

Condicionantes para la implementación del programa de actividades de promoción y prevención de la salud en atención primaria

Martínez Abastida, I.¹; Clavería Fontán, A.²; Rodríguez Reneda, L.³; González Formoso, C.⁴; Goicoechea Castaño, A.⁵; Martín Miguel, M.V.⁶

1 DUE. EOXI VIGO.

2 EPIDEMIÓLOGA ATENCIÓN PRIMARIA. EOXI VIGO.

3 DUE. SERVICIO DE INSPECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. EOXI VIGO.

4 DUE. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA. EOXI VIGO.

5 PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE MOS. EOXI VIGO.

6 MÉDICO DE FAMILIA. UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA. EOXI VIGO.

Cad Aten Primaria
Año 2016
Volume 22 Extraordinario
Páx. 8 - 13

RESUMEN

Para mejorar las actividades preventivas en Atención Familiar y Comunitaria y en Pediatría de un área de salud, pretendemos identificar los problemas que dificultan su implantación y priorizar las actuaciones de mejora precisas, con la perspectiva de los profesionales implicados.

Realizamos un estudio observacional, en Atención Primaria de Vigo. Se constituyeron dos grupos, con 6 Médicos de Familia y 6 Enfermeras, y otro con 6 Pediatras y 6 Enfermeras de Pediatría. Cada grupo realizó el análisis causa-raíz, identificando problemas y sus causas. A continuación, para priorizar las oportunidades de mejora, se utilizó la técnica del grupo nominal con todos los participantes.

En la primera fase, las observaciones de los dos grupos se distribuyeron en los siguientes bloques: organización, profesionales, modelo asistencial y sistema de información. En la segunda, leídos los informes previos, se priorizaron las actuaciones de mejora, eligiendo en primer lugar, actuar sobre la historia clínica electrónica. Se propone añadir el módulo de pediatría, incluir protocolos, recomendaciones e indicadores, y finalmente facilitar la accesibilidad al mismo mejorando la interfaz.

En segundo lugar, reorientar el modelo asistencial curativo hacia uno holístico/comunitario. Por último, aumentar la motivación de los profesionales mediante incentivos intangibles (aumentando la disponibilidad de tiempo), mejorar la comunicación en el miniequipo y la formación fueron los elementos restantes priorizados.

Nota: Se utilizan los términos Mesh de PubMed: (((("Preventive Health Services"[Mesh]) AND "Health Promotion"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Root Cause Analysis"[Mesh]) AND "Consensus"[Mesh].

Palabras clave: Actividades Preventivas, Promoción de la salud, Atención Primaria, Análisis causa-raíz, Consenso.

INTRODUCCIÓN

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) ha contribuido al desarrollo de la atención primaria (AP) en nuestro país y ha dado significado al concepto integrador inherente al modelo sanitario actual. La independencia institucional, la elevada calidad de las recomendaciones, la gran cantidad de centros adscritos y la actualización y evaluación periódica de las actividades recomendadas^{1,2}, hace del PAPPS un elemento singular de nuestro sistema.

La importancia de las actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de AP se fundamenta en el hecho conocido de que aproximadamente el 95% de la población adscrita contacta con el Centro en el intervalo de 5 años. Existen recomendaciones de actividades diferentes en función del género y la edad: infancia-adolescencia, adulto y anciano³. Actualmente la prevención cuaternaria emerge como protección frente a la medicalización de la vida y los excesos preventivos⁴.

Con la extensión de la reforma de la AP y el desarrollo de las

especialidades en Medicina de Familia, Enfermería Comunitaria, Pediatría y Enfermería Pediátrica, se han conseguido importantes logros en materia de promoción y prevención. Por ello es imprescindible abordar la formación desde los conocimientos y las actitudes en los alumnos de pregrado y postgrado. Los programas de formación de los especialistas en Atención Familiar y Comunitaria y de Pediatría, (médicos y enfermeros) así lo contemplan.

Las estrategias para la aplicación de una actividad preventiva o un grupo de ellas pueden ser poblacional, oportunista o de alto riesgo. En Galicia, la historia clínica electrónica (IANUS) incorpora el módulo Plan de Actividades Preventivas, compartido por médicos de familia y enfermeras en adultos. En Pediatría, se hace el seguimiento de 0 a 14 años con las recomendaciones del Programa del Niño Sano.

Sin embargo existen múltiples dificultades para su adecuada implantación en la práctica clínica. Es necesario identificar e eliminar estas limitaciones⁵. Esto exige la necesidad de analizar los factores locales que obstaculizan la obtención de aplicaciones óptimas de estas actividades.

Mejorar el impacto de las actividades preventivas en Atención Familiar y Comunitaria y en Pediatría es un objetivo compartido en nuestra área. Pretendemos impulsarlo al identificar los problemas para su implantación, analizar sus causas y priorizar las actuaciones de mejora necesarias.

DISEÑO

Estudio observacional. En un primer tiempo, se utiliza el diagrama de Ishikawa para identificar y analizar las causas de los posibles errores. En un segundo tiempo, se priorizan las actuaciones de mejora con la técnica del grupo nominal.

Ámbito: Atención Primaria de Vigo.

Participantes: Se constituyeron dos grupos, uno formado por 6 Médicos de Familia y 6 Enfermeras, y otro con 6 Pediatras y 6 Enfermeras de Pediatría.

Metodología:

- **Fase de preparación:** Se constituye un equipo investigador multidisciplinar y se selecciona por conveniencia a los participantes de los dos grupos buscando el equilibrio de ámbito (rural/urbano). Mediante invitación por correo electrónico se captaron hasta completar el número previsto. Se envió un recordatorio/llamada telefónica previamente a la reunión de los profesionales participantes.
- **Fase de análisis:** Realización de diagrama de Ishikawa e identificación de oportunidades de mejora por cada grupo.
- **Fase de priorización:** Se utiliza la técnica del grupo nominal con todos los participantes.

En cada fase se realiza una reunión de cada grupo de hora y media de duración, en horario laboral y en las dependencias de la Xerencia.

RESULTADOS

1. Fase de preparación.

Con la participación del equipo investigador formado por dos médicos, dos enfermeras, un pediatra y un alumno de enfermería. No acudió una enfermera. La epidemióloga coordinó la reunión y el estudiante de enfermería actuó como secretario. En esta fase se pretendía entrenar a los coordinadores de las reuniones siguientes en la metodología.

Se planteó el motivo del estudio: "No estamos haciendo todas las actividades preventivas que deberíamos, y queremos saber por qué". Se hizo una ronda inicial libre de respuestas.

Bajo este punto de partida se hace una tormenta de ideas en la que todos los participantes exponen sus opiniones.

Se escogió la pregunta "¿Por qué no hacemos actividades preventivas y de promoción de la salud?" para plantearla en las reuniones siguientes. Se agregaron las respuestas con los apartados organización, profesionales, modelo asistencial y sistema de información. A continuación, se profundizó en cada uno de ellos.

2. Fase de análisis causa-raíz.

2.a) Diagrama de Ishikawa e identificación de oportunidades de mejora en el área de pediatría.

La moderadora de la reunión fue una pediatra y actuó como secretario el estudiante de enfermería.

El número de participantes en esta reunión ha sido de un total de nueve asistentes, con 5 pediatras (75% mujeres), 3 enfermeras de pediatría (75% rural y 25% urbano) y 1 estudiante de enfermería (secretario).

Se plantea la pregunta acordada en la fase previa. Se recogen las opiniones (incluyendo los verbatim) (Tabla 1) de los participantes y se agregan las respuestas (Figura 1) en cinco apartados:

<p>"Hay muchos pediatras poniendo fonendos y nada más, que se para poco a hablar con los pacientes"</p> <p>"Falta de tiempo, mucha carga de pacientes"</p> <p>"Que al no tenerlo en programa, no está interiorizado, no forma parte de la inercia"</p> <p>"Sólo curamos, ya se hará la prevención"</p> <p>"Falta de incentivos"</p> <p>"Falta de formación"</p> <p>"Falta de motivación personal"</p>

Tabla 1. Ejemplos de las frases literales de los participantes en el estudio.



Figura 1. Diagrama de Ishikawa en el área de pediatría y enfermería pediátrica.

Organización del Sergas. El aspecto más destacado fue relativo a la gestión del tiempo, con dificultades para la sustitución, la gestión de agendas y la falta de personal. La necesidad de formación institucional y local en los propios Centros. En cuanto a Consejos/protocolos/recomendaciones, se expresa la necesidad de su disponibilidad en la HCE. Otros aspectos señalados fueron la dotación de material y su mantenimiento, y la existencia de incentivos al menos intangibles (disponibilidad de tiempo, reconocimiento, etc).

Profesionales (enfermeras y pediatras). Se valoró la formación continuada, la adquisición de habilidades de comunicación, aumentar la motivación y la coordinación y unificación de criterios.

Modelo asistencial. Se hizo referencia al modelo paternalista, centrado en un enfoque bio-médico, en lugar de un enfoque bio-psico-social.

Sistemas de información. La HCE centró el interés respecto a la necesidad de incorporar el módulo preventivo de pediatría, mejorar la accesibilidad y agilidad en la interfaz de las actividades preventivas en la HCE para facilitar el registro y el seguimiento de las mismas; finalmente, la posibilidad de disponer de documentación con las recomendaciones para los pacientes.

Entorno social. El modelo educacional predominante en el que se destierra el esfuerzo personal para el abordaje de los problemas de salud, en la creencia y exigencia de soluciones inmediatas, externas y basadas en la medicalización.

2.b) Diagrama de Ishikawa e identificación de oportunidades de mejora en el área de Atención Familiar y Comunitaria.

La moderadora de la reunión fue una enfermera. Actuó como secretario el estudiante de enfermería. El número de participantes en esta reunión ha sido de un total de once asistentes (40% rural y 60% de urbano representando a médicos, en enfermería 33,4% rural y 66,4% urbanas, y en su

totalidad mujeres, con y 1 estudiante de enfermería como secretario).

Se plantea la pregunta acordada en la fase previa. Se recogen las opiniones de los participantes y se agregan las respuestas en cuatro apartados (Figura 2). A continuación se resumen y/o citan (Tabla 2) aspectos destacados por los participantes.

A. Organización del Sergas
"Cada vez menos sustituciones con lo que se sobrecargan las consultas"
"Una enfermera para dos pediatras"
"Protocolos acerca de alimentación, accidentes... a los que se puede acceder desde las sociedades científicas por internet con el fin de unificar criterios y sería necesario que el SERGAS se ponga de acuerdo con la asociación de pediatría".

B. Profesionales (enfermeras y pediatras).
"Gente dice no por sistema"
"Cada vez hay menos evidencia científica de cosas que pensábamos que se tenían que hacer así, por ejemplo, gluten después de los 4 meses, ¿pero cuándo? No hay unidad"

C. Modelo asistencial.
"Tienes que adelgazar, así no, hay que interiorizarlo"
"Hay que salir de la consulta"

D. Sistema información.
"Yo el PAPPS no lo abro"

E. Entorno social
"Se necesita que la persona a la que va dirigido el esfuerzo del personal sanitario sea receptivo, que no se hable con una pared, creando un feed-back positivo y estimulando al personal a seguir trabajando en esa dirección"
"El problema está en los otros, yo no tengo la culpa"
"Si me pones la vacuna ya no vuelvo al control"

Tabla 2. Ejemplos de las frases literales de los participantes en el estudio.



Figura 2. Diagrama de Ishikawa en el área de Atención Familiar y Comunitaria.

Organización. El problema clave se centra en la falta de personal. No se realizan sustituciones por lo que aumenta el número de pacientes atendidos fuera de turno y adscritos a otros profesionales, todo lo cual condiciona que las actividades preventivas pasen a un segundo plano. Se hace constar la mala comunicación de los cambios organizativos desde la propia empresa a los profesionales.

Profesional. Los puntos clave se apuntan como una cierta desmotivación personal y profesional, no existen incentivos específicos para las actividades preventivas, déficit en habilidades de comunicación, necesidad de formación tanto de manejo de la HCE como sobre conocimiento de las actividades preventivas y entrenamiento en habilidades de comunicación.

Modelo asistencial. Por un lado los profesionales están inmersos en un modelo paternalista-curativo más que bio-psico-social, en parte debido a la alta presión asistencial y la imposición de ampliar la cartera de servicios en los centros. Se plantea la dualidad de si es mejor realizar Actividades

individuales o en grupo, en el centro o en la comunidad, en horario laboral o altruistamente. La opinión mayoritaria se decanta por la comunidad, ya que posibilita la participación de los propios activos comunitarios. Además se deberían implicar otros miembros del equipo (trabajador social, fisioterapeuta, matrona, etc.) y debería llevarse a cabo de forma reglada, dentro del tiempo de trabajo y registrado en el apartado de las actividades preventivas de la HCE.

Sistemas de información. Las aplicaciones informáticas se centran en que no se ha mejorado el módulo informático del PAPPS. El sistema es farragoso y redundante (algunas actividades implican hasta 3 registros en distintas interfaces) con problemas de accesibilidad a algunos archivos, además todo lo cual conduce a un infraregistro. Además, en ocasiones el registro no va seguido de seguimiento ni intervención sobre lo detectado. Por otro lado, el traspaso de la historia clínica en papel a la HCE ha supuesto una pérdida de información relevante.

3. Fase de priorización.

Se convocó a todos los participantes en el estudio (equipo de investigación y grupos de la fase 2).

Asistieron 11 profesionales (10 mujeres): 4 médicas de familia, 3 pediatras, 2 enfermeras de pediatría, 1 epidemióloga como facilitadora y 1 estudiante de enfermería como secretario.

Como material de apoyo se utilizó un rotafolio, la mesa estaba dispuesta en rectángulo. La sesión duró menos de dos horas.

La primera ronda de ideas generó una lista con 12 aseveraciones (TABLA 3).

A. Organización
"Algunos cupos tienen múltiples enfermeras de referencia"
"No te cuenta hacer actividades preventivas"
"Profesionales no conocen los recursos ni cómo registrar en la HCE"
"No están interiorizadas las actividades preventivas (AP). Se ha perdido la mecánica que existía en la Historia Clínica de papel que te encontrabas con la hoja verde y la rellenabas de paso (citología, mamografías)"

B. Profesional.
"Las actividades preventivas no se ven como algo importante a realizar"
"Te enteras de lo que hace el SERGAS porque el paciente te cuenta lo que leyó en el Faro"

C. Modelo asistencial
"En los pacientes vemos qué tienen, no lo que no quiero que tengan"
"La mentalidad que tenemos ahora es la de descubrir a qué vienen, y tratar el problema que ha aparecido"
"Medidas preventivas que hay que solicitar como alguna vacuna que no hay en el centro y la espera es notoria. La burocracia retrasa todo"
"Yo no puedo recomendar algo que mi empresa no me ofrece"
"Implicación más activa por parte del trabajador social en informar a los profesionales de los recursos comunitarios existentes"

D. Sistema información.
"Parámetros sin cubrir, tabaco y alcohol sí, pero otros aparecen vacíos o nos redirecciona a un enlace externo como sucede en el caso del ejercicio físico (hay que cambiar de pantalla, cubrir un test, hacer cálculos, volver a cambiar de pantalla). Parámetro no trabajado, poco accesible. Es preciso facilitar herramientas"
"Tienes que ir a propósito a registrar las AAPP"
"No se priorizan las AAPP, te pasas el tiempo buceando en los informes del Hospital"
"Escribir en episodios, inmunizaciones en vacunas y luego pasarlo al PAPPS, entrar en 3 sitios no es cómodo. Es necesario más visible, facilitar el acceso"
"No lo registras en el PAPPS"
"Yo el PAPPS no lo abro"
"Es una parte olvidada, no lo priorizas"
"Se hace más de lo que se registra"
"Gente que registra y no hace"

Tabla 3. Ejemplos de las frases literales de los participantes en el estudio.

La compilación y la clasificación de estos elementos resultaron en una lista final de 5 dominios que fueron priorizados por importancia, factibilidad e impacto. Los cinco elementos más valorados y su puntuación fueron:

Cambios en la historia clínica electrónica: 18 puntos.

Potenciar el modelo asistencial holístico en lugar del biomédico: 15 puntos.

Motivación: incentivos, 11 puntos.

Coordinación y comunicación en el mini-equipo: 9 puntos.

Mejorar la formación: 7 puntos.

*Modelo asistencial paternalista, sin involucrar al paciente.
Formación actualizada en AAPP, recomendaciones, HCE.
Motivación.
Consejos en IANUS con criterios y protocolos unificados, y conocidos por todos.
Módulo pediatría en IANUS.
Habilidades de comunicación, entre profesionales y con los pacientes.
Coordinación médico-enfermera, y, especialmente, del mini-equipo.
Modelo asistencial centrado en el problema y en la curación, que condiciona las agendas..
Se debería facilitar el registro en la HCE.
El sistema informático en general.
Enfoque biopsicosocial predominante cuando se debiera potenciar atención comunitaria.
Tiempo. Podría ser un incentivo intangible.*

Tabla 4. Lista de aseveraciones

DISCUSIÓN

“No estamos haciendo todas las actividades preventivas que deberíamos, y queremos saber por qué” fue planteado por el equipo investigador.

No encontramos trabajos publicados de Atención Primaria sobre este tema con la metodología de causa-efecto, aunque es muy frecuente en el ámbito hospitalario sobre actividades de mejora de la calidad y seguridad de pacientes. Existen trabajos publicados en relación a la mejora de las Actividades Preventivas y de cómo conseguir un aumento del cumplimiento^{6,7}, aunque la metodología utilizada no se corresponde con la utilizada en nuestro estudio. Varios autores^{8,9} incorporan la perspectiva de los pacientes¹⁰ y la necesidad de fomentar en el ciudadano una mayor responsabilidad sobre el autocuidado de su salud¹¹. Otros estudios relativos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) se refieren a la evaluación del efecto de determinadas intervenciones preventivas recomendadas^{12,13}.

Entre las limitaciones, destacar que, en la metodología de consenso, la selección de los participantes es crucial; el objetivo es lograr una representación de todos los puntos de vista acerca del tema. En nuestro estudio no se alcanzó el equilibrio de género, aunque la participación de varias disciplinas involucradas en la práctica clínica y su estratificación por ámbito (rural/urbano), creemos que provee bases suficientes para tener representatividad de todos los puntos de vista. Aún así, para interpretar los resultados obtenidos, se debe tener en cuenta que los profesionales participantes están entre los más motivados y críticos.

Los participantes del grupo nominal, sin experiencia previa en la técnica, valoraron la dinámica del grupo muy positivamente al final de la reunión.

La percepción de los participantes percibe la necesidad de encontrar unanimidad en las recomendación del PAPPS, para lo que debería

potenciarse la colaboración entre sociedades científicas para intentar trabajar y generar recomendaciones consensuadas.

Al Servizo Galego de Saúde (SERGAS) le corresponde incorporar la taxonomía enfermera (NANDA, NOC, NIC) en la HCE y el módulo de pediatría, además de mejorar la agilidad y funcionalidad de la HCE en el área de actividades preventivas. Y los necesarios indicadores clínicos; sin ellos no es posible la autoevaluación y la gestión clínica es una entelequia. Los autores quieren dejar constancia de que el módulo de Pediatría se incluyó una vez concluido el estudio y que la taxonomía enfermera está en diseño.

Finalmente, y como ha sido priorizado por el grupo, es importante la visión holística sin centrarnos solo en curar sino involucrando al paciente en la responsabilidad de su propia salud, utilizando habilidades de comunicación y potenciando la atención comunitaria. La formación en pregrado y posgrado constituye un pilar fundamental en el cambio de paradigma. En este sentido, la creación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, con unos objetivos claramente orientados a conseguir competencias en atención a la comunidad, supone una oportunidad, un acicate y un aval para conseguirlo.

Consideramos que este enfoque y prioridades son un interesante punto de partida. Para que las actividades preventivas lleguen a quienes las necesitan y no se queden en manuales de sociedades científicas ni competencias profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Elena Álvarez, Victoria Ampudia, Carolina Barreiro, Concepción González, Rosana Izquierdo, Concepción López, Elena Lorenzo, José Medina, Carmen Mosquera, M^a José Muguera, Carmen Soto, M^a José Valiña, Carolina Veiga.

Bibliografía

1. Subías, P.J., Bauzá, K., Casanovas, E., García, J.R., Iglesias, M., Jiménez, J., et al. Evaluación del PAPPS. Aten Primaria. 2001;28 Supl: 5-12.
2. Actualización de las recomendaciones del PAPPS 2005. Aten Primaria. 2005;36:Supl 2:5-10.
3. Martín Zurro, A., Serrano Martínez, M. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. En: M. Serrano Martínez, V.C. y P.B.(eds). Medicina de Familia: Guía para estudiantes. Ariel, Madrid; 2005. p.416-431.
4. Soledad Márquez-Calderón. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Informe SESPAS 2008. Capítulo 4. Un sistema de salud integrado y centrado en los usuarios, primum non nocere, intervenciones sanitarias respetuosas con las preferencias de los individuos.
5. Martín Zurro A. En el 25 aniversario del PAPPS. Editorial. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):1.
6. Arnal Selfa, Rosa. Los equipos de atención primaria. Propuestas de mejora. pdf [Internet]. [cited 2015 May 16]. Available from: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/eap.pdf>
7. Rubio-Valera, María; Pons-Vigués, Mariona; Martínez-Andrés, María; Moreno-Peral, Patricia; Berenguera, Anna et al. (2014). Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. PloS one vol. 9 (2) p. e89554.

8. Pérula, L.A., Lahoz, B., Llergo, A., Pérula, C.J., Adame, M.V. ¿Siguen los profesionales de atención primaria de los centros andaluces adscritos las recomendaciones propuestas por el PAPPS? Medicina de Familia, Andalucía. 2001;2:39-44.
9. Pérula, L.A., Iglesias, M., Bauza, K., Estévez, J.C., Alonso, S., Martín Carrillo, P., et al. Tiempo estimado para realizar las actividades preventivas recomendadas por el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) en la población adulta. Aten Primaria. 2005;36 Supl 2:5-10.
10. Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Fernández, A., et al. Primary Care Patients' Perspectives of Barriers and Enablers of Primary Prevention and Health Promotion-A Meta-Ethnographic Synthesis. Harper DM, ed. PLoS ONE. 2015;10(5):e0125004. doi:10.1371/journal.pone.0125004.
11. Jovell, A., Navarro, M.D., Fernández, L., Blancafort, S. Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38:234-7.
12. Subías, P., Bauzá, J., Casanovas, E., García, J.R., Iglesias, M., Jiménez, J., et al. Estudio de efectividad PAPPS (1998) y resultados preliminares de la evaluación del PAPPS (1999). Aten Primaria. 1999;Supl 1:11-7.
13. Subías, P.J., García-Mata, J.R., Pérula, L.A. Efectividad de las actividades preventivas analizadas en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria. 2000; 25:383-9.

ANEXO

1. COMPETENCIAS CLÍNICAS AVANZADAS EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y COMUNITARIO.

1.1. Clínica y metodología avanzada:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Conoce y utiliza como parte del tratamiento enfermero las medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad.	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 especialidad, con especial atención a los procesos de cronicidad y a las situaciones de dependencia.
Promueve la participación plena de los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su salud.	Manejar los conflictos éticos y legales que se plantean como consecuencia de la práctica de la Enfermería Familiar y Comunitaria, para solucionarlos o, en su caso, remitirlos a otras instancias.
Evaluar la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares y comunitarios y los resultados del tratamiento enfermero.	Utilizar el proceso enfermero de valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud/diagnósticos enfermeros y objetivos del usuario (familia o grupo), planificación de intervenciones de tratamiento enfermero y evaluación de los resultados.

1.2. La atención en la infancia:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Promover la salud y prevenir la enfermedad tanto en el contexto familiar como en la escuela y en la comunidad.	Promover la salud de los niños y las niñas en la familia y en la comunidad, con especial atención a la escuela.
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros.	Prevenir la enfermedad de los niños y las niñas en el contexto familiar y comunitario.

1.3. La atención en la adolescencia:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...), promoviendo conductas responsables frente a actividades de riesgo.	Promover la salud de los adolescentes en sus aspectos biológico, psicológico y social, tanto individualmente como grupalmente.
Dirigir, colaborar y participar en programas de educación para la salud dirigidos a adolescentes.	Prevenir la enfermedad de los adolescentes en sus aspectos biológicos, psicológicos y social.

1.4. La atención a la salud general en la etapa adulta:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Evalúa la calidad de vida e identifica la existencia de factores de riesgo para la salud, especialmente estilos de vida saludables y problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del adulto en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales prevalentes en la edad adulta, tanto individual como grupalmente.
Fomenta los autocuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entorno comunitarios.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del adulto en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales prevalentes en la edad adulta, tanto individual como grupalmente.
Identificar, valorar y controlar la evolución de los problemas crónicos de salud específicos y prevalentes en la comunidad, así como fomentar los autocuidados y estilos de vida saludables tanto a nivel individual, en grupo y en la comunidad.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de gestión en términos de igualdad, desarrollándolos, tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.

1.5. La atención a la salud sexual, reproductiva y de género:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Participa en el desarrollo de programas de educación y consejo para la salud sexual y reproductiva.	Promover la salud sexual y reproductiva en hombre y mujeres.
Colaborar en la adecuada recuperación y en un adecuado entorno familiar, domiciliario y comunitario.	Promover la salud durante el embarazo, parto y puerperio en el entorno familiar y comunitario, y participar con otros miembros del equipo y/o especialistas en la planificación, dirección, coordinación y evaluación de actividades específicas.

1.6. La atención a las personas ancianas:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Estimular la autonomía de los mayores en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana en su entorno familiar y comunitario y fomentar la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud de las personas ancianas en su entorno familiar y comunitario.
Prevenir accidentes y caídas cuidando la seguridad del entorno, especialmente en los domicilios.	Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar, junto con otros profesionales y especialistas, programas de prevención de las complicaciones y problemas de la salud más frecuentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.
Ayuda a la adaptación a los cambios del rol debido a la edad, y ayudar a las personas mayores ante la pérdida de los seres queridos.	Detectar e intervenir de modo precoz sobre los problemas de salud prevalentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.

1.7. La atención a las familias:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Utilizar una metodología de análisis adecuada al trabajo con familias, usando estrategias sistemáticas para formular hipótesis, intervenir y evaluar.	Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar programas de cuidados integrales dirigidos a promover la salud y prevenir problemas en las familias, en contextos de salud y con especial atención en los riesgos de enfermedad.
Identificar las situaciones de riesgo y crisis familiar, y hacer planes de intervención.	Gestionar programas comunitarios y familiares de prevención y detección de crisis y de violencia intrafamiliar.

1.8. La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Identificar los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades.	Colaborar en la prevención e intervención en situaciones de emergencias y catástrofes.
Manejar de forma eficaz los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario.	Actuar individualmente o en equipo ante situaciones de urgencia.

1.9. La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario:

RESULTADOS	CAPACIDADES
Identificar necesidades específicas de los grupos minoritarios, excluidos o de riesgo en el ámbito comunitario.	Fomentar la salud y la integración de grupos excluidos o en riesgo de exclusión social.
Colaborar en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de los programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario individual y grupal.	Gestionar intervenciones ligadas a problemas de inmigración, minorías étnicas, discapacidad, marginación y otros.

2. COMPETENCIAS VINCULADAS CON LA SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA.

RESULTADOS	CAPACIDADES
Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género.	Analizar la situación de salud de la comunidad y planificar y desarrollar programas de promoción de la salud comunitaria.
Liderar y realizar programas intersectoriales de intervención sociosanitaria en prevención y promoción.	Planificar y desarrollar programas de educación para la salud en la comunidad.
Participar en el diseño y desarrollo de los programas de salud en los entornos laborales de la comunidad a través de la colaboración con los comités de seguridad y salud en el trabajo y/o con otros profesionales de salud de la comunidad.	Conocer los sistemas de información, seguimiento y control de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.

3. COMPETENCIAS VINCULADAS CON LA DOCENCIA.

RESULTADOS	CAPACIDADES
Valorar el nivel de conocimiento, las necesidades, y la motivación de las personas, la comunidad, estudiantes y profesionales a los que va dirigida la formación.	Identificar y valorar las necesidades de formación y los factores que influyen en el aprendizaje de los cuidados en el ámbito familiar y comunitario, que permitan dar una respuesta eficaz y eficiente.

4. COMPETENCIAS EN GESTIÓN DE CUIDADOS Y SERVICIOS EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y COMUNITARIO.

RESULTADOS	CAPACIDADES
Optimizar y racionalizar el consumo y utilización de los servicios y recursos, y evitar duplicidades o carencias.	Gestionar, liderar y coordinar la continuidad de los cuidados individuales, familiares y comunitarios, y los servicios sanitarios.

5. COMPETENCIAS EN INVESTIGACIÓN.

RESULTADOS	CAPACIDADES
Innovar en el campo de la definición de diagnósticos, intervenciones y resultados en la enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.	Generar conocimiento científico.