

## Atención domiciliaria

### Concepto y características

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud, bien por problemas sociosanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio. Su definición presenta ciertas singularidades, ya que ésta no se realiza, como es habitual en medicina, en función de una enfermedad sino que depende de una circunstancia biopsicosocial: el enfermo no puede salir de su domicilio, lo que conduce a los profesionales sanitarios a desempeñar sus tareas en un ámbito extrainstitucional —el domicilio del paciente— y a priorizar el papel de otros interlocutores y proveedores de cuidados del paciente —la familia— (Grupo ATDOM, 2003).



La atención domiciliaria es una modalidad asistencial destinada a las personas que requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio, debido a su situación de salud o a problemas sociosanitarios.

La atención domiciliaria, en función de quién inicia la demanda, tiene una doble vertiente. Puede constituir un servicio a demanda del paciente o de su familia, por problemas agudos de salud o por la complicación o reagudización de un problema crónico, que impide al usuario acudir al centro de salud. En estos casos suele requerir una atención sanitaria puntual y prioritariamente médica. En otras ocasiones, la atención domiciliaria constituye un servicio planificado, concertado con el usuario, que surge por iniciativa de los profesionales del EAP y que responde a necesidades sociosanitarias o de cuidados (bien por alta hospitalaria, o por tener el paciente problemas de inmovilidad, o por padecer procesos crónicos), atención que realiza prioritariamente la enfermera de atención primaria con el concurso de otros miembros del equipo.

Por otra parte, la visita domiciliaria tiene un importante valor adicional, ya que nos permite conocer directamente el medio en el que viven las personas y su grupo familiar, valorar su capacidad de autonomía y nivel de dependencia, y apoyo en el ámbito del cuidado.

La atención domiciliaria presenta una serie de características definitorias que se resumen en la tabla 8.11.

En cuanto al volumen de demanda, la atención domiciliaria ha adquirido una importancia creciente en los últimos años y

Atención longitudinal y continuada

Se realiza en el domicilio del individuo

Se realiza bajo una concepción de atención biopsicosocial

El núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora

Los recursos necesarios para la atención a los problemas son realizables en el domicilio

De Ferrer C, 2006.

presenta unas expectativas futuras de importante incremento entre otras, por las siguientes razones (Grupo CODAE, 2000; Grupo ATDOM, 2003):

- La mayoría de personas mayores y dependientes desean permanecer en sus propios domicilios el mayor tiempo posible. Asimismo, en los últimos años los pacientes en situación terminal solicitan cada vez más morir dignamente en su casa.
- Vejez y dependencia van ligados, ya que la longevidad implica un aumento de la morbilidad crónica, de la pluripatología y de la presencia de síndromes que producen dependencia (Alzheimer, ictus, EPOC, insuficiencia cardíaca, artrosis, etc.). Las proyecciones de población indican un aumento previsible, sobre todo en la proporción de personas con 80 y más años dentro del grupo de mayores de 64. Este grupo es el que más servicios demanda, por presentar una mayor prevalencia de enfermedad y de pérdida funcional. Está claro que la presión demográfica derivada del envejecimiento supone un aumento de la necesidad de cuidados, sobre todo de los orientados a suplir o compensar la pérdida de capacidades para el autocuidado.
- Los factores predictivos más importantes de atención domiciliaria son: edad avanzada, deterioro cognitivo, enfermedad crónica invalidante y dependencia para una o más de las actividades básicas de la vida diaria, multiplicándose la probabilidad de necesitar este tipo de atención entre los sujetos con dos o más factores de riesgo.
- El objetivo de reducir la estancia en los hospitales mediante altas precoces, y el aumento de actividad hospitalaria sin ingreso, ha incrementado la presión sobre los servicios de atención primaria, sin que se trasladara al mismo tiempo hacia ellos los recursos financieros necesarios.
- Los cuidados institucionales son costosos. Prevenir la enfermedad y la discapacidad, así como asistir a las personas mayores para que permanezcan el mayor tiempo posible en su domicilio, es una prioridad social y económica. Por tanto, se producen políticas de sostenibilidad del uso del hospital, por intervenciones alternativas en régimen ambulatorio, y de los cuidados en régimen residencial por formas diversas de atención domiciliaria.
- La incorporación de la mujer al mundo laboral, unido al cambio de la estructura familiar (pocos miembros y dispersos por necesidades laborales), provoca una

reducción del número y del tiempo de dedicación del cuidador tradicional (la mujer), lo que obliga a disponer de más recursos sociales (cuidadores, centros de día, residencias, etc.), que si bien reducen el apoyo que la familia puede ofrecer al cuidado de salud, no impiden que ésta siga siendo la principal proveedora de atención.

- Los cambios en el contenido y en la complejidad de los cuidados a domicilio, aprovechando las oportunidades de tratamiento y vigilancia que ofrecen los avances tecnológicos.

Diversos estudios coinciden en señalar las características del paciente crónico domiciliario (García, 1997; Ruiz et al., 2007): en su mayoría son mujeres, con una media de edad superior a 80 años, que con cierta frecuencia viven solos, alrededor del 10% presenta una dependencia absoluta para todas las actividades de la vida diaria, y una proporción del 20% tiene severas alteraciones cognitivas. Los cuidadores también son mayoritariamente mujeres, con síntomas de alguna enfermedad crónica, relacionada en muchas ocasiones con el esfuerzo que realizan, y que presentan una alta prevalencia de ansiedad y depresión (Sainz et al., 2008).

La importancia creciente de la atención domiciliar es un fenómeno que implica que se destinen cada vez más recursos, tanto humanos como materiales, para atender esta demanda. Por ello, es importante estimar la carga asistencial que este tipo de atención puede suponer para el EAP. En Cataluña, al igual que sucede en otros países desarrollados, gran parte de la actividad de la atención domiciliar a los pacientes crónicos ofertada por los EAP es realizada por los profesionales de enfermería, que dedican una media de 5 horas semanales, el doble que los médicos y los trabajadores sociales (Grupo ATDOM, 2003).

## Organización y tipos

La organización de los servicios de atención domiciliar es muy variable, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Los principales estudios que comparan el grado de desarrollo de la atención domiciliar en el ámbito internacional distinguen dos grupos de países: de una parte, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suecia, Finlandia, Bélgica y Reino Unido disponen de sistemas de atención domiciliar bien desarrollados; otros, como Austria, Grecia, Italia, Portugal y España, que se incorporaron al proceso de atención domiciliar formal con posterioridad, están aún en fases más preliminares de desarrollo.

Precisamente, a la hora de diferenciar los modelos de los distintos países, el conocimiento de los siguientes criterios nos puede facilitar su caracterización (Torral, s.f.):

- Los usuarios a los que se dirige el servicio, incluyendo su edad y la situación de salud.
- Los modelos de práctica profesional, incluyendo el papel atribuido a los profesionales, a los pacientes y a la red informal de cuidados, el tipo de problemas del paciente sobre los que se interviene, las actividades que se realizan, la tecnología utilizada, y los resultados que se esperan obtener de las intervenciones.
- Las características de la provisión de los servicios, entre las que se incluyen: la cualificación de los profesionales, los mecanismos de acceso al servicio, el método de asignación de

pacientes, los recursos utilizados, el grado de normalización y las fórmulas de coordinación o integración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales comunitarios.

Los servicios de enfermería a domicilio más desarrollados no requieren habitualmente la actuación del médico y se caracterizan porque (Torral, s.f):

- Utilizan la gestión de casos; es decir: valoración de los pacientes, establecimiento del plan asistencial, evaluación, coordinación de cuidados y solicitud de recursos necesarios para el cuidado, incluida la ayuda a domicilio.
- Se basan en modelos estandarizados de valoración y de clasificación de los pacientes, para priorizar los ingresos en instituciones.
- Los cuidados están sometidos a procesos de evaluación de acuerdo con estándares de práctica aceptados, y la enfermera que realiza la valoración integral y el plan asistencial suele ser especialista en enfermería comunitaria.
- Las intervenciones se dirigen a proporcionar ayuda para el autocuidado, educación del paciente y de su familia, actividades de refuerzo y apoyo a la red familiar y realización de procedimientos técnicos (desde administrar medicación parenteral o realizar una cura, hasta administrar anestesia epidural, insertar un catéter o manejar un respirador mecánico).

La provisión de servicios también varía, de unos países a otros, en cuanto a la cualificación de los profesionales que realizan los cuidados. En los países que han desarrollado un modelo basado en equipos multidisciplinares que trabajan en centros de atención primaria (como es el caso de los países nórdicos, Irlanda y España), la atención domiciliar es proporcionada por los mismos profesionales del equipo con responsabilidad sobre los pacientes y familias, como parte de un conjunto de actividades integradas, garantizando así la continuidad asistencial. En cambio, aquellos países con un modelo de atención primaria basado en prácticas profesionales independientes (como es el caso de Dinamarca y Holanda) han creado estructuras específicas para la atención domiciliar.

## Modalidades de atención sanitaria en el domicilio

Existen diferentes modalidades de atención en el domicilio en función del proveedor que la proporcione. Cuando son los profesionales de atención hospitalaria los que se desplazan al domicilio, esta modalidad se conoce como «hospitalización domiciliar»; en cambio, cuando se presta desde la atención primaria, se denomina «atención domiciliar» (Ferrer, 2006).



Según el tipo de proveedor, podemos diferenciar la «hospitalización domiciliar» cuando son los profesionales de atención hospitalaria los que se desplazan al domicilio, y la «atención domiciliar» cuando los cuidados son proporcionados por profesionales de la atención primaria.

Tabla 8.12 Diferencias entre la hospitalización a domicilio y la atención domiciliaria

	Hospitalización domiciliaria	Atención domiciliaria
Procedencia de los profesionales	Hospital	Centro de Salud
Procedencia de los pacientes	Hospital	Domicilio
Tecnificación	+++	+
Objetivos	Sustituir la hospitalización	Prevenir la hospitalización
Actividades	Hospital	Centro de Salud
Tiempo de seguimiento	Limitado	Ilimitado

De Ferrer C, 2006.

La hospitalización domiciliaria es una opción asistencial definida como el conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional. La inclusión en estos programas o unidades suele deberse a procesos crónicos con frecuentes reagudizaciones y para completar tratamientos. A diferencia de la atención domiciliaria prestada por los EAP, la hospitalización domiciliaria es una intervención vertical, concreta en situaciones de crisis y cuya responsabilidad es del hospital del que depende, mientras que en el caso de la atención domiciliaria se trata de una atención caracterizada por ser longitudinal, integral y continuada (tabla 8.12). Actualmente, la hospitalización domiciliaria resulta cuestionable por sus elevados costes y por la cada vez más sólida red de atención primaria existente para la intervención en el domicilio.

Asimismo, según las características de la provisión, podemos distinguir otras modalidades de atención a domicilio, como los modelos integrados, los dispensarizados y los sectorizados (Veras et al., 2007):

- Los modelos integrados contemplan la intervención tanto del médico como de la enfermera u otros profesionales del EAP, y se apoyan en programas asistenciales orientados a las personas y a sus grupos familiares, con independencia del problema concreto de salud. La ventaja fundamental es el conocimiento previo de la historia de salud tanto del paciente como de la familia, y que los mismos profesionales sanitarios van a atender siempre a esa persona. Además, los profesionales tienden a una mejor comunicación mutua.
- Los denominados modelos dispensarizados son aquellos en que algunos profesionales del equipo se responsabilizan de la atención domiciliaria, tanto a demanda y programada como en la atención urgente, es decir, en función del lugar y del tipo de atención. Puede ser eficiente porque aumenta la disponibilidad profesional al desvincular esta actividad de la demanda de consulta, facilita el conocimiento de

técnicas y habilidades, pero va en contra de la continuidad asistencial, la longitudinalidad y la integridad, valores esenciales de la atención primaria.

- Por último, los modelos sectorizados, más utilizados en la atención domiciliaria de enfermería, son aquellos en que el territorio o zona de salud se subdivide en sectores geográficos con el fin de minimizar el tiempo de desplazamiento. Facilita el conocimiento de la comunidad y del entorno del paciente. En las ciudades simplifica la realización de las visitas ya que evita desplazamientos a domicilios dispersos. En cambio, la organización es más compleja al tener que relacionarse la enfermera de cada zona con varios médicos.

Una nueva clasificación, en función del servicio, distingue tres modelos de organización de la atención domiciliaria (Ferrer, 2006):

1. *Modelos de sistemas de gestión coordinada y de continuidad asistencial.* Este modelo prioriza la garantía de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y la coordinación entre los sectores sociales y sanitarios. La experiencia más relevante en que se basa este modelo es la llevada a cabo en Canadá: su objetivo es promocionar el trabajo integrado por procesos asistenciales, utilizando figuras facilitadoras como las enfermeras gestoras de casos, implicadas tanto en la atención primaria como en la especializada. En este modelo se basan algunas experiencias que se están desarrollando en España.
2. *Modelos integrales basados en equipos multidisciplinares.* Es el modelo utilizado en los países nórdicos e Irlanda, y el clásico de los EAP en España. La provisión de los servicios se realiza desde los centros de salud, por parte de los profesionales con responsabilidad sobre los pacientes y sus familias: médicos de familia o pediatras y enfermeras de familia, apoyados por otros profesionales como fisioterapeutas o trabajadores sociales. Se provee como parte de un conjunto de actividades integradas, indistintamente del grado de dependencia del usuario, así se garantiza la continuidad asistencial. Su actividad clave se basa en la prevención y la promoción del autocuidado.
3. *Modelos de estructuras de apoyo para la atención domiciliaria.* Este modelo se basa en la fragmentación y la especialización de la atención. Está orientado a un tipo de población concreta o con problemas de salud específicos. Constituyen estructuras complementarias y de apoyo a los EAP, que con su especificidad buscan mejorar la capacidad de resolución por parte de los profesionales. Los más conocidos son los equipos de soporte de la atención domiciliaria (ESAD), de hospitalización a domicilio, las unidades de cuidados paliativos y de atención geriátrica especializada en domicilio, entre otros. Para el profesional del EAP supone una ayuda disponer de estos equipos, que acuden al domicilio del paciente a requerimiento del EAP. Cuentan con profesionales dedicados a la atención domiciliaria, con experiencia, preparación y conocimientos, y, además, pueden actuar como intermediarios entre la atención primaria y el hospital para la coordinación de algunos procesos asistenciales.

A pesar del notable desarrollo que ha adquirido la atención domiciliaria en distintos países, incluido España, persisten importantes dificultades que impiden una atención domiciliaria de calidad: la elevada presión asistencial que provoca una dedicación a la atención domiciliaria inferior a la deseada, recursos sociales insuficientes, inadecuada coordinación entre niveles asistenciales, entre otras.

Por último, queremos resaltar una iniciativa que se está extendiendo en España y en otros países; se trata de la implantación de una figura de gestora de casos, denominada «enfermería de enlace». Evoca la tradición británica y de otras partes de Europa que disponen de profesionales, fundamentalmente enfermeras, con dedicación específica para la atención sanitaria a domicilio que intentan asegurar la continuidad de los cuidados. Encontramos dos versiones: la que dirige su actividad sobre todo a la planificación del alta hospitalaria para asegurar la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial de estos pacientes (enfermera hospitalaria de enlace), y la que tiene por objetivo principal la atención del paciente crónico domiciliario (enfermera comunitaria de enlace o gestora de casos) y que actúa como referencia en atención primaria en el momento del alta hospitalaria.

La enfermera comunitaria de enlace tiene como misión fundamental servir de nexo entre el paciente, su familia y los sistemas formales de cuidados, sanitarios y, sociosanitarios y sociales. Su finalidad es mejorar su calidad de vida a través de un proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial, coordinándose con diferentes profesionales y movilizándolo los recursos necesarios, garantizando así una atención integral y continuada, e intentando resolver las necesidades de cuidados del paciente y de su cuidador (Jodar et al., 2005).

## Programas de Atención Domiciliaria

Los Programas de Atención Domiciliaria son el instrumento necesario para que el EAP pueda realizar este tipo de atención de forma correcta y organizada. Para lograr este propósito, los programas deben tener una definición clara de sus objetivos generales, criterios de inclusión y exclusión, actividades a realizar para conseguir los objetivos específicos establecidos, e indicadores con una previsión de la evaluación sistemática del impacto producido en términos de resultados. Para optimizar estas actividades, en muchos lugares se han elaborado Programas de Atención Domiciliaria con sus correspondientes protocolos de actuación, que delimitan las funciones y las tareas que deben desarrollar los distintos profesionales implicados (Cegri et al., 2010).

La misión última de los Programas de Atención Domiciliaria desarrollados desde la APS es dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de nuestra sociedad cambiante, avanzando hacia fórmulas asistenciales más integradoras. Estos programas deben responder a un modelo de atención domiciliaria colaborativo con visión compartida de la atención y estar basados en una detección precoz y anticipatoria de los cuidados, en coordinación con los diferentes niveles asistenciales. Los Programas de Atención Domiciliaria se deben organizar de forma interrelacionada con los otros asistenciales existentes, y basarse en el trabajo interdisciplinario de los profesionales de medicina, enfermería y trabajo social.

Pitz Bonal Pablo, Sánchez M Herminia, Suffo A José Antonio (2011) Organización de la atención familiar y comunitaria. Capítulo 9 Profesionales de atención familiar y comunitaria: competencias, tareas y relación con otros profesionales de referencia. En Zurro Armando, Sola Jodar Gloria. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes (pp143-168). Barcelona España: Elsevier

## Enfermería familiar y comunitaria

La historia de la enfermería es una constante carrera de esfuerzos dedicados a aumentar el cuerpo de conocimientos de este colectivo y conseguir que su práctica clínica ocupe un papel relevante en los servicios de salud (Allgood, 2011). La especialidad de enfermería familiar y comunitaria es una muestra de ello, y así se establece en su programa formativo (BOE 157, Orden SAS/1729/2010). La OMS considera que la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Asimismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece sus servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar sus miembros, etc., previendo también que esta especialista «esté preparada para intervenir en los órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio y la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen, por lo que será una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a los programas de salud, incluyendo colegios, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc., elaborando una acción comunitaria como elemento esencial de la Atención Primaria de Salud». En este contexto, serán de gran valor añadido para la población destinataria de sus cuidados enfermeros, el desarrollo de competencias para la coordinación y liderazgo de la atención domiciliaria que prestan todos los profesionales de la salud que intervienen en el contexto comunitario y la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para facilitar la participación comunitaria, es decir, trabajar por la capacitación de los miembros de las comunidades y familias donde desarrollan su trabajo para que éstos aumenten el control sobre su salud y la mejoren actuando de manera coordinada sobre los determinantes de la misma, identificando activamente sus necesidades de salud, tomando decisiones y estableciendo mecanismos para satisfacerlas (Martínez Riera, 2006).



La enfermera de familia da respuesta a las necesidades de salud de la población, mediante una asistencia holística a las personas, familias y comunidades, con el objetivo de promover, mantener o mejorar su salud; y, en su caso, acompañar en el proceso de la muerte.

La enfermera de familia estará capacitada para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, mediante una asistencia (desde una perspectiva holística: fisiológica, psicológica, social, cultural y espiritual) integral y directa a las personas, familias y comunidades, con el objetivo de promover, mantener o mejorar su salud (tanto en personas sanas como en aquellas con alteraciones de la salud) a través del fomento de la capacidad de autocuidado, y para atender a personas dependientes (en cualquiera de los distintos niveles de dependencia). El

desarrollo de los diagnósticos, planes y cuidados de enfermería, dentro del contexto de la atención primaria, y la aplicación de los métodos y recursos de la enfermería comunitaria han contribuido a potenciar esta capacitación (Doenges, 2008; Ferrer Arnedo, 2009; Luis Rodrigo, 2008; Nanda International, 2010), permitiendo al especialista en enfermería familiar y comunitaria, en su práctica asistencial y trabajando en un equipo de salud multidisciplinario, desempeñar el papel de líder, impulsor, mediador, garante, gestor, capacitador y facilitador del cuidado de las personas en su entorno habitual de relación: la familia y la comunidad.



La enfermera de familia debe liderar, diseñar y aplicar una atención sanitaria y unos cuidados personales y comunitarios que, frecuentemente, se focalizan alrededor de la gestión de casos.

A las propias competencias profesionales comunes de los profesionales que desarrollan su labor asistencial en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, deberíamos añadir las específicas siguientes.

### Competencias clínicas avanzadas

Capacidad para:

1. Aplicar modelos conceptuales para la práctica clínica de la enfermería en el ámbito familiar y comunitario.
2. Utilizar el proceso enfermero de valoración del estado de salud e identificación y diagnóstico de problemas, planificación de intervenciones de tratamiento enfermero y relación terapéutica con pacientes, familias y grupos sociales.
3. Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas especialmente relacionadas con la prevención y el control de enfermedades crónicas más prevalentes.
4. Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto con otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario.
5. Usar e identificar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, con especial atención a la cronicidad y a las situaciones de dependencia, de acuerdo con la legislación vigente.
6. Integrar e indicar otras medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, con especial atención a la cronicidad y a las situaciones de dependencia.
7. Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto con otros especialistas y profesionales, programas de cirugía menor en el ámbito de la atención familiar y comunitaria.
8. Detectar situaciones que necesiten coordinación o derivación a otros profesionales especialistas o ámbitos de atención.
9. Documentar y registrar el proceso de atención utilizando la historia digital y otras herramientas tecnológicas de comunicación e información.
10. Saber manejar los conflictos éticos y legales que se plantean como consecuencia de la práctica clínica.
11. Desarrollar una atención familiar y comunitaria desde la perspectiva de la seguridad del paciente y su familia.
12. Liderar, diseñar y aplicar una atención sanitaria y unos cuidados de enfermería familiar y comunitaria basados en la gestión de casos.
13. Ser capaces de obtener y usar las evidencias científicas disponibles en la planificación de los cuidados enfermeros, así como generarlas en el caso de su inexistencia, realizando, por tanto, una práctica clínica basada en la evidencia.
14. Manejar con destreza y habilidad, técnicas de comunicación en las relaciones interpersonales en los procesos de entrevista, negociación y resolución de conflictos, sirviéndose de las nuevas tecnologías de la comunicación aplicadas a la atención enfermera.
15. Manejar de forma efectiva, en la asistencia a la población, la metodología enfermera (Proceso de Atención de Enfermería) así como de las taxonomías que ésta implementa (NANDA, NOC y NIC) o aquellas, referidas al cuidado, que sean validadas y con reconocida evidencia por la comunidad científica enfermera.
16. Contemplar la perspectiva de género en la evaluación, planificación y prestación de los cuidados enfermeros.
17. Garantizar la gestión de cuidados desde la gestión de los valores de las personas y las comunidades.
18. Aplicar sus conocimientos y actitudes para que las personas a las que cuidan sean capaces de ejercer su autonomía en todas y cada una de las decisiones que su paso por el sistema sanitario puede hacerle tomar, garantizándole en todo momento la presencia cuidadora, con un rol de acompañamiento en el sistema.
19. Ser capaz de contextualizar y optimizar sus juicios diagnósticos e intervenciones para el cuidado eficaz y efectivo para lo que estará impregnada de la cultura de la evaluación y la autoevaluación de forma que garantice el cuidado seguro y de calidad.
20. Orientación a resultados autoevaluando sus intervenciones y habilidades con el objetivo de mejorarlas.
21. Utilizar estrategias de intermediación cultural en la atención a los pacientes y familiares.

### Competencias específicas

1. Capacidad para proporcionar cuidados integrales y continuos a través de la planificación, desarrollo y evaluación planes de cuidados que garanticen una asistencia sanitaria integral y continuada a las personas, con el objeto de que logren un mayor nivel de salud:
  - a. En sus distintas etapas evolutivas:
    - Desarrollo infantil.
    - Adolescencia.
    - Adulthood.
    - Ancianidad.
    - Proceso del final de la vida.

b. Ante problemas de salud:

- Atención a personas, y sus familias, con estado de salud crítico.
- Atención a las personas, incluida la atención a sus familiares, con necesidad de cuidados paliativos.
- Atención a personas, y sus familias, con necesidades derivadas de una adicción (ludopatías, tabaquismo, alcoholismo y otras) o de otras conductas de riesgo para la salud.
- Atención a personas, y sus familias, con problemas de salud crónicos.
- Atención a personas, y sus familias, con alteraciones de la salud agudas.
- Atención a las personas dependientes y a sus familiares.
- Detección y atención a personas, y sus familias, víctimas de violencia: en especial la violencia contra la mujer y la violencia en niños y ancianos.
- Promoción de la adaptación de las personas a los problemas de salud y a los cambios vitales que afectan a ésta.



La enfermera de familia proporciona cuidados integrales y continuos a través de la planificación, desarrollo y evaluación de planes de atención personal, de la familia y de los grupos comunitarios.

2. Saber planificar, desarrollar y evaluar planes de cuidados que garanticen una asistencia sanitaria, integral y continua, dirigidos a las familias para lograr un afrontamiento efectivo de su situación de salud, es decir, mediante:
  - a. Enfoque y abordaje familiar de los problemas de salud de cada uno de sus miembros.
  - b. Intervención familiar en las situaciones de crisis: asesoramiento y mediación familiar, afrontamiento efectivo ante las crisis.
  - c. Atención domiciliaria.
  - d. Gestión de recursos familiares, comunitarios y sociales (liderando la coordinación del equipo interdisciplinario y con otros servicios de atención sociosanitaria): asumiendo el rol de gestor de casos.
  - e. Atención, formación y apoyo a las cuidadoras familiares.
3. Ser capaz de planificar, desarrollar y evaluar planes de cuidados integrales e integrados en los domicilios de los usuarios, en las residencias de ancianos, en los colegios y en aquellos lugares que físicamente se encuentran en la comunidad donde se desenvuelven las personas dentro de la zona de atención enfermera, teniendo especial vigilancia en los procesos de cambios domiciliarios (anciano itinerante, residencias sociosanitarias, etc.).
4. Capacidad para gestionar las necesidades de cuidados de las personas dependientes a partir de un problema de salud, siendo el interlocutor reconocido en el sistema y por

ambos ámbitos de atención (primario y secundario), desde la planificación de cuidados anticipada para la coordinación de recursos sanitarios previo al alta del nivel hospitalario antes de la integración en su entorno cotidiano, y apoyada por los recursos sociales y comunitarios.

5. Planificar, desarrollar y evaluar programas de intervención comunitaria dirigidos al desarrollo de la salud pública y comunitaria.
  - a. Planificar, desarrollar y evaluar programas de intervención y de promoción de la participación comunitaria en especial sobre:
    - Promoción de la salud y prevención de sus posibles alteraciones.
    - Prevención de las conductas violentas: contra la mujer, escolar, laboral.
    - Fomento y colaboración en grupos de autoayuda, ONG, fomento y coordinación del voluntariado social.
    - Planificación, prestación y evaluación de cuidados transculturales a poblaciones con características culturales diversas.
6. Planificar, desarrollar y evaluar programas de salud pública y comunitaria con el fin de:
  - a. Gestionar la logística operativa de las incidencias como brotes epidemiológicos y riesgos de salud pública.
  - b. Realizar investigación y vigilancia epidemiológica, incluida la información referente a los diagnósticos enfermeros.
  - c. Garantizar una adecuada salud medioambiental.
  - d. Prevenir accidentes en los ámbitos doméstico, tráfico, laborales escolares, etc.
7. Planificar, desarrollar y evaluar Programas de Educación para la Salud grupal para la promoción de hábitos de vida saludables y autocuidados.
8. Mantener un compromiso con la búsqueda de la verdad desde actitudes abiertas y permeables, procediendo de acuerdo con el Código Deontológico de la Enfermería, con los principios de la bioética y del marco legal, y defendiendo los intereses de los ciudadanos como eje de su intervención.