



ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE Y
ENFERMERA HOSPITALARIA DE ENLACE

La figura de la Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE) y la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), como gestoras de casos, se desarrollan por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) para proveer una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva en Atención Primaria y Atención Especializada, adaptándose a los cambios que está sufriendo la población.

La sociedad andaluza, en los últimos años, está sufriendo una serie de cambios sociodemográficos y de morbilidad similares al del resto de países occidentales que repercuten directamente sobre su salud y como consecuencia, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios. Entre los cambios producidos se pueden destacar: el envejecimiento poblacional, la cronificación de enfermedades, el aumento de las personas con discapacidades, los cambios en la estructura familiar, y la incorporación de la mujer al mundo laboral ^{1,2,3}

Todos estos cambios se están traduciendo en un significativo aumento de personas que presentan importantes y complejas necesidades de cuidados en el domicilio familiar, muchas de las cuáles aparecen derivadas del alta hospitalaria. ^{3,5,6}

Esta situación está poniendo de manifiesto el Síndrome Socio-sanitario, definido como el *“Problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto físicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales...de etiología plural (biológica, familiar, psicológica, etc), ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente”*.⁷

ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE

El **Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas** puesto en marcha por la Junta de Andalucía, recoge actuaciones específicas en campos como la educación, la vivienda, el empleo y la sanidad. ⁸

A raíz de este Decreto, en materia de sanidad, el Servicio Andaluz de Salud ha desarrollado, entre otras estrategias para mejorar la atención domiciliaria la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace, cuyo principal objetivo se centra en potenciar la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales en el equipo de Atención Primaria y con el de Atención Especializada.⁹

La Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados.

La gestión de casos es un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos.

La gestión de casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados, mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizandolos recursos necesarios garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora.

La **ECE** se encargará de que los pacientes y sus cuidadoras cuenten con una valoración integral acorde con sus necesidades (realizada por ella y/o por otros profesionales del EBAP) que determine un plan de actuación enfocado fundamentalmente de paliar los problemas de salud existentes y prevenirlos.



Realizará, junto con el resto del equipo, todas aquellas actividades dirigidas a la información y formación de las cuidadoras, prestando apoyo a la persona cuidadora de forma individual y grupal.

Esta enfermera incorpora a su modelo de práctica clínica la **coordinación** como elemento fundamental y constituye un eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria, teniendo una participación activa en las Comisiones de Cuidados de Área, discusión de casos, sesiones de seguimiento de planes de cuidados conjunto y planificaciones al alta conjunta.

POBLACION DIANA

La población diana del servicio de Enfermera Comunitaria de Enlace se compone de todas aquellas personas susceptibles de recibir atención a domicilio que por la complejidad de su proceso o situación de salud requieran la puesta en marcha de elementos de coordinación con diferentes profesionales y de la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que de respuesta a sus necesidades de cuidados y a las de su cuidadora.

Se distinguen los siguientes grupos de personas dentro de esta población diana:

- **Personas inmovilizadas o grandes discapacitados**, estimándose esta población en el 15 % de los mayores de 65 años¹.
- **Personas inmovilizadas o grandes discapacitados menores de 65 años**, estimándose en el 9,6 ‰ de los menores de 65 años².
- **Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos**, estimándose ésta en el 0.3 % de la población general¹.

¹ Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003. Dirección General de Asistencia Sanitaria, subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio de Cartera de Servicios. Enero 2003

² INE

- **Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio** estimándose ésta en el 12,5 % del total de las altas hospitalarias³.
- **Personas cuidadas en instituciones**, estimándose en un 2,5 % de la población mayor de 65 años⁴.
- Cuidadoras principales **de este tipo de pacientes**. Se estima en un 50 % del total de personas necesitadas de cuidados domiciliarios, **sin incluir las personas internadas en residencias**.

OBJETIVOS ASISTENCIALES DE LA ECE

- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona incapacitada y/o de riesgo atendida en su domicilio, que cumpla con los criterios de inclusión.
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.
- Facilitar la mejora de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.
- Mejorar la coordinación del equipo de Atención Primaria con la red social.
- Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
- Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el cuidado

ACTIVIDADES

Las actividades de la ECE deben tener como base el documento de objetivos y actividades de la enfermera comunitaria de enlace, junto con los procesos asistenciales y programas puestos en marcha en el marco de la Consejería de Salud y el SAS. Además, la ECE de forma conjunta con los profesionales de los EBAP, deberán desarrollar y revisar planes de actuación específicos: protocolos, guías de práctica clínica y planes de cuidados.

³ Memoria 2001. Distrito Sanitario Málaga.

⁴ "Las personas mayores en España". Informe 2002. Inerser. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

En líneas generales, las actividades de la ECE deben basarse en:

- Captación activa, junto con otros miembros del EBAP y otros profesionales del Dispositivo de Apoyo, de todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria.
- Impulsar la atención integral a las necesidades de cada persona captada, por todos los profesionales que intervienen en la provisión del servicio, directamente y / o de forma complementaria en todos los casos necesarios
- Captación de las cuidadoras principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria
- Impulsar medidas que mejoren la atención integral a las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria
- Ofrecer talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria
- Fomentar redes de apoyo, formales e informales, para los cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria
- Participar en actividades de formación conjunta con los profesionales de los EBAP
- Consensuar modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria
- Realizar actuaciones concretas con las redes informales tales como: colaboración con asociaciones de cuidadores informales, ONG, promover redes de acompañamiento con voluntariado...
- Planificación de altas hospitalarias con las enfermeras supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización de aquellos pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa de atención domiciliaria
- Coordinación con las Enfermeras de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) para la puesta en marcha de mecanismos para el desarrollo de programas de cooperación entre ambas como: programas de interenlace, formación y asesoramiento.
- Realizar la valoración y petición del material de ayuda teniendo como referencia el protocolo de asignación de dicho material junto al resto de los



miembros del EBAP y las Trabajadoras Sociales de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios

- Colaborar en la recuperación de material de ayuda de atención domiciliaria junto al resto de los miembros del EBAP y las Trabajadoras Sociales de los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios

ENFERMERA HOSPITALARIA DE ENLACE

La Atención Especializada está prestando servicios a una población cada vez más envejecida, y con múltiples y complejos problemas socio-sanitarios. Son, precisamente, estas circunstancias las que demandan la presencia de una enfermera en el ámbito hospitalario dedicada a la gestión de casos para la población más vulnerable, la Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE). Esta EHE facilita la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral a la salud de esta población y de sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno al domicilio.

La creación de la figura de la EHE forma parte de una serie de medidas adoptadas por la Consejería de salud y el Servicio Andaluz de Salud para dar respuesta a la variable demanda sanitaria de la población andaluza como son el Plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud, II Plan de Calidad de la Consejería de Salud, III Plan Andaluz de Salud y el Contrato Programa periodo 2005-2008.

En el ámbito hospitalario, la Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles es el servicio referente para la continuidad de cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. Esta unidad presenta unas características propias que se detallan a continuación. La Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles tiene su origen en la necesidad de encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema. Con este propósito, sus profesionales ayudan al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación,



discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia prestada al usuario. La EHE enmarca su trabajo dentro de esta Unidad de Coordinación de Cuidados.

La EHE al igual que la ECE enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados, ofreciendo un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promoviendo la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizando el máximo bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares, mediante la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegurando la continuidad de la atención.

POBLACION DIANA

La población diana a la que da cobertura la Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles se compone de todas aquellas personas ingresadas en el hospital que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras.

Los beneficiarios de este servicio son diversos, entre los cuáles se pueden destacar los siguientes grupos de población:

- Pacientes incluidos en el mapa de procesos asistenciales
- Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados, no incluidos en los procesos anteriores como: pacientes crónicos incapacitantes, pacientes con deterioro cognitivo, pacientes con deterioro funcional, ancianos frágiles, pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes, especialmente aquellos con hospitalizaciones reiteradas.
- Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
- Cuidadores familiares principales de los anteriores



OBJETIVOS ASISTENCIALES DE LA EHE

Los objetivos del servicio prestado por la EHE comprenden:

- Garantizar la captación de la población diana
- Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria
- Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria
- Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles

CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE COORDINACION DE CUIDADOS

La Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles ofrece una serie de servicios, entre los que se pueden destacar:

- Participación en la coordinación de ingresos solicitados desde Atención Primaria.
- Participación en la valoración y planificación de cuidados.
- Coordinación de las intervenciones derivadas de problemas multidisciplinares que forman parte del plan asistencial
- Gestión de citas y servicios pendientes en el entorno hospitalario durante el ingreso y de preparación para el alta (para paciente y cuidadora principal)
- Gestión conjunta, con las ECE y EF, de las actuaciones y servicios que garantizan la transferencia adecuada al domicilio
- Gestión de recursos hospitalarios para resolver necesidades de cuidados de los pacientes en el domicilio.
- Intervenciones individuales y/o grupales a los familiares, especialmente a cuidadoras principales.
- Consultoría telefónica



ACTIVIDADES DE LA EHE

- Garantizar la captación de la población diana
- Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria
- Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria
- Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles

10. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es (Visitado el 15 de julio de 2005)
2. Instituto de Estadística de Andalucía. www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/ (Visitado el 15 de julio de 2005)
3. García Calvente MM, Mateo I et al.: Sistema Informal de cuidados en Andalucía. EASP. 1999.
4. World Health Organization. Health For All Database. June 2005. www.who.org. (Visitada el 15 de julio de 2005).
5. González- Linares R, Aramburu I, Ruiz MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Osakidetza. Rev Calidad Asist 2002; 17(4): 232-6.
6. De Pedro J, Gallo J., Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. Gerokomos 2001; 12(1): 29-32.
7. Castaño C, Cossent L, Martínez C. El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo de salud pública. Rev Esp Salud Pública 1994; 68: 261-6.
8. Decreto 137/2002 de 30 de abril de Apoyo a las familias andaluzas.
9. Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun 2005; 1(1): 43-48.
10. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 1999.
11. II Plan Marco de Calidad 2005-8. Caminando hacia la excelencia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2005.
12. III Plan Andaluz de Salud. 2003- 2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2003.
13. Contrato Programa Hospitales periodo 2005 - 2008. Acuerdo de gestión entre Distritos y Hospitales. Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud. 2005.