

## ***Posicionamiento de SEMAP con respecto a la atención enfermera a la población infantil en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS)***

La **SOCIEDAD MADRILEÑA DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SEMAP)** defiende que **todos los cuidados enfermeros en el primer nivel asistencial los preste la Enfermera Familiar y Comunitaria, sin fragmentación de edades ni situaciones de salud, tal y como está fundamentada la propia especialidad.** La enfermera familiar y comunitaria (EFyC) en la APS es la responsable de prestar cuidados enfermeros para dar respuesta a las necesidades de salud de un cupo de población del que es referente y que incluye tanto niños, jóvenes, adultos y ancianos como personas sanas y personas con problemas de salud y/o discapacidades.

La eficiencia en la gestión de los cuidados que ofrece la EFyC permite abordar un amplio abanico de casuísticas, lo que representa una auténtica fortaleza para la eficiencia del sistema sanitario, derivando al resto de enfermeras especialistas los problemas o situaciones especialmente complejas y exclusivas de sus ámbitos competenciales y niveles de actuación.

La prestación de los cuidados tanto al niño sano, como en la etapa de adolescencia y posteriormente adulta, requieren de la atención de la enfermera familiar y comunitaria de referencia, que propicia la continuidad de cuidados durante toda la etapa vital, realizando un abordaje integral de la salud desde la infancia, teniendo presente la unidad familiar y su entorno más cercano, la comunidad, y atendiendo aquellas necesidades y demandas desde este contexto. La atención de la familia en su conjunto, desde la infancia hasta el final de la vida de la persona, conociendo el contexto familiar y sus diferentes etapas del desarrollo, no puede verse amenazada por una atención fragmentada del individuo, atendida por diversos especialistas dentro del primer nivel asistencial.

Desde SEMAP solicitamos a la Consejería de Sanidad de Madrid un adecuado uso de los recursos. Desde el punto de vista de la gestión sanitaria en materia de recursos humanos, implantar un modelo asistencial en la APS multifragmentado por diversas especialidades enfermeras supondría una clara ineficiencia debido a la rigidez organizativa que supone y a la falta de integralidad en la atención, alejándose de la visión que, como enfermeras y enfermeros familiares y comunitarios concedores de la necesidad de atención familiar, defendemos.

En definitiva, la excesiva parcelación de la asistencia por especialidades en Atención Primaria complica la organización restando flexibilidad y eficiencia al sistema, a la vez que rompe el modelo de atención integral.

SEMAP reivindica públicamente con este posicionamiento, que no se repitan errores pasados al crear nuevos dispositivos que generen expectativas en los ciudadanos que no aportan mejoras en el proceso de atención de cuidados enfermeros, y evitemos seguir fragmentando la Atención Primaria con otras especialidades enfermeras. **Son los y las especialistas en Enfermería Familiar y**

**Comunitaria los profesionales más adecuados por formación, competencias y eficiencia para realizar el grueso de la asistencia enfermera a todo el núcleo familiar en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.**

## ARGUMENTACIÓN DEL POSICIONAMIENTO

Para enfocar correctamente el tema de cómo deben prestarse los servicios enfermeros a la población infantil conviene tener presente dos cuestiones importantes:

1. **Las características del ámbito asistencial.** Tal y como define Bárbara Starfield, algunos de los elementos esenciales de la Atención Primaria, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:
  - a. **Integral:** abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.
  - b. **Integrada:** asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
  - c. **Continuada y longitudinal:** desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja...
2. **La necesidad de prestar unos cuidados especializados en coherencia con el ámbito asistencial propio.** Hay campos especializados que se desarrollan con un claro enfoque en torno a la atención de la enfermedad. Sin embargo, la especialidad en atención familiar y comunitaria tiene su especificidad en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y sus secuelas, y en el desarrollo de su actividad, incluso en el caso de la enfermedad avanzada, en el ámbito más cercano a la persona, el ámbito comunitario, y poniendo el foco en el fomento del autocuidado y la autonomía de la persona.

Son numerosos los autores que alertan de que “...los sistemas sanitarios deben girar la brújula de sus objetivos fundamentales desde el norte de la enfermedad al de la salud...” y que **advierten que la parcelación por edad** a la hora de atender a la población “...**dificulta** la consecución de grados óptimos de **longitudinalidad y continuidad de la atención** y lesionan conceptualmente el papel de los profesionales de referencia... Los médicos y enfermeras de familia deberían ser la puerta de entrada única para la atención de todos los problemas... y los otros profesionales deberían actuar como consultores,” (Zurro y Jódar).

## Evolución y situación actual de la organización de los servicios enfermeros en la APS

Desde la implantación de los primeros centros de salud en la Comunidad de Madrid en la década de 1980 han coexistido dos modelos de organización de la atención enfermera a la población infantil:

El modelo que vamos a llamar “*Modelo de atención familiar*” en el que todas las enfermeras del centro de salud atienden un cupo poblacional en el que hay tanto población adulta como infantil. En un principio, la asignación de la población se realizó por familias pero actualmente, con la existencia de la libre elección de profesional, no es condición indispensable atender a todos los miembros de la familia.

El segundo modelo lo llamaremos “*Modelo de atención a población adulta o a población infantil*” en el que unas enfermeras atienden a población mayor de 14 años (adultos) y otras (mal llamadas “enfermeras pediátricas”) atienden a los menores de 14 años, ambas de forma exclusiva. En este modelo la diferenciación de las edades es la misma que se hace entre los médicos del centro: médicos de familia y pediatras y en ambas situaciones son enfermeras que, en la inmensa mayoría de los casos, no tienen ninguna especialidad o expertía reconocida o requerida como criterio para el puesto de trabajo.

Esta situación, propiciada en su momento por la falta de aprobación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, ha ido evolucionando de forma dispar en función de las líneas directivas concretas en algunas zonas, de los perfiles profesionales o de las preferencias organizativas de los miembros de los equipos de la APS. Sin embargo la aprobación del decreto de especialidades y del programa formativo de la especialidad de EFyC ya aporta un modelo claro de atención familiar.

En la comunidad de Madrid, aproximadamente, un 40,5% de las enfermeras son de “*atención familiar*”, un 8,9% de “*atención a población infantil*” de forma exclusiva y un 50,7% de “*atención a población adulta*”. Esta situación heterogénea de Madrid puede ser similar a la del resto del territorio nacional, ya que nunca ha habido una apuesta decidida por un modelo concreto durante el periodo de desarrollo de los servicios de la APS.

Las causas de esta disparidad organizativa son múltiples pero sin duda hay dos que prevalecen sobre otras. **La primera es la tendencia a imitar el modelo organizativo de los servicios médicos**, es decir, el hecho de que haya pediatras en los centros de salud y que los médicos de familia no atiendan, en la mayoría de los centros, a la población infantil es lo que primero condiciona que los servicios enfermeros se organizaran siguiendo esta fragmentación por edades y dando lugar a dos modalidades diferentes de asignación de la población de referencia a las enfermeras.

La segunda causa, y al mismo tiempo la que propicia la primera, es la **falta de una apuesta decidida por un modelo de prestación de servicios enfermeros** basado en un modelo de cuidados comunitario que dé la mejor respuesta, desde el primer nivel asistencial, a las necesidades de cuidados de la población. En el caso concreto de la población infantil, estas necesidades son mayoritariamente de promoción de salud y prevención de la enfermedad y enmarcadas en el ámbito familiar y social más próximo.

## **Necesidad de definir el modelo de atención enfermera en la APS**

En el momento actual, con la existencia de varias promociones de enfermeras especialistas, entre las que se encuentran la EFyC y la EP, y cuando hay que comenzar el proceso de definición de los puestos de trabajo para la recién creada categoría de “Enfermera especialista”, comienza a plantearse la cuestión de si debe haber enfermeras pediátricas en la APS para atender a la población infantil, o si, por el contrario, es la EFyC la responsable de atender a toda la población en el ámbito comunitario. **A esta cuestión, de convivencia y relación entre las especialidades enfermeras y que ha de resolverse exclusivamente desde el ámbito de la disciplina enfermera**, se suma la reivindicación de “enfermera solo para niños” en los centros de salud, que es apoyada muy entusiastamente por las asociaciones y colectivos de pediatras, bajo argumentos supuestamente basados en la mejora de la

calidad de la atención a la población infantil pero que ocultan otros de interés propio y comodidad organizativa.

La realidad es que, en este momento en el que hace 12 años que está reconocida en España la necesidad de enfermeras especialistas para el ámbito comunitario y que hay ya 5 promociones de enfermeras especialistas en EFyC, el colectivo enfermero en la APS presenta una gran heterogeneidad. En los centros de salud de toda España conviven, en igualdad de funciones y responsabilidades asistenciales, enfermeras expertas y con competencias en el campo de la EFyC, que incluso asumen la tutorización de los y las nuevas especialistas, con otras que carecen de dichas competencias. Esta situación, conocida por todos, viene propiciada por los acuerdos sindicales con las sucesivas DGs de RRHH, en los que no se valora ningún mérito de conocimientos y capacitación de los profesionales y se permiten los continuos movimientos entre el ámbito hospitalario y los centros de salud de la APS. **Esta política de RRHH propicia una situación que pone en riesgo la calidad asistencial de los servicios de la APS en su conjunto, y no solo los destinados a la población infantil.**

## **Argumentos que apoyan el posicionamiento de SEMAP**

El *Real Decreto 450/2005* reconoció la necesidad de regular y definir las especialidades de Enfermería para poder ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad ante la evolución de las necesidades de atención sanitaria de la población. En este decreto se definen un total de 7 especialidades de Enfermería entre las que se encuentran la Enfermería familiar y comunitaria y la Enfermería pediátrica.

Posteriormente, la *Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, aprueba* y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, reconociendo la necesidad de cuidados enfermeros especializados en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

En dicha orden aparece como misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria, la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital, desde el nacimiento hasta el final de la vida. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con visión holística del ser humano en relación con el contexto familiar, social y ambiental.

El profesional especialista en Enfermería familiar y comunitaria desarrolla competencias avanzadas para el abordaje integral de la salud del niño y el adolescente en su entorno/unidad sociofamiliar. Estas competencias están dirigidas a:

- **Promover la salud de los niños y las niñas en la familia y en la comunidad, con especial atención a la escuela.**
- **Prevenir** la enfermedad de los niños y las niñas **en el contexto familiar y comunitario.**
- Prestar **cuidados especializados en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas...**
- **Promover la salud de los adolescentes y prevenir** enfermedades en sus aspectos, biológico, psicológico y social, tanto individual como **grupalmente.**
- **Fomentar el desarrollo sexual** y la identidad de género, detectando posibles dificultades.
- Contribuir a que las **familias aborden** eficazmente la crisis de la adolescencia.

- Dirigir, colaborar o participar en **programas de EpS dirigidos a adolescentes**.

Como se puede apreciar este enfoque de la especialidad de EFyC es el que se adecúa a las características de la APS, anteriormente descritas e internacionalmente reconocidas, y contempla la atención infantil en el contexto de la atención familiar.

Paralelamente, en la misma fecha aparece la Orden SAS/1730/2010, que publica el programa de la especialidad de Enfermería pediátrica. El programa formativo **de Enfermería pediátrica (EP) va dirigido a capacitar** a la enfermera especialista para proporcionar cuidados especializados y de alta complejidad a niños y adolescentes con problemas de salud que requieren atención hospitalaria, con la alteración que dicha situación supone tanto para el niño como para la familia.

El programa formativo describe cómo, al finalizar la residencia, la enfermera especialista en Enfermería Pediátrica **debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para:**

- ... acompañar en los procesos que conlleven una pérdida o un cambio de vida.
- Mantener una comunicación eficaz... que contribuya a una mejora en los cuidados prestados en un clima de colaboración multiprofesional.
- Realizar educación para la salud... en los diversos ámbitos de actuación en calidad de **asesor-experto**.
- Valorar la **repercusión de la hospitalización** y de los procesos de enfermedad que implican una pérdida o un cambio de vida...
- **Planificar los cuidados al alta hospitalaria**... Elaborar el informe de continuidad de cuidados y garantizar una asistencia profesional adecuada en el domicilio, **coordinando**, la atención necesaria con los profesionales de los **diferentes niveles: atención primaria**...
- Valorar y prestar cuidados integrales al niño y adolescente con un **proceso quirúrgico**...
- Valorar al niño y adolescente con un proceso crónico, y/o con discapacidad,... asegurando una **actuación compartida y coordinada** entre atención primaria y el hospital.
- ...cuidados de enfermería al niño con un **proceso oncológico** de forma autónoma...
- ...cuidados de enfermería... que requiere atención en las **unidades de Urgencias, Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)**
- Proporcionar el **apoyo emocional** necesario, ante el impacto producido por la gravedad de la enfermedad, el **ingreso en Urgencias, UCIN o UCIP**,

La formación adquirida por los y las especialistas en enfermería pediátrica les capacita con competencias avanzadas para la atención del niño y adolescente en procesos de enfermedad complejos. Por tanto, es en el entorno hospitalario donde realmente puede desarrollar esas competencias y contribuir a la mayor calidad y eficiencia en los cuidados.

Reclamar enfermeras especialistas en pediatría en los centros de salud podría provocar un mayor intervencionismo, fruto de que su mayor expertía está en la enfermedad, y una disminución de las intervenciones de promoción de la salud que, lógicamente, han de realizarse conjuntamente con la familia, con la limitación que supone que los adultos tengan asignada una enfermera diferente. Detectar necesidades de intervención en el seno de una familia y que estas tengan que ser atendidas por enfermeras diferentes es, claramente, una pérdida de oportunidad y de eficiencia.

La sociedad actual presenta unas demandas de salud derivadas de circunstancias concretas (factores demográficos, patologías prevalentes, tecnologías de la información, movimientos poblacionales, hábitos de salud, estilo de vida, tipo de familia, nuevas expectativas del ciudadano, etc.) que requieren cuidados integrales y de calidad, tanto en promoción de la salud, como en prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación. Para dar respuesta a estas demandas de salud la actual Cartera de Servicios de la APS contempla una serie de servicios que, en lo que se refiere a la atención de la población infantil y adolescente, tienen fundamentalmente un carácter promotor de salud y/ o preventivo, como son los relacionados con la promoción en la infancia y en la adolescencia de hábitos saludables, la detección precoz de problemas del desarrollo o las vacunaciones sistemáticas. En este contexto cobra relevancia el rol educativo/entrenador en autocuidado que desempeña la EFyC con las familias, los adultos al cuidado de los niños, y la organización de los servicios más eficiente para el desarrollo de esta intervención será el modelo de atención familiar.

Por ello, la cuestión no es reclamar para la APS enfermeras especialistas por edades (Enfermera pediátrica, Enfermera geriátrica...) sino defender los cuidados especializados, manteniendo la longitudinalidad e integralidad en la atención y el enfoque de atención familiar, que en el caso del ámbito comunitario los proporciona la EFyC.

Uno de los argumentos esgrimidos, fundamentalmente por el colectivo de los pediatras, para defender la existencia de enfermeras dedicadas exclusivamente a la población infantil, es la falta de expertía de las enfermeras de "atención familiar", es decir, que las enfermeras que ven niños y adultos no tienen los suficientes conocimientos y habilidades para atender adecuadamente a los niños. Y esto lo hacen sustentados en publicaciones de escaso rigor metodológico y científico como es el estudio descriptivo titulado "¿Quién realiza los controles de salud en la comunidad valenciana? propuestas de mejora"<sup>1</sup>.

**Realmente la reivindicación actual de los pediatras es que en los centros de salud haya enfermeras, especialistas o no, pero que atiendan solo niños.** Por lo tanto, entendemos que es una petición más orientada al mantenimiento de un modelo propio y a la comodidad organizativa, que a la propia mejora en la atención enfermera a la población infantil. La enfermera familiar y comunitaria tiene las competencias necesarias para la atención del niño sano, y se le debería dar una mayor autonomía, dejando en sus manos la mayoría de los controles de salud de la población infantil. Sin embargo, esta no es la realidad; muchas de las intervenciones que pueden hacer las enfermeras siguen en manos de los pediatras, por lo que parece que no se opta por dotar de mayor autonomía a las enfermeras, sino por un modelo adaptado a las necesidades de los propios pediatras.

La realidad actual es que la calidad asistencial depende más de factores individuales de los propios profesionales y no afecta solo a la población infantil sino a todos los servicios de la APS, como demuestra Raúl García Vallejo en su estudio publicado en la Revista Metas de Enfermería, bajo el título "Enfermera familiar o de pediatría: ¿qué modelo de trabajo es más efectivo en Atención Primaria?"<sup>2</sup>. Tras analizar resultados de cartera de servicios y de contrato programa de varios centros de salud de Madrid, concluye que no se puede deducir que se obtengan mejores resultados en la población infantil y adolescente con el modelo de "enfermera exclusiva de niños", sino que más bien

---

<sup>1</sup> Soriano Faura, Javier et al. *¿Quién realiza los controles de salud en la Comunidad Valenciana?: propuestas de mejora. Rev Pediatr Aten Primari.* 2016;18:17-24

<sup>2</sup> García Vallejo, Raúl et al. *Enfermera familiar o de pediatría: ¿qué modelo de trabajo es más efectivo en Atención Primaria? Metas Enferm.* 2017; 20(3): 49-55

las diferencias en los resultados de los distintos modelos organizativos, obedecen a diferencias individuales de los profesionales. Igualmente hay que recordar que el modelo de atención familiar es el utilizado en toda la zona rural y no hay datos objetivos de que los niños estén peor atendidos.

A este respecto, y aunque hemos comentado anteriormente la necesidad de resolver este tema desde una perspectiva exclusivamente enfermera, conviene también hacer un breve comentario sobre los múltiples problemas organizativos que surgen para gestionar las ausencias reglamentarias de las enfermeras de atención infantil. ¿Deberán ser suplidas la totalidad de sus ausencias?, lo que supone un trato diferente con respecto al resto de las enfermeras del centro de salud o, por el contrario, ¿en ausencia de las enfermeras de niños la atención a su población podrá realizarla una enfermera de adultos con, supuestamente, “menos competencias”? ¿Dejarán de poder ocupar las vacantes que se produzcan en uno u otro modelo las enfermeras del modelo contrario? ¿Por qué actualmente en centros donde las enfermeras no quieren adoptar el modelo de atención familiar sí se permite que las “enfermeras de adultos” ocupen una plaza de “atención infantil” cuando hay comisiones de servicio a vacantes del turno de mañana? ¿Prima el turno y la comodidad organizativa frente a la “supuesta expertía”?

Tal y como se ha argumentado, la situación actual arrastrada desde hace años por la ausencia del modelo organizativo que proporciona la especialidad de EFyC y por la presencia de pediatras en los centros de salud, ha generado unas inercias en todos los profesionales de los equipos de atención primaria, incluidas las enfermeras, difíciles de cambiar. Sin embargo, con la necesidad actual de realizar cambios para poder afrontar los retos sanitarios futuros, **las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en un modelo organizativo de atención familiar son las que mejor respuesta asistencial pueden ofrecer a las necesidades de TODA la población en el nivel asistencial de la Atención Primaria de Salud.**

**JUNTA DIRECTIVA DE SEMAP  
JUNIO 2017**