciones sanitarias. Este hecho, junto con los cambios introducidos recientemente en nuestro sistema sanitario (integración

de las organizaciones sanitarias, nuevos roles de Enfermería...) sumado a la implicación activa de las y los profesionales de Enfermería de AP en los proyectos puestos en marcha y a los nuevos retos (especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, prescripción enfermera...), hacen más necesaria que nunca una figura enfermera dentro de los EAP que lidere el necesario proceso de adaptación de estos profesionales.

La situación actual en Osakidetza respecto a la instauración de la figura de responsable/coordinador de enfermería en todos los centros es heterogénea y por tanto la definición explícita de esta figura y su implantación generalizada y homogénea en los CS de las distintas organizaciones, permitirán potenciar la gestión de los propios centros y facilitar la adaptación de estos a los nuevos retos.

El puesto de responsable/coordinador de enfermería debe de considerarse como un mando intermedio similar al de una supervisión de un centro hospitalario y por tanto debe ser **convocado y cubierto mediante el procedimiento reglamentario** correspondiente. Obviamente debe reconocerse a las y los profesionales que actualmente desempeñan estas funciones y articular en los próximos años el procedimiento regulatorio que haga posible esta acción.

Cabe precisar que como en el caso del JUAP, la función de gestión del o la responsable/coordinadora de enfermería debe compaginarse con sus funciones asistenciales, estableciéndose criterios similares a los del JUAp para facilitar el desarrollo de la doble función gestora y asistencial.

Con carácter general antes de finalizar el primer semestre **todas las UAP contarán con un o una responsable/coordinadora** de enfermería con dependencia funcional y jerárquica del JUAP. No obstante, cabe considerar algunas excepciones como en aquellas UAP en las que el JUAP sea enfermera salvo que la complejidad de la UAP aconseje de manera excepcional la coexistencia de los dos puestos cubiertos por profesionales de enfermería. A este respecto, cabe señalar que el 20% de las UAPs de Osakidetza cuentan con un JUAP enfermero (29 UAPs), y de ellas el 52% (15 UAPs) cuentan también con responsable/coordinador de enfermería.

A lo largo de 2019 se definirán normativamente las funciones y los criterios de asignación y convocatoria en cada UAP, de este puesto funcional. En el primer semestre de 2020 se desplegará esta figura en todas las UAP.