

La Enfermera Comunitaria en la Atención Sociosanitaria

Roberto del Sacramento Hernández Pérez

Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales. SCS.
rherperl@gobiernodecanarias.org

objetivos

Analizar y reflexionar sobre la situación de la que parte Enfermería ante la nueva ley de Dependencia y la Participación en la Coordinación Sociosanitaria.

ámbito de estudio

El Espacio Sociosanitario, la participación en este de las enfermeras, así como ver las posibles ventajas que puede proporcionar al sistema la figura de la enfermera gestora de casos para participar en la Ley de Dependencia y el propio trabajo sociosanitario.

diseño

descriptivo.

material y métodos

Análisis de la situación en España y en otros países sobre el tema, revisión sobre la labor de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) como representación de la figura de gestora de casos en lo relacionado con la participación sociosanitaria y reflexión sobre la calidad que puede prestar en su servicio utilizando procesos asistenciales y metodología enfermera.

resultados

Debemos de trabajar con metodología basándonos en procesos para poder poner en marcha una metodología de trabajo más eficaz. Por lo que se requiere actuaciones integradas en todos los ámbitos de atención para poder ser más operativos identificando lo que hay que hacer, quien posee la competencia y quien es más costo-efectivo.

conclusiones

Como conclusión, podemos afirmar, sin ser por ello corporativistas, que las enfermeras poseen muchos atributos por lo que están llamadas a ser un pilar para la coordinación sociosanitaria. Su visión integral les permite realizar un diagnóstico bio-psico-social de las necesidades de cuidados que presenta la población en situación de dependencia y utilizar instrumentos para graduarla. las enfermeras de AP, además, como conocedoras de cerca de las situaciones de dependencia, pueden proporcionar un valor añadido para evitar una posible burocratización de algunas funciones en la atención socio-sanitaria.

palabras clave

Gestor de casos, Coordinación, Espacio sociosanitario.

En el Consejo de Ministros del viernes 23 de diciembre de 2005 el gobierno del estado español aprobó y envió al parlamento un anteproyecto de ley para crear un "Sistema Nacional de Dependencia" (SND), constituidos por una red de servicios públicos, privados y concertados. Generando:

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La Ley se inspira en los principios de universalidad y accesibilidad a las prestaciones en condiciones de igualdad y fundamenta su desarrollo en la participación de todas las Administraciones en el ejercicio de sus competencias.

La atención a la dependencia se convertiría así en el cuarto pilar del Estado de bienestar, después de la

sanidad, la educación y las pensiones. De esta manera se reconoce el derecho a recibir cuidados como un derecho público y universal, con las prestaciones correspondientes. Se plantea con una implantación gradual. Se fijará un solo baremo para todo el Estado que permitirá clasificar la dependencia en tres grados (artículo 26):

- Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

En cada uno de los grados de dependencia, se establecen dos niveles en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

Una de las claves de la atención socio-sanitaria son los cuidados a domicilio, de forma que el mantenimiento del usuario en su entorno prime siempre que sea posible sobre cualquier otra alternativa relacionada con la institucionalización.

Despejar qué profesional debe tener el protagonismo en este nuevo campo, debe hacerse desde el análisis de las competencias. Para ello, es indispensable identificar el "qué hay que hacer" y posteriormente "quién posee la competencia" y dado que estamos en un sistema de escasez de recursos "quién es además el más costo-efectivo", pregunta última que, además, debe tener en consideración las características del trabajo cotidiano del profesional. Desde la perspectiva de la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia, la gestión de servicios dirigida a personas en situación de dependencia precisa otorgar un papel principal a un profesional que reúna una serie de atributos que iremos analizando.

La dependencia debe contemplarse como un fenómeno universal que produce una repercusión socio-sanitaria. Así pues, la dependencia afecta a todas las personas en algún momento de la vida, y puede generar demandas a distintos niveles tales como el personal, familiar, social, sanitario, económico o asistencial.

La atención a personas en situación de dependencia o discapacidad se conoce como atención socio-sanitaria. Definir este término tampoco es tarea fácil, ya que es un término del cual casi todo el mundo conoce lo que quiere decir pero muy pocos se atreven a definir. En general, se acepta que la atención socio-sanitaria abarca al conjunto integrado de servicios y prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales o instrumentales de la vida diaria, pero este concepto lo analizaremos más adelante.

¿qué implicación tienen las enfermeras en la ley?

Para esto veamos primero las definiciones que aporta la ley



1. **Autonomía:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

2. **Dependencia:** el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

3. **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

4. **Necesidades de apoyo para la autonomía personal:** las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

5. **Cuidados no profesionales:** la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

6. **Cuidados profesionales:** los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

7. **Asistencia personal:** servicio prestado por un asistente personal que

realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

8. **Tercer sector:** organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales. Cuando la Ley define los términos: Autonomía, Dependencia, Actividades de la vida diaria, Cuidados familiares ó Cuidados profesionales, está profundizando en la esencia misma de la ciencia enfermera.

La enfermería cuenta con un elevado número de modelos y teorías, teniendo todas en común el meta paradigma del que parten y los conceptos básicos que se citan: persona, entorno, salud y cuidado. Por ello son numerosos los autores de teorías y modelos de intervención de enfermería, los que citan en sus publicaciones los mismos términos que utiliza la Ley:

Pepleau (1952), cuidar significa interactuar con la persona a través del establecimiento de una relación interpersonal terapéutica.

Henderson (1955), el proceso de cuidar está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de necesidades fundamentales.

Orem (1959), práctica del autocuidado. El autocuidado es el conjunto de actividades para mantener la vida, la salud y el bienestar.

M. Leininger (1978), desarrolla la teoría transcultural del cuidado. Considera el cuidar como un acto de apoyo y asistencia a un individuo con necesidades para mejorar su condición humana o su modo de vida.

Watson (1979), define el cuidar como: la esencia de la enfermería.

Cuidar al sujeto que sufre o padece y tratar de ayudar a quienes lo acompañan. La acción de cuidar diferencia a la enfermería del resto de las ciencias de la salud. Tanto el sujeto como la familia son objetivos de la enfermería.

Parse-Rizzo (1981), cuidados; acciones centradas en la participación cualitativa de la persona. A través de estas acciones la persona puede descubrir el significado de la situación que vive.

Todos entienden como cuidados de enfermería, entre otros, la acción de detectar, valorar, diagnosticar y solucionar las alteraciones de las personas, que les impide desarrollar una vida armoniosa consigo mismas y con el entorno que las rodea y en definitiva, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. La enfermera es la experta con reconocimiento legal, académico y formal, para la valoración, planificación, organización, ejecución y evaluación de cuidados de salud ante las necesidades básicas del ser humano como:

- Higiene
- Alimentación
- Ejercicio físico(actividad)
- Reposo-sueño
- Hábitos y estilos de vida saludables
- Crecimiento y desarrollo fisiológico
- Hidratación
- Eliminación - evacuación
- Percepción: sentidos, bienestar, cuerpo, pensamiento
- Auto percepción – autoestima
- Rol- relaciones
- Sexualidad
- Afrontamiento, tolerancia al estrés- adaptación
- Valores – creencias espirituales
- Manejo eficaz del régimen terapéutico y de adaptación ante un proceso de enfermedad

Dado que en el actual entramado social es necesario unificar sistemas de valoración, aproximándolos a métodos internacionales compatibles, para simplificar y optimizar el proceso de valoración y que este sea comprendido

por la administración y los usuarios., deberíamos proponer el modelo de valoración de enfermería por ser un modelo integral y holístico, que contempla la parte bio-psico-social del ser humano y está consolidado a escala internacional.

Esta valoración es completamente compatible con la clasificación que realiza la Ley en cuanto a grados de dependencia, que no son más que el resultado de una valoración de necesidades pormenorizada e individualizada, que es lo que efectúa la valoración de enfermería por patrones funcionales, además permite clasificar a los usuarios en grupos, realizar estudios estadísticos, valorar la progresión de los problemas y enfermedades y evaluar el seguimiento asistencial. Para ofrecer una asistencia de calidad es fundamental la profesionalización de determinadas categorías de trabajadores.

En la mayoría de los países de nuestro entorno donde se han desarrollado las políticas sociales, son las enfermeras los profesionales las encargadas de la planificación y seguimiento de los casos. Diagnosticando, planificando, coordinando y evaluando la dependencia.

La prioridad en la valoración de cada caso, debe recaer sobre “ los cuidados personales “ de la persona dependiente y su familia y en la realidad se sigue priorizando sobre “ las tareas domesticas “, de este modo se pone de manifiesto la falta de valoración individual de casos y la necesidad de elaborar y ejecutar un plan de cuidados.

Dicho plan debe sustentarse principalmente en una firme coordinación sociosanitaria. Debemos ser conscientes de la disonancia entre los actuales sistemas de sanidad y de asistencia social, dependientes de administraciones con intereses y objetivos distintos en sus políticas sociales, pero también es una evidencia que las necesidades alteradas de las personas con el perfil que contempla la Ley, no solamente repercuten en sus déficit domésticos, sino en sus problemas de salud, que son los que



determinan su problemática social; estos y no al revés son los que deben determinar el tipo de atención a realizar, que incluirá si es necesario, la intervención de profesionales sociales y de cuidadores informales que palien las necesidades domésticas y de recursos.

La atención a personas con dependencia se ha caracterizado a menudo por la falta de coordinación entre los servicios socio-sanitarios, motivo por el cual se hace necesario un profesional con capacidad de respuesta ante esta situación. Las características del trabajo que realiza la enfermera en Atención Primaria, amén de sus competencias, hacen que este grupo profesional sea el que mejor se ajuste a dicha necesidad. Como la figura de la enfermera gestora de casos, ó enfermera comunitaria de enlace, que cuentan con el perfil profesional que cumple con todos los requisitos para ofrecer una atención integral e integradora, de calidad, eficaz y eficiente tanto a la persona dependiente como a la familia en su contexto comunitario. Por lo tanto, como aportación a la organización y a la eficiencia en la aplicación de la ley, debemos considerar que la actual estructura de Atención Primaria, tiene capacidad para garantizar, con un mínimo incremento de recursos y en coordinación con los servicios sociales, la atención socio-sanitaria en los domicilios de las personas dependientes y sus familias; estableciendo mecanismos de interacción con los diferentes recursos comunitarios, entre los que se destacan en la ley los centros de día y los centros residenciales, y en los que las enfermeras se pueden y deben configurar como los principales recursos de diagnóstico, coordinación y planificación de las situaciones de dependencia, conjugándola con un imprescindible trabajo multidisciplinar.

En cualquiera de los modelos que analicemos, todos los países con sistemas de atención domiciliaria bien desarrollados coinciden en una serie de prioridades:

- Es necesario aumentar el nivel de coordinación, colaboración e integración entre los servicios

de atención domiciliaria sanitaria y la ayuda social a domicilio. Algunos países como Dinamarca, Holanda e Irlanda han llegado a la integración total de ambos servicios en una sola organización, en Holanda e Irlanda desde el sistema sanitario.

- Las Enfermeras son el principal proveedor y gestor del servicio en todos los países, en colaboración directa con Médicos y Trabajadores Sociales en aquellos en los que la atención domiciliaria se provee desde los centros de salud.
- Se debe de incorporar a las auxiliares de enfermería para ayuda a las tareas de higiene personal y procedimientos poco complejos, tendiéndose al empleo a profesionales que integren tareas de apoyo tanto a las actividades del cuidado personal como a las instrumentales.
- Debe fomentarse la participación de otros profesionales, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, y enfermeras especialistas en salud mental y pediatría.
- Hay que desarrollar programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales: formación y asesoramiento para el cuidado, manejo de problemas de afrontamiento, fomento de asociaciones, ayuda mutua, servicios de respiro.

Todo esto se resume en un único concepto Coordinación socio-sanitaria El Libro Blanco de la Dependencia en su Capítulo VII Dice:

Coordinación socio-sanitaria. Se puede definir como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las

personas que padecen situaciones de dependencia". (Sancho Castiello. T.2000.) ¿A qué nos referimos cuándo hablamos de coordinación asistencial? Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión.

Según Rebeca Terraza, la coordinación asistencial podría definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada. La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo los elementos necesarios para que haya coordinación, como paso previo a la continuidad asistencial, son: la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información, un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes, y la sincronización entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuados.

Los dos procesos básicos para la coordinación son la programación y la retroalimentación. Y si entendemos la Red de Atención Socio-Sanitaria, como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de las personas en situación de dependencia. Y si su objetivo es la creación de un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención socio-sanitaria. Se trataría de una estrategia de reorientación de los servicios sanitarios y sociales, algunos de los cuales, junto a otros recursos específicos, pasan a formar parte de un

tercer sistema o red de atención socio-sanitaria.

Esto implica a su vez importantes cambios en el diseño de los modelos de gestión y financiación para que este sistema tenga entidad propia.

Igualmente no podemos hablar de Atención Sociosanitaria sin tener en cuenta aspectos como la coordinación sociosanitaria y espacio sociosanitario, siendo este último el que se crea cuando se interrelacionan y se integran diferentes ámbitos de trabajo para resolver una misma situación, haciendo un manejo y una utilización óptima de los recursos existentes evitando en todo momento la duplicidad de los mismos y las interferencias.

En resumen, la coordinación sociosanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

No podemos olvidar que en algunas situaciones esta coordinación se declinará más hacia aspectos que tienen que ver con lo social y otras veces lo hará hacia problemas más sanitarios, lo importante es que dispongamos tanto de profesionales como de recursos para poder hacer frente a los problemas, como de los sistemas o canales de comunicación y derivación de casos, para optimizar estos recursos e insisto sin hacer duplicidad de los mismos.

La Ley en su Artículo 21. *Prevención de las situaciones de dependencia* tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven



afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

La Enfermera comunitaria de Enlace (ECE) y La Gestión de Casos

A partir del año 2002 se incorpora a la cartera de servicios de atención primaria el denominado "Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria", con el objetivo de mejorar la atención domiciliaria que se presta desde los Equipos de Atención Primaria (EAP). Este servicio se basa en la figura de una enfermera, denominada Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), que gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la zona, entre niveles asistenciales y entre los sectores implicados. La ECE hace una valoración integral del paciente domiciliario y de su persona cuidadora principal, enfocada fundamentalmente a detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y paliar los existentes. Tras la valoración plantea y consensua el plan de intervención con los profesionales del EAP. Asimismo realiza formación y presta apoyo a la persona cuidadora principal, de forma individual y grupal.

El perfil profesional de las enfermeras comunitarias de enlace contempla los roles que le corresponden al profesional de enfermería como educador, investigador, administrador y proveedor del cuidado individual, familiar o colectivo. Por ello debe estar formada en el cuidado a las personas mayores dependientes y sus cuidadoras, en la gestión del caso y en la coordinación de recursos.

¿Que significa Gestionar los cuidados o ser Gestora de Casos?

Gestionar los cuidados significa realizar una valoración de las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención específico y coordinar las intervenciones con los profesionales y familiares implicados. Esto en sí mismo lo podemos definir como un proceso. Se podría determinar entonces que la gestión de los cuidados de enfermería es un proceso de resolución de problemas y por tanto se le puede tratar como tal. Tratemos pues esta gestión enfermera como un proceso de cuidados de enfermería y llamémosla Proceso Enfermero.

Para mí otra forma que define el proceso para la enfermería es la siguiente:

Proceso Viene del Latín PROCESUS que quiere decir Avance y Progreso si lo juntamos a enfermería que se ocupa de los cuidados y analizamos la palabra cuidar que en latín significa pensar, lo tenemos claro... Proceso enfermero podría significar Pensar para Avanzar y Progresar.

Una de las muchas cosas que nos aporta un proceso es la optimización de los recursos mejorando las intervenciones y la toma de decisiones sobre la utilización de estos. En sí mismo esta es una de las grandes ventajas que ofrece la ECE y el trabajo de la gestión de casos.

Ya en su análisis de origen y en su estudio de Investigación para la implantación de esta figura, destacaba que se disminuían los reingresos y las estancias medias, así como las demandas constantes al Centro de salud ahorrando considerablemente en el gasto para la atención a pacientes domiciliarios y a sus personas cuidadoras, lo que se traduce en una optimización de recursos.

Pero ver el Proceso de enfermería, como un proceso de resolución de problemas si utilizamos una metodología adecuada, añade otra particularidad al trabajo enfermero.

Pues entonces podemos ver el proceso enfermero, como un proceso en sí mismo de calidad, ya que el uso de una metodología como la que practica la ECE y ser gestora de casos de esta manera, aporta calidad y validez científica a nuestras acciones.

Cuando una enfermera Gestora de casos realiza una Valoración, lo hace de manera científica utilizando una metodología adecuada que la lleva a identificar una serie de problemas o diagnósticos de enfermería, posteriormente hace una serie de intervenciones basadas también en evidencia científica y utilizando el razonamiento clínico ayudado por las taxonomías NANDA NOC NIC. Y este circuito o proceso se puede revisar en cualquiera de sus fases evaluarlo, añadiéndole por tanto calidad al mismo.

El proceso enfermero se puede considerar como una espiral sin fin que se repite una y otra vez, ya que cuando estas en la fase de evaluación estas comenzando una vez más con la valoración repitiendo todo el bucle, aportando calidad al proceso.

Como conclusión, si queremos avanzar en este campo de la Atención Sociosanitaria:

Es necesaria la puesta en marcha de una metodología de trabajo más eficaz que evitaría la fragmentación, la duplicidad y la falta de equidad en el acceso a nuestros escasos recursos como por ejemplo:

La sectorización en áreas Socio-sanitarias únicas, competencia autónoma indispensable para la aplicación eficaz de programas de coordinación. Por tanto, para mejorar la gestión de casos y la coordinación de recursos debería estudiarse la posibilidad de hacer coincidir los mapas sociales y sanitarios.

Descentralización en la toma de decisiones y desarrollo de la capacidad de gestión de los profesionales de atención directa.

Diseño de protocolos de derivación que hagan posible la automatización de los procesos.

Utilización de sistemas de información e instrumentos de valoración comunes que eviten la multiplicación de esfuerzos profesionales y el consiguiente gasto inútil. Pero además, que eviten el que una persona en situación de dependencia, o su persona cuidadora deban someterse a sucesivos interrogatorios y juicios minuciosos, que, con excesiva frecuencia sólo contribuyen a dilatar la solución a sus acuciantes problemas (Como recoge el Informe Defensor del Pueblo, 2000).

Las Áreas o Sectores sanitarios deberán coordinarse con los servicios sociales. Los equipos gestores de casos, representan potencialmente la personificación de las estrategias de coordinación.

En nuestro país la falta de sistemas de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, dificulta que los profesionales sanitarios, especialmente de enfermería realicen ese papel de tutores-gestores como se ha mencionado varias veces.

Por tanto, la atención a la dependencia requiere actuaciones integradas en todos los ámbitos de atención. La atención sanitaria será más importante cuanto mayores sean las necesidades propiamente sanitarias de las personas dependientes conforme a lo establecido en sus diferentes programas de atención primaria y especializada. Por su parte, los servicios sociales deberán asumir de forma complementaria la prestación de los servicios domiciliarios, intermedios e institucionales que se precisen.

Despejar por tanto qué profesional debe tener el protagonismo en este nuevo campo, debe hacerse desde el análisis de las competencias. Para ello, es indispensable identificar el "qué hay que hacer" y posteriormente "quién posee la competencia" y dado que estamos en un sistema de escasez de recursos "quién es además el más costo-efectivo", pregunta última que, además, debe tener en consideración



las características del trabajo cotidiano del profesional. Desde la perspectiva de la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia, la gestión de servicios dirigida a personas en situación de dependencia precisa otorgar un papel principal a un profesional que reúna una serie de requisitos, como comentaba al principio, estos podrían ser:

- Cercano, tanto por su presencia en todos los núcleos de población como por su reconocimiento por parte de la ciudadanía como parte del sistema que ofrece los servicios.
 - Competente, entendida la competencia como la aptitud del profesional para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las "buenas prácticas" de su profesión y para resolver situaciones complejas en colaboración con otros profesionales.
 - Visión integral para valorar necesidades bio/psico/sociales y emitir Juicios Diagnósticos sobre dichas necesidades.
 - Capacidad de anticipación por la posición ventajosa que ofrece la proximidad y el seguimiento continuado.
 - Capacidad de gestionar la "escasez", la limitación de recursos hace necesaria una adecuada gestión de los mismos, promoviendo el uso racional, priorizando en la asignación a los más frágiles y generando adaptaciones creativas para paliar dicha escasez.
- Formación y presencia en el sistema sanitario en tareas de coordinación.
 - Relación costo-efectividad alta.

En otras palabras, sería necesario un profesional que pueda con relativa facilidad identificar en su trabajo cotidiano situaciones de dependencia, que pueda hacerlo además en el contexto en el que se producen y evolucionan (domicilio y hospital), que pueda valorar los recursos que se tienen a disposición en el entorno (red familiar, social, suplencia / ayuda contratada...), que conozca las preferencias de las personas con las que viene manteniendo una relación empática y profesional a lo largo del tiempo, y que al tener conocimiento de los servicios disponibles pueda analizarlos y proponerlos para dar respuesta a la dependencia y mejorar la autonomía ajustada a la necesidad, preferencia y solvencia económica, en coordinación o de forma complementaria con los profesionales del campo de lo social.

No se cae en el corporativismo al afirmar que las enfermeras poseen estos atributos y por tanto están llamadas a ser un pilar para la coordinación socio-sanitaria.

Su visión integral les permite realizar un diagnóstico bio/psico/social de las necesidades de cuidados que presenta la población en situación de dependencia y utilizar instrumentos para graduarla. las enfermeras de AP, además, como conocedoras de cerca de las situaciones de dependencia, pueden proporcionar un valor añadido para evitar una posible burocratización de algunas funciones en la atención socio-sanitaria.

bibliografía

Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2004.

Aportaciones ASANEC al Libro Blanco de La Dependencia. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Septiembre 2005.

Anteproyecto de Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes.

Gala FernandezB, Lopez Alonso SR, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación y atención socio-sanitaria a personas con dependencia. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/54/0709.php> consultado el 13/3/2007.

Terraxa Núñez R, Vargas Loenzo I, Vazquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. DOYMA. Gaceta Sanitaria. Miércoles 1 de Noviembre de 2006. Volumen 20-Nº 06 p. 485-495. Disponible en <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13096516>> consultado el 23/01/2007

Arriaga Piñeiro E, Martínez Riera JM. Las Enfermeras y el Anteproyecto de Ley de Promoción de La Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Retos y Oportunidades. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2006 54. Disponible en < <http://www.index-f.com/index-enfermeria/54/6306.php>> consultado el 6/3/2007.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de La Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. (BOE Nº 299 de 15-12-2006).

Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y calidad del SNS. (BOE nº 128 de 29-05-03).

Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias. 44/2003 de 21 de noviembre. BOE nº 280 de 22 de noviembre de 2003 (art. 13 / 1).

Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias. 11/1994 de 26 de julio. BOC nº 96 de 5 Agosto del 1994.

Plan de Salud de Canarias. Decreto 3/1997 de 21 de enero. BOC nº 41 de 31 de marzo de 1997.

Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.

North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación. 1997-1998. Ed. Harcourt. Madrid 1997.

Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. Clasificación de Resultados de enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Harcourt, Mosby. Madrid. 2001.

McCloskey, JC y varios. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Ed. Harcourt, 3ª Ed. 2003.

