

## Proyecto de Resolución N° ...../2021

**Por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional de las/os enfermeras/os en el ámbito de la Continuidad Asistencial o Enlace en la atención al paciente crónico.**

### I

#### PREAMBULO

La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de Abril, establece dos niveles asistenciales interconectados entre sí: la Atención Primaria (AP) como puerta de entrada al sistema y la Atención Especializada (AE), como apoyo y complemento a AP en todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera. Esta interconexión entre niveles asistenciales requiere de continuidad de los cuidados (CdC). La CdC se convierte así, en elemento clave de calidad en la asistencia sanitaria.

La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece en su artículo 13.1 que la “Atención Especializada garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel”. Así mismo, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias recoge que el ejercicio de las profesiones ha de realizarse de acuerdo a diferentes principios, entre los que se incluye “la continuidad asistencial de los pacientes” (artículo 4.7, letra d) y, en concreto, dentro del concepto gestión clínica se explicita la función de la “coordinación” y la “continuidad” en la atención (artículo 10.2).

La CdC es definida por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations como “el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo”. Y define como objetivo de la CdC el definir, dar forma y ordenar los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación dentro de la continuidad.

Podemos describir la CdC como un proceso de soporte asistencial que se compone de diferentes elementos y en el que intervienen diferentes factores. Este proceso de soporte tiene como eje principal la información que emana de la atención al paciente y a su familia/cuidadores. Se incluye en esta información la necesaria para el cuidado y tratamiento tanto de la persona como de su familia, así como de los aspectos administrativos que deriven de la asistencia. Entre los elementos que intervienen se encuentran la información del paciente, el propio paciente, los profesionales y las estructuras sanitarias y sociosanitarias. Entre los factores que intervienen destacaremos: la participación en la gestión y toma de decisiones, la colaboración, el liderazgo, la coordinación, el entorno de aprendizaje, el rol del enfermero, los recursos humanos, la comunicación, la especialización, la orientación del personal de nuevo ingreso y el compromiso del grupo.

Hay cuestiones que justifican la necesidad de mejorar la CdC: el aumento de las necesidades de cuidados, asociado al aumento de procesos crónicos y el envejecimiento, la necesidad de comunicación entre sistemas (social y sanitario), los interniveles asistenciales e interprofesionales, el incremento del gasto sanitario así como la mejora de la atención y seguridad del paciente.

La población a la que se dirigen los servicios específicos de continuidad asistencial (CA) o CdC son : personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia y pacientes de alta complejidad con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y alta necesidad de cuidados formales y familiares. Aunque también existe necesidad de CdC en otros tipo de pacientes y procesos que requieren la intervención de la Enfermera de CA o Enlace.

Desde la perspectiva de la CA, la atención a estas personas implica a:

- diferentes profesionales: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas y matronas entre otros.
- diferentes sectores: el sanitario y el social, representado por servicios municipales, servicios residenciales y servicios heterogéneos englobados dentro del término sociosanitario.

- diferentes niveles asistenciales: atención primaria, atención hospitalaria, ámbito sociosanitario y ámbito escolar, principalmente.

Para la CdC existen diferentes herramientas de uso más o menos generalizado como las Comisiones de Cuidados de Área, las Comisiones Interniveles, los Informes de Cuidados de Enfermería, la Historia Clínica, las redes de investigación, las comisiones de evidencia científica, la teleasistencia y la teleconsulta, entre otras. A estas herramientas se añade un perfil específico de enfermera denominada Enfermera de Enlace o de Continuidad Asistencial que requiere competencias asociadas a formación específica, y que desarrolla su trabajo dependiendo de la Comunidad Autónoma, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria o en el espacio sociosanitario.

Los elementos que integran la continuidad asistencial (CA) se han agrupado en 3 áreas:

- o Continuidad de relación: Hace referencia al vínculo entre el paciente y su equipo de salud (equipos de atención primaria, hospitalaria o sociosanitaria).
- o Continuidad de información: Hace referencia a la transferencia de la información clínica entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales.
- o Continuidad de gestión: Hace referencia a la coherencia de los cuidados establecidos para el paciente y a la capacidad que tiene para acceder a otros niveles y a los recursos disponibles.

## II

Una correcta CdC entre sistemas de atención, niveles asistenciales y profesionales da lugar a beneficios en el paciente y en el sistema.

- Los pacientes pueden obtener: reducción de los días de hospitalización; mayor eficiencia de los recursos, gracias a la organización de los recursos sociosanitarios para el apoyo en los cuidados domiciliarios; personalización de la atención pre y

post alta; disminución de la ansiedad; y mejora de la comunicación del usuario y familia/cuidadores con los profesionales.

- Y el sistema sanitario obtiene mejoras en los tiempos de hospitalización; comunicación más eficiente entre los profesionales de distintos niveles, los pacientes y sus familiares/cuidadores; evita desplazamientos innecesarios a los pacientes; mayor coordinación interniveles en el seguimiento de los planes de salud de la población; y aumento de la calidad percibida por los pacientes. Y tras el alta, se personaliza la planificación de los cuidados para su seguimiento precoz en Atención Primaria o en el ámbito sociosanitario; se disminuyen las consultas urgentes; se facilita la inclusión en los programas de salud; y se genera un impacto positivo sobre los cuidadores profesionales y no profesionales.

Como antecedentes de esta figura en España en los últimos 25 años, en el año 2000 el Servicio Canario de la Salud (SCS) puso en marcha una figura nueva en la Atención Primaria denominada Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE). Nace como propuesta de mejora de la atención domiciliaria basada en el enfoque de la gestión de casos. Esta figura, con variantes, se implantó en la década 2000-10 en diferentes Servicios Regionales de Salud y en diferentes contextos asistenciales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

El proyecto canario aportó la evaluación del modelo y las claves para la gestión de la calidad del mismo, integrándolo en su Cartera de Servicios como Servicio de Continuidad de Cuidados. Por ello en el año 2002, el Servicio Andaluz de Salud decidió poner en marcha una iniciativa similar como medida de desarrollo del Plan de Ayuda a las Familias Andaluzas.

Desde principios del año 2000 hasta ahora se suceden iniciativas que desarrollan servicios similares. Servicios de salud como el Valenciano o el Riojano ponen en marcha procesos de análisis de alternativas para la mejora de la CdC en el que incluyen el análisis de este modelo. Y Madrid, Cataluña, Asturias, País Vasco o Navarra desarrollan propuestas similares asociadas al abordaje de la cronicidad, tanto en el ámbito hospitalario, el comunitario o el sociosanitario.

Así, esta enfermera da respuesta a la necesidad de mejorar la CdC a lo largo de diferentes contextos asistenciales a pacientes especialmente complejos, frágiles o que requieren la aportación de diferentes proveedores para dar respuesta a sus necesidades de cuidados. Gestionar casos, desde el enfoque de la continuidad, es valorar las necesidades de cuidados de un paciente y su entorno y, en función de estas necesidades, coordinar la aportación de diferentes proveedores en los diferentes niveles asistenciales.

En cuanto a los antecedentes internacionales de esta figura, en el año 1999 comenzó a funcionar en Canadá el programa PRISMA (Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy) que estaba orientado a dar un servicio integrado y colaborativo entre los diferentes servicios sanitarios. La población diana de este programa eran las personas de edad avanzada y, por lo tanto, estaba dirigido a tratar principalmente el déficit de movilidad y las enfermedades crónicas.

En el año 2002, en Baltimore (Estados Unidos), se inició el programa Guided Care con el fin de dar respuesta a las necesidades de los pacientes crónicos complejos y a las personas de edad avanzada. Este programa fue rápidamente exportado al resto del país.

En el año 2004, el Servicio Sanitario Británico (NSH) describe nuevos roles de enfermería que son conocidos como Community Matrons. Estas enfermeras experimentadas utilizan técnicas de gestión de casos en pacientes que cumplen criterios que denotan una atención de alta intensidad, con apoyo intensivo especial. Los pacientes atendidos por estos servicios pueden permanecer en casa más tiempo.

Muchos países han mostrado su interés por la CA, de manera que existen distintas propuestas con el objetivo de mejorar la atención y la coordinación de los cuidados, con soluciones destinadas a evitar la fragmentación de los mismos. Existen, por tanto, diferentes modelos organizativos y de gestión.

Dependiendo de su orientación podemos encontrar:

- modelos que están centrados en la Atención domiciliaria (Reino Unido y Países Nórdicos);

- iniciativas que buscan mejorar la atención a las personas con problemas crónicos “Chronic Care Model”(Estados Unidos y Europa);
- iniciativas de “Enfermería de Practica Avanzada”, que amplían las competencias clínico asistenciales de las enfermeras (Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Suecia y Francia), y;
- modelos que apuestan por la creación de nuevas figuras profesionales Enfermeras como la “Gestora de Casos o Enfermera de Enlace” ( Estados Unidos, Canadá, Países Bajos, Reino Unido y España).

### III

Bajo las anteriores premisas, puede concluirse que actualmente resulta imprescindible que el Consejo General proceda a ordenar el ámbito de actuación de la enfermera/o de enlace o continuidad asistencial en la atención a las personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia, y pacientes de alta complejidad, con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y alta necesidad de cuidados formales y familiares, ya que actúa como una unidad de servicios en apoyo de todo el sistema sanitario integrado en el Sistema Nacional de Salud. Para ello es necesario tener un perfil profesional específico y muy cualificado, que resulta imprescindible para alcanzar los objetivos de coordinación asistencial.

Las/los enfermeras/os del ámbito de la continuidad asistencial o enlace, gestionan procesos y dispositivos de alta complejidad y tienen una responsabilidad transversal en todo el proceso asistencial, siendo fundamentales en el funcionamiento y desarrollo de la coordinación entre ámbitos asistenciales.

Según la definición que el Consejo Internacional de Enfermería hace sobre la Enfermera de Práctica Avanzada, la Enfermera/o de Enlace o Continuidad Asistencial es la que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas, conocimiento relevante de los procesos y recursos disponibles y competencias clínicas para una práctica expandida, en el contexto de atención entre niveles de nuestro país. Sin embargo, esta actividad profesional específica no está

contemplada en ningún campo normativo regulador y no hay documento que constate dicha actividad a ningún nivel institucional.

Por todo lo expuesto, se considera necesaria la ordenación de la práctica de la Enfermera/o de Enlace o Continuidad Asistencial en la atención al paciente crónico.

#### IV

La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales ha fijado en su artículo 31.7 las competencias mínimas que los enfermeros responsables de cuidados generales deben estar en condiciones de aplicar:

- a) Competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos con el fin de mejorar la práctica profesional.
- b) Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.
- c) Competencia para responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.
- d) Competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe.
- e) Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.
- f) Competencia para, de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos.
- g) Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.

- h) Competencia para analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermero responsable de cuidados generales.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, dispuso en el apartado 3 de su artículo 4 que los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención, de información y de educación sanitarias. Asimismo, la citada Ley, en su artículo 10, apartado 1, establece que las administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales. Tales funciones podrán ser desempeñadas con base en criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación. Es el apartado 2 del mismo artículo, el que contiene que tendrán la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales. Asimismo, el apartado 3 del reiterado artículo 10 determina que el ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación periódica y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones.

Paralelamente a esta regulación general, también es preciso mencionar la regulación académica oficial que habilita para el ejercicio de la profesión enfermera, especialmente, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Dicha Orden recoge las competencias que deben adquirir los estudiantes, entre las que figuran las de:

- *Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto.*
- *Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.*
- *Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.*

Por otra parte, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud,



explicita en su anexo VIII el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y resultados NANDA, NOC y NIC.

Las Enfermeras de Continuidad Asistencial o Enlace desarrollan su trabajo en diferentes ámbitos y contextos, sobre personas, pacientes y familias, cuyo perfil mayoritariamente se caracteriza por una gran necesidad de cuidados y elevado consumo de recursos sanitarios, ligados con frecuencia al envejecimiento, la cronicidad y la dependencia. Por esto, las necesidades de cuidados enunciadas mediante diagnósticos enfermeros, las intervenciones y los resultados ligados a ellos son muy amplias. Diferentes unidades de continuidad han creado protocolos específicos para la valoración y el diagnóstico.

No obstante, en el desarrollo del trabajo de continuidad hay intervenciones y resultados directamente relacionadas con el trabajo de continuidad e independientes de las necesidades de cuidados de las personas objeto de atención. Destacar por tanto intervenciones y resultados directamente relacionados con el desarrollo profesional en el ejercicio profesional de la enfermera/o en el ámbito de la Continuidad Asistencial o Enlace. Las intervenciones siguiendo la taxonomía NIC se exponen a continuación:

#### Dominio III. Conductual

- 5240 Asesoramiento
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5510 Educación para la Salud

#### Dominio IV Seguridad

- 6610 Identificación de riesgos

#### Dominio V Familia

- 7140 Apoyo a la familia
- 7040 Apoyo al cuidador familiar

#### Dominio VI Sistema Sanitario

- 7320 Gestión de Casos
- 7330 Intermediación Cultural

- 7400 Orientación en el sistema sanitario
- 7370 Planificación alta
- 7460 Protección de los derechos de los pacientes
- 7640 Desarrollo de vías clínicas
- 7615 Mejora de la colaboración
- 7840 Manejo de los suministros
- 7910 Consulta
- 8180 Consulta por teléfono
- 8100 Derivación
- 7920 Documentación
- 7960 Intercambio de información de cuidados de salud
- 8020 Reunión multidisciplinar de cuidados
- 8190 Seguimiento telefónico
- 8140 Transferencia de cuidados del paciente

En coherencia con las intervenciones los resultados a destacar dentro de la taxonomía NOC son:

#### Dominio I Salud Funcional

- 0312 Preparación para el alta: vivir con apoyo
- 0311 Preparación para el alta: vida independiente

#### Dominio III Salud Psicosocial

- 1311 Adaptación al traslado

#### Dominio V Salud percibida

- 3003 Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados
- 3014 Satisfacción del paciente/usuario

#### Dominio VI Salud familiar

- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
- 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento
- 2608 Resiliencia familiar
- 2508 Bienestar del cuidador familiar
- 2506 Salud emocional del cuidador principal
- 2507 Salud física del cuidador principal
- 2200 Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro

- 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario

## V

De acuerdo con el artículo 9º de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios profesionales, en su vigente redacción, corresponde a los Colegios Profesionales, en su ámbito provincial, y al Consejo General, en tanto repercute en el ámbito nacional, ordenar en sus respectivos entornos, la actividad profesional de los colegiados. Desde esta perspectiva, es claro que el Consejo General tiene competencia para dictar resoluciones que ordenen determinados aspectos de la profesión en el ámbito nacional. Esta prerrogativa también es reconocida en el artículo 24.16 de los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería, de su Consejo General y de la actividad profesional de enfermería, en el sentido de atribuirle la competencia para aprobar las resoluciones que ordenen, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, las cuales tendrán carácter obligatorio, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional.

En este mismo sentido se pronuncia el artículo 2º del Código Deontológico de la Enfermería Española, aprobado por Resolución nº 32/89, de este Consejo General que establece dicha ordenación como una de las responsabilidades prioritarias de esta Corporación.

Por ello, la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, en sesión celebrada el día \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021, en uso de las competencias legal y estatutariamente atribuidas, después del pertinente estudio y deliberación en profundidad, y en el ejercicio de la soberanía que como órgano supremo del Consejo y por ende de la Organización Colegial ostenta, por \_\_\_\_ de sus miembros presentes, **ACUERDA:**

### **Artículo 1º: Definición de la enfermera/o en el ámbito de la Continuidad Asistencial o Enlace en la atención al paciente crónico.**

La Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA) o Enfermera de Enlace (EE) es la enfermera que desarrolla sus funciones en el ámbito Atención Hospitalaria o en

Atención Primaria y cuyo principal objetivo es garantizar la continuidad de la atención y los cuidados en la transición de los pacientes entre distintos ámbitos asistenciales mediante la gestión efectiva de los recursos humanos y materiales disponibles, potenciando la coordinación con el resto de profesionales implicados en su proceso de salud.

La Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA) o Enfermera de Enlace (EE) es responsable de la correcta identificación y captación de los pacientes más frágiles y vulnerables para conseguir una eficiente gestión de los casos complejos, evaluando necesidades, previendo la disponibilidad real de los recursos en su lugar de destino y fomentando la coordinación con otros ámbitos asistenciales.

La Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA) o Enfermera de Enlace (EE), tiene la misión de visualizar, aunar y coordinar a los profesionales involucrados en cada proceso asistencial y con este abordaje multidisciplinar, monitorizar los procesos para implementar las opciones de mejora en cada uno de ellos. Evitará la visión fraccionada del paciente, la duplicidad, la omisión y la contradicción, siendo indispensable para tomar decisiones consensuadas en el equipo y solucionar problemas.

También tienen la responsabilidad de colaborar en la creación de nuevas herramientas informáticas y de utilizar canales de comunicación con los que transmitir información de una manera segura, rápida y eficaz, permitiendo una comunicación bidireccional que evitará la fragmentación de la asistencia entre los diferentes ámbitos sanitarios y disminuirá la variabilidad de la práctica clínica.

La aportación de la Enfermera de Continuidad o Enlace hará que las personas a las que va dirigida la atención perciban un equipo perfectamente interrelacionado y coordinado con el fin de generar mayor grado de confianza, satisfacción y aumentando la calidad percibida sobre la atención recibida.

Debe fomentar la cultura de la continuidad como nuevo modelo de gestión para conseguir una atención integral y de calidad centrada en la persona, siendo este aspecto además de su responsabilidad una de las competencias necesarias para desarrollar este rol.

## **Artículo 2. Ámbito de la práctica o campo de actuación**

La Enfermera/o de Continuidad Asistencial o de Enlace trabaja para asegurar, impulsar y facilitar la continuidad de cuidados de las personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia, y pacientes de alta complejidad con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y alta necesidad de cuidados profesionales y/o familiares, por lo que desarrolla su actividad independientemente del lugar en donde se encuentre el paciente, coordinando la continuidad de la atención entre los distintos niveles asistenciales, ya sea en Atención Primaria, Hospitalaria, Centro Sociosanitario u otros centros (de acogida, centros penitenciarios y otros) siendo la referente enfermera para la CA en la institución para la que trabaja.

## **Artículo 3. Marco de actuación de las Enfermeras de Continuidad Asistencial o Enlace en el ámbito de los cuidados.**

Las actuaciones e intervenciones del profesional enfermera/o en este campo se desarrollan dentro de su ámbito de competencias, conforme a su “lex artis”, en el marco de los principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico y con absoluto respeto a las competencias del resto de profesionales que intervienen en el proceso asistencial completo.

### **3.1 En el ámbito Asistencial.**

El principal objetivo de las Enfermeras de Continuidad Asistencial o de Enlace es garantizar la continuidad de la atención y los cuidados en la transición de los pacientes entre ámbitos asistenciales. Las funciones asistenciales conllevan la valoración de la situación de los pacientes y de la necesidad de la continuidad de cuidados, siendo indispensables para cumplir sus fines: la captación de estos pacientes, la valoración de su fragilidad, problemas y necesidades entre niveles asistenciales y la coordinación con los profesionales de otros ámbitos asistenciales, trabajando todos en la misma línea, y haciendo partícipe al propio paciente y su familia.

Dentro del ámbito asistencial las Enfermeras de Continuidad/Enlace realizan las siguientes actividades para conseguir su objetivo:

### 3.1.1.Ámbito hospitalario

Intervenciones que realizan en diferentes unidades y áreas como:

- Captación del paciente diana utilizando herramientas informáticas/localizadores o por derivación de otros profesionales. En el caso de pacientes frágiles, redirigirlos a la ruta asistencial previamente consensuada con el especialista de referencia y el equipo de atención al paciente complejo.
- Identificación de los pacientes crónicos o con necesidades complejas ingresados, realizando la valoración integral, planificando un plan individualizado de seguimiento e intervención, junto con su equipo asistencial, trabajando la transición al alta, gestionando las necesidades de recursos materiales, identificando riesgo/problemática social.
- Trabajo de equipo multidisciplinar.
- Desempeñará funciones de tipo presencial durante la atención a las personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia, y pacientes de alta complejidad con varias enfermedades intercurrentes o comorbilidades y alta necesidad de cuidados formales y familiares y a sus cuidadores. Por otro lado desarrollará actividades de coordinación con otros profesionales implicados en el cuidado intra y extrahospitalario, la familia y cuidadores.

### 3.1.2.Ámbito de Atención Primaria

Las Enfermeras de Continuidad Asistencial en este ámbito participan en la identificación de los pacientes y su propuesta de inclusión en el proceso asistencial de Paciente Crónico Complejo de todos aquellos que cumplan los criterios definidos del programa.

Además realizan intervenciones como:

- Gestión junto al resto del equipo de salud de la CA siendo referente para favorecer la interrelación entre los profesionales de los diferentes ámbitos, dando apoyo a pacientes y cuidadores.
- Gestión de las necesidades de recursos materiales.
- Favorecer creación de circuitos y nuevas líneas de trabajo consensuadas para facilitar la atención a los pacientes crónicos.

### 3.1.3. Ámbito sociosanitario y residencial

La de Enfermera de Continuidad Asistencial en los centros sociosanitarios y residenciales pone a disposición de la organización el conocimiento para valorar y coordinar los circuitos internos y garantizar la continuidad de los procesos de atención que necesitan los residentes, realizándose también funciones de educación sanitaria en el lugar de residencia, facilitando la comunicación con todos los interlocutores del proceso y convirtiéndose en referente para la continuidad asistencial en primera línea de la interrelación con otros centros externos al lugar de residencia.

### **3.2 En el ámbito Investigador.**

Las Enfermeras de Continuidad tienen la función de investigar y proponer nuevos modelos y prácticas de actuación para conseguir vías de actuación consensuadas, circuitos coordinados y rutas asistenciales adecuadas que brinden cuidados seguros y de calidad a los pacientes, basando sus propuestas en la observación, el análisis y el estudio documental.

En dichas propuestas deben tenerse en cuenta los siguientes fines:

- Principalmente, la consecución del mayor bienestar de los pacientes, calidad de vida y resultados en salud.
- La optimización de los recursos y de su gestión.

Para ello deben valorarse las necesidades y monitorizar los resultados según las acciones establecidas.

La investigación de la Enfermera de Continuidad parte de las funciones que ejerce la/el enfermera/o en los campos asistencial y de gestión, obteniendo información contrastada por la evidencia científica de ambos ámbitos. Ha de conocer e investigar también las prácticas de otros ámbitos asistenciales, dentro de su labor coordinadora de los cuidados, con el fin de mejorar la asistencia y evolucionar su desarrollo profesional.

Las Enfermeras de Continuidad/Enlace deben compartir y difundir sus hallazgos y resultados, consecuencia de su labor investigadora. El objetivo de estas profesionales es encontrar y compartir acciones y conocimiento para la consecución de este objetivo común y para ello colaboran en la realización de estudios transversales de investigación con los profesionales de los distintos niveles de atención.

### **3.3 En el ámbito Gestión/Administración.**

La gestión en continuidad asistencial es una de las funciones claves para poder avanzar en la mejora continua de todos los procesos que requieren la coordinación de profesionales de diferentes ámbitos, analizando la fragmentación de la asistencia entre unidades, servicios o instituciones.

Para garantizar una óptima gestión es indispensable el trabajo en equipo con puestos directivos y cargos intermedios del centro hospitalario, de los centros sociosanitarios y residencias, así como con la atención primaria de salud.

La planificación previa de proyectos se trabaja con los profesionales implicados para involucrar a todas las partes y se hace llegar al resto del equipo de una manera estructurada.



Según lo establecido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

Estos son algunas de las funciones que ejerce la Enfermera de Continuidad o Enlace en el campo de la gestión:

1. Liderazgo, coordinación, gestión y asesoramiento en la implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI).
2. Posibilidad de gestionar recursos humanos según modelo y puesto funcional.
3. Liderazgo, junto al órgano directivo responsable de la Continuidad Asistencial, de grupos de trabajo interdisciplinarios de todos los ámbitos asistenciales para la mejora de la atención compartida. De este modo se mejoran los circuitos asistenciales siendo más eficientes en tiempo y forma, se evitan errores de omisión y de duplicidad y se mejora la calidad asistencial y la calidad percibida de la población.
4. Creación y optimización de circuitos entre ámbitos:
  - Gestión eficiente y diseño de los circuitos de pruebas diagnósticas y exploraciones complementarias con AP, centros sociosanitarios y otros centros en el envío de todas las muestras.
  - Innovación en circuitos nuevos que mejoran la calidad de vida de los usuarios.

- Circuitos administrativos y funcionales para la priorización de la atención precoz de los usuarios en AP o en el Hospital utilizando el recurso más adecuado para cada paciente y cada situación.
5. Coordinación entre ámbitos asistenciales y sociales.
  6. Liderazgo y referente en la atención en la CA.
  7. Detección e identificación de las necesidades en formación entre profesionales de distintos niveles asistenciales para posteriormente iniciar el proceso de gestión de cursos, jornadas o congresos, con la colaboración de las unidades de Formación continuada de todos los ámbitos de actuación.
  8. Gestión y uso/utilización de herramientas informáticas para la mejora de la atención compartida entre dispositivos asistenciales como por ejemplo la e-consulta enfermera.
  9. Colaboración, asesoramiento y coordinación interdisciplinar.
  10. Seguimiento y monitorización de los informes de cuidados de enfermería del Hospital (ICE).
  11. Participación y liderazgo en comisiones mixtas.
  12. Gestión y coordinación de material sanitario de provisión hospitalaria para su envío a los centros de salud y entrega desde allí a pacientes, optimizando los recursos y evitando traslados innecesarios al Hospital a pacientes y/o cuidadores.
  13. Gestión y seguimiento de las consultas monográficas de enfermería, si procede, por organización interna.

14. Comunicación/difusión continua dentro de Hospital y en los demás ámbitos de todos los protocolos, procedimientos, novedades, incidencias, etc. relacionados con el ámbito de la continuidad asistencial

### **3.4 En el ámbito Docente.**

La enfermera de Continuidad/Enlace debe difundir su experiencia y conocimiento con el propósito de brindar una atención de excelencia y, por este motivo, una de sus actividades es colaborar con unidades docentes multidisciplinarias en la formación de enfermeras especialistas.

La Enfermera de Continuidad/Enlace persigue también el trabajo coordinado con el resto de profesionales implicados en el proceso de salud de los pacientes y para ello debe detectar las necesidades y planificar sesiones formativas para difundir los conocimientos necesarios, impartidos por ellos mismos o por otros profesionales expertos, así como los circuitos y prácticas que mejoren la continuidad asistencial, con profesionales de otros ámbitos asistenciales.

### **3.5 Desarrollo competencial**

Basándonos en los elementos que integran la continuidad asistencial se establecen como necesarias las siguientes competencias, clasificadas en las tres áreas de continuidad de relación, de información y de gestión:

- o **Continuidad de relación:** Hace referencia al vínculo entre el paciente y su equipo de salud (equipos de atención primaria, hospitalaria o sociosanitaria) para lo que será necesario desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos sobre:
  - o Comunicar de forma clara y fluida, haciendo uso de la empatía y sin hacer juicios de valor.
  - o Fomentar la participación del receptor recogiendo sus necesidades mediante una escucha activa y proponer respuestas consecuentes.
  - o Generar un clima de confianza y respeto mutuo.

- Hacer uso de un lenguaje adaptado al nivel de comprensión del paciente y su familia/cuidador.
- Detectar, canalizar y gestionar conflictos.
- Comunicación para garantizar la continuidad asistencial. Ser capaz de transmitir al resto de profesionales y pacientes los objetivos a cumplir, verificando que la información ha sido recibida y comprendida correctamente. Escucha activa y empatía para ser capaz de resolver los problemas que se planteen. Conocer en profundidad el uso de las diferentes herramientas de información (TICs) de las que dispone.
- Conocer en profundidad los modelos de trabajo de los profesionales de los diferentes ámbitos con los que trabajamos para poder adecuar e incorporar de la mejor forma los procesos asistenciales en beneficio de los pacientes.
- Ser capaz de desarrollar competencias digitales que faciliten la relación con pacientes y equipos asistenciales. Conocer y participar en la creación de procedimientos telemáticos de información clínica para la atención de los pacientes, como teleasistencia, creación de consultas virtuales entre niveles como e-consulta, videoconferencias, con el objetivo de crear un desarrollo homogéneo dada la variabilidad existente.
- Poseer habilidades de negociación y consenso.
- Manejar la información relevante para la continuidad asistencial de pacientes y familia/cuidadores, para poder planificar y coordinar acciones y añadir valor a las decisiones encaminadas a solucionar problemas de salud.
- Conocer en profundidad los sistemas de información y herramientas institucionales para actuar adecuadamente en cada situación que requiera continuidad asistencial.
- Respetar y actuar de acuerdo a los valores profesionales y el entorno laboral, manteniendo los valores deontológicos y bioéticos como principios, en relación a la toma de decisiones y acciones profesionales.
- Informar de los recursos de ayuda como Escuelas de Pacientes, Asociaciones de Pacientes.

- o **Continuidad de información:** Hace referencia a la transferencia de la información clínica entre profesionales entre los diferentes niveles asistenciales para lo que será necesario desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos sobre:
  - o En formación y docencia. Crear protocolos y guías de trabajo relacionadas con la continuidad asistencial. Colaborar en comisiones tanto internas como externas. Realización de actividades formativas y sesiones clínicas para ampliar el grado de conocimiento. Colaborar en la formación de los Enfermeros Internos Residentes. Conocer en profundidad y de manera relevante la metodología enfermera. Asistir y participar en foros, jornadas y congresos, relacionados con la gestión de la continuidad.
  - o En investigación. Participar y proponer estudios de investigación para desarrollar nuevos campos en la gestión de los cuidados entre niveles. Conocimiento de la evidencia científica.
  - o Conocer de manera relevante el medio y su normativa relacionada con la CA para garantizar la calidad de los cuidados y conseguir la seguridad del paciente y familia. Evitar las duplicidades.
  - o Utilizar lenguaje estandarizado. Fomentar y participar en reuniones normalizadas y sistemáticas.
  - o Conocer y participar en la creación de procedimientos telemáticos de información entre niveles asistenciales, como teleasistencia, creación de consultas virtuales entre niveles como e-consulta, videoconferencias, con el objetivo de crear un desarrollo homogéneo dada la variabilidad existente.
  
- o **Continuidad de gestión:** Hace referencia a la coherencia de los cuidados establecidos para el paciente y a la accesibilidad que tiene para acceder a otros niveles y a los recursos disponibles para lo que será necesario desarrollar y demostrar capacidades, habilidades y conocimientos sobre:
  - o Planificar y organizar la CA sabiendo determinar eficazmente las metas y prioridades del proyecto/tarea, estableciendo la acción, los plazos y los recursos requeridos, hacer seguimiento y evaluación. La habilidad de visualizar y establecer de forma ordenada las acciones va a facilitar alcanzar los objetivos.

- Liderar la continuidad asistencial. Realizar una coordinación conjunta y continua de la continuidad asistencial en los diferentes niveles asistenciales. Trabajar en equipo. Identificar y resolver los posibles conflictos de grupo.
- Identificar y gestionar optimamente los recursos sanitarios, socio-sanitarios y comunitarios que mejor se adapten a las necesidades de los pacientes/cuidadores.
- Innovar, flexibilizar y adaptar su gestión a nuevas situaciones que aporten valor a la organización en relación a la continuidad asistencial.
- Desarrollar nuevas estrategias, circuitos y modelos de trabajo que sean eficientes para las organizaciones sanitarias y mejoren la calidad asistencial adecuadas a cada ámbito de atención.
- Ser capaz de desarrollar competencias digitales. Conocimiento relevante y uso de las diferentes herramientas de información (TICs) de las que dispone.
- Conocer todos los recursos existentes para realizar una gestión efectiva y racional en la continuidad asistencial.
- Analizar, evaluar y monitorizar los procesos orientándolos a la calidad de la atención y calidad percibida por los pacientes.
- Promover e impulsar la seguridad de los pacientes. Crear y participar en grupos de trabajo para identificar los problemas que puedan surgir al paciente en su tránsito por los niveles asistenciales y minimizar los riesgos.
- Coordinar a los profesionales referentes de los procesos y derivaciones con los distintos niveles asistenciales.
- Promover encuentros entre los equipos de los diferentes ámbitos para hacer posible la unificación de criterios consensuados, así como el conocimiento del trabajo mutuo en cada centro.
- Crear relaciones de confianza, motivando la colaboración y reforzando el compromiso de sus compañeros.

#### **Artículo 4. Definición de los contenidos mínimos en la formación de las/os Enfermeras/os en el ámbito de la Continuidad Asistencial o Enlace.**

Para entender las necesidades formativas de estos perfiles profesionales enfermeros es importante visualizar el esquema del trabajo. La Enfermera de Enlace o de Continuidad Asistencial, independientemente del ámbito en el que se desarrolle, hace una valoración específica de la persona con problemas de salud, dependiente, y con gran necesidad de cuidados. Esta valoración se focaliza en detectar, valorar e intervenir de forma precoz en los problemas de salud y controlar o paliar los existentes.

Además, realiza educación sanitaria, y presta apoyo al cuidador/a principal y la familia. Los apoyos al cuidador/a principal implican intervenciones individuales y grupales. La intervención grupal en cuidadoras tiene el objetivo añadido de que estos grupos puedan posteriormente convertirse en grupos de apoyo emocional y/o de ayuda mutua. También debe comunicarse con instituciones, servicios y profesionales para transmitir la información relevante a cada uno de ellos y servir de enlace.

El puesto de Enfermera/o de Enlace o Continuidad Asistencial requiere de una serie de conocimientos y habilidades específicas que garanticen el alcance del perfil competencial adecuado al rol de desempeño. Esta especificidad del puesto conlleva un periodo de formación exclusivo e intensivo de 6-8 meses hasta poder desarrollar de manera autónoma y eficiente todas las funciones.

Dado que las competencias descritas en el punto anterior se describen o agrupan en términos de continuidad de relación, información y gestión, los contenidos formativos mínimos para la adquisición de las competencias consensuadas por los expertos se pueden agrupar de la misma manera. Los contenidos formativos por competencias se describen en forma de epígrafes:

##### 4.1. Continuidad de relación

- Comunicación avanzada con usuarios y profesionales.
- Negociación con pacientes, familias y profesionales.

- Conocimiento relevante de planes estratégicos y de atención a la cronicidad o planes relacionados con la continuidad asistencial.
- Métodos de educación para la salud individual y grupal.
- Evaluación e intervención biopsicosocial de las personas con problemas de alta complejidad, cuidadores profesionales y familiares.

#### 4.2. Continuidad de información

- Práctica Clínica basada en evidencias. Lectura crítica de artículos de investigación. Base de datos y búsqueda bibliográfica. Valoración crítica de la evidencia.
- Seguridad clínica y cuidados seguros.
- Contenidos legales y deontológicos: Protección de datos, intimidad, confidencialidad, etc.
- Conocimiento profundo de modelos de trabajo de los profesiones de los diferentes ámbitos y cartera de servicios.
- Tecnologías de la información, en particular las relacionadas con las Historias Clínicas Digitales.
- Valoración integral y personalizada al conjunto de problemas y necesidades de las personas con problemas de salud, a los cuidadores profesionales y familiares.

#### 4.3. Continuidad de gestión

- Valoración y estratificación de la complejidad y de las necesidades relacionadas con la atención a personas con problemas crónicos, de riesgo o frágiles, personas en situación de dependencia, etc.
- Conocimientos de la estructura y recursos del sistema social y sanitario.
- Liderazgo y gestión de equipos.
- Conocimientos bioéticos y ética de los cuidados.
- Gestión del conocimiento. Investigación e Innovación en cuidados.



## **DISPOSICIÓN ADICIONAL**

En aplicación de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y demás normativa concordante, toda referencia a personas, colectivos, cargos académicos, etc., cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia al género gramatical neutro, incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como a hombres.

## **DISPOSICIÓN FINAL**

La presente Resolución entrará en vigor en el día de la fecha y de su contenido se dará traslado a todos los Colegios Provinciales.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, con el visto bueno del Sr. Presidente, en Madrid, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de dos mil veintiuno.