

LA ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS FORMALES DE LOS MAYORES

LA ENFERMERÍA DE LO SOCIOSANITARIO Y LO SOCIOFAMILIAR Y LA ENFERMERÍA.

Antonio Peñafiel Olivar Presidente de AMEG

Conferencia pronunciada en la asamblea mundial de envejecimiento en Madrid.

JUSTIFICACIÓN

Centrare mi comunicación en dos aspectos fundamentales para entender los cuidados formales a los mayores:

- La Enfermería.
- Lo “sociofamiliar”.

Con respecto a la enfermería, me gustaría constatar cuál es su aportación diferencial como disciplina científica. Esto nos ayudará a definir cuál va ser su “rol” en la atención al mayor.

La misión fundamental de la enfermería es el cuidado. Por tanto esta disciplina trabaja integrada en equipos multidisciplinares, aportando en la Asistencia, Gestión, Investigación, y Formación todo lo relacionado con el cuidado del ciudadano, en este caso del anciano.

Esta aportación específica de la enfermería (el cuidado), ha sido reconocida de forma formal recientemente mediante el Real Decreto 1231/2001 , publicado en el BOE del 9 de Noviembre de 2001, donde se reconoce la función autónoma de esta profesión:

Artículo 54. Cuidados de enfermería:

“ Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna” .

En segundo lugar me parece imprescindible dedicar unas líneas al concepto de “lo sociosanitario”:

A nivel internacional no encontramos un término similar. La palabra procede del modelo Catalán y hoy en día se ha incorporado a todos los foros sanitarios, sociales, políticos, donde se hable de personas mayores. Lo que más se acerca al término es lo que los Anglosajones denominan “Long Term Care” (Cuidados Prolongados), donde convergen dos tipos de cuidados: Los sociales (centrados en las actividades de la vida diaria), y los sanitarios (más dirigidos a las enfermedades).

Dicho de otra manera, la atención sociosanitaria consiste en la cobertura de las necesidades de un usuario que no puede cuidarse por si mismo, y que necesita cuidados de media o larga duración.

PERFIL DE USUARIO.

Los cambios en los patrones de morbi-mortalidad en las últimas décadas han dado lugar a un aumento en la esperanza de vida. Cada vez un grupo más numeroso de persona viven más años, este incremento de los denominados “Viejos-Viejos” (mayores de 75-80 años), hace que se incrementen las enfermedades crónicas e incapacitantes. Se calcula que un hombre vive de media 15 años después de los 65, 5 de estos 15 los vive con alguna incapacidad, y 6 de los 19 que vive la mujer.

En definitiva tenemos un usuario heterogéneo que con mucha frecuencia va a presentar a lo largo de su vida:

- Enfermedades crónicas.
- Síndromes geriátricos.
- Dependencia para realizar las Actividades de la vida diaria.

Los sistemas sanitarios se desarrollaron para responder a unas necesidades de salud y demandas de cuidados que han cambiado, la inadaptación de los sistemas a esta nueva situación disminuye su eficacia.

Esta problemática hace que esta población precise de la convergencia del sistema de protección de la salud y de los servicios sociales principalmente, y su eficacia y eficiencia dependa de la coordinación de ambos, asignatura pendiente hasta el momento en nuestro País.

Necesitamos por tanto llenar este espacio de encuentro sociosanitario, entre dos sistemas por los que camina el mismo usuario, pero que al estar gestionados por instancias diferentes (lo sanitario, o lo social), recibe unos servicios diferentes en función de una amplia gama de variables como la puerta de entrada al sistema, red de recursos de cada comunidad, relaciones personales de los profesionales, etc.

Esta descoordinación la nota el sistema sanitario:

En muchas ocasiones las áreas de salud donde no se han implementado suficientes recursos geriátricos, los hospitales de agudos atienden a enfermos en los que se ha solucionado su proceso agudo, y en estos momentos necesita otro recurso más idóneo que el hospital.

Así, se estima que en estos Hospitales de Agudos nos encontramos:

- Un 15 % de Enfermos Convalecientes.
- Un 10 % de Pacientes Terminales.
- Un 5 % de Crónicos de Larga estancia.

Estos enfermos requieren de un planteamiento terapéutico distinto y una organización distinta. Son enfermos mal atendidos, y que inducen a un mal uso de los recursos al aplicar métodos curativos a situaciones de otra índole (1).

CARTERA DE SERVICIOS DE LA ENFERMERIA GERONTOLÓGICA DE LO SANITARIO.

Como hemos visto, este tipo de usuarios, precisan un producto asistencial muy vinculado con los cuidados, por tanto el perfil formativo de la enfermería cobra un papel relevante en la atención a estos enfermos.

Tomando como referencia el mapa de procesos mínimos necesarios para la atención sociosanitaria, resaltaré aquellos en los que la participación de la enfermería cobra un importante papel:

1. PROCESO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES.

Su participación es esencial en la puerta de entrada del usuario al sistema, pues para medir el nivel de dependencia del usuario, necesitamos conocer la capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria, aspectos muy vinculados con la enfermería.

En este contexto sociosanitario, necesitamos sistemas de información específicos no centrados en las enfermedades, como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), que sólo explican el 12% del consumo de recursos de estos clientes. Tendríamos una información puntual donde el curar tiene más importancia que el cuidado, y donde el factor dependencia no se considera.

El Resident Assesment Instrument (RAI), incorpora información vital para la gestión y planificación de cuidados del usuario que precisa cuidados de larga duración. Este instrumento, que es interdisciplinar, a nuestro juicio proporciona, los datos necesarios para dispensar una adecuada planificación y gestión del usuario de cuidados prolongados. Pensamos que la enfermería debe liderar el manejo de este instrumento, en el seno de un equipo interdisciplinar.

Un instrumento de este tipo nos permite la gestión de casos, y por tanto la asignación adecuada de recursos.

2. PROCESO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Las intervenciones de enfermería irán encaminadas a conseguir el mayor grado de independencia del usuario, con planes de intervención realistas, interdisciplinares, y buscando en última instancia la mejora en la calidad de vida del cliente.

3. PROCESO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO.

En este proceso la aportación específica de la enfermería, es el Plan de cuidados enfermero insertado dentro del plan de intervención interdisciplinar.

4. PROCESO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA DEPENDENCIA.

La enfermería no sólo trabaja con problemas reales, sino también con alteraciones potenciales que se constatan a través de la presencia de factores de riesgo. Además de los clásicos programas de prevención de la enfermedad, la enfermería tiene un rol fundamental en la prevención primaria y secundaria de la dependencia, con el objetivo de mantener el máximo nivel de autonomía del usuario.

5. PROCESO DE ATENCIÓN A LA AGONÍA, ÉXITUS Y DUELO.

La enfermería geriátrica, con frecuencia tiene que ofrecer un servicio ante la inminente llegada de la muerte y después de la misma.

6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

La enfermería debe manejar un activo intangible fundamental de las empresas donde se prestan servicios sociosanitarios: El conocimiento. En este sentido debe ser la responsable de que el personal cuidador de atención directa adquiera los conocimientos, actitudes, y habilidades, necesarios para dar una atención de calidad. La enfermería gestionará el conocimiento, a través de las siguientes líneas estratégicas:

- Formación.
- Intercambio de experiencias de buena práctica (Benchmarking).
- Investigación: Adquirir nuevos conocimientos.
- Documentación: Almacenar el conocimiento necesario para prestar con calidad los servicios que demandan los usuarios.

7. GESTIÓN DE LA CALIDAD.

La enfermería ocupa un lugar estratégico para conseguir la excelencia y calidad en los cuidados por estar 24 horas al lado del usuario.

Es necesario definir con criterios y estándares de estructura, procesos, y resultados la calidad que ofertamos los servicios sociosanitarios.

El modelo de Excelencia Europeo (EFQM), es un instrumento magnífico de auto evaluación de cualquier empresa: El análisis periódico de los procesos permitirá analizarlos, ver los resultados e introducir elementos de mejora que nos introduzcan en una dinámica continuada de mejora y de calidad total.

8. GESTIÓN DE FARMACIA.

En el sector sociosanitario, con mucha frecuencia, la cabeza visible responsable de la provisión, distribución y administración de las sustancias terapéuticas que precisa el usuario, es la enfermería.

9. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

La enfermería de lo sociosanitario es la responsable directa del equipo de enfermería, en muchas ocasiones de toda el área asistencial, y con frecuencia la responsable del equipo interdisciplinar. Esto la obliga a participar en el proceso de gestión del personal en diferentes aspectos, resolución de conflictos, transmisión “Ad Hoc” de conocimientos, actitudes y habilidades, medición de cargas de trabajo, ajuste y distribución del personal, etc. En muchos centros públicos, la enfermera es la cabeza visible cuando no existe ningún mando intermedio, ni dirección ante cualquier problema del servicio. Además el perfil de enfermería, es un perfil muy adecuado para la gestión de servicios de cuidados prolongados.

10. PROCESO DE GESTIÓN DE RIESGOS.

Con frecuencia la enfermera se enfrenta a solucionar conflictos en contextos sociosanitarios que requieren la toma de decisiones inmediatas, por riesgo de la integridad de la salud e incluso la vida del paciente:

Fugas de pacientes con deterioro cognitivo, no incapacitados.

Peleas por problemas de convivencia.

Contenciones de usuarios agitados, etc.

MODELO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIO.

Hasta el momento hemos visto que el usuario objeto de nuestra atención presenta unas peculiaridades complejas, heterogéneas y cambiantes en el tiempo, de modo que el modelo asistencial estrictamente sanitario o el estrictamente social no responde a sus necesidades.

Por tanto necesitamos un giro filosófico que cambie el enfoque del **curar por el de cuidar**, centrado en la valoración integral del usuario, abordaje interdisciplinar y trabajo en equipo, dando prioridad a la calidad de vida, considerando los beneficios de la rehabilitación, adaptado a la discapacidad, contemplando el control de síntomas, y donde la unidad de atención sea el usuario y su familia.

El usuario sociosanitario (mayores con enfermedades crónicas, enfermedades terminales, con alteraciones de las funciones mentales), requiere un sistema de recursos en un contexto sectorizado, con permeabilidad, servicios flexibles, con instrumentos de conexión, recursos claramente definidos con estándares (estructura, procesos, resultados), bien ubicados, bien definidos los tipos de usuarios y sus indicadores funcionales (estancias medias, resultados, etc.), con un sistema de financiación adecuado que considere la complejidad clínica y el consumo de recursos del cliente.

Esta población necesita un modelo asistencial **global** (medidas en todos los ámbitos), **Sectorizado** (Sistemas integrales conectados), **Permeables** (clientes profesionales conectados), **Gradual** (corto, medio, largo).

Para crear un sistema de atención geriátrica integral eficiente y eficaz, es imprescindible que exista un equipo interdisciplinar, con gran dedicación a la conexión y con capacidad de intervención en todos los elementos del sistema. Su ubicación es opcional, y depende de la historia individual de cada sector (P. Horrocks, 1990).

Existen experiencias contrastadas del uso de las denominadas enfermeras de conexión para asegurar esa coordinación y uso óptimo de los recursos del sistema.

En cuanto a los tipos de cuidados que se deben ofertar en el modelo son:

- Cuidados de prevención primaria: Basados en el fomento de la salud y la autonomía.
El Plan gerontológico nacional de 1992 en uno de sus objetivos, hace referencia a “*Promover la salud y prevención primaria de la enfermedad*”.
- Cuidados de prevención secundaria: Parten de la detección precoz de los problemas de salud y de la pérdida de autonomía. Otro de los objetivos del Plan Gerontológico dice “Propiciar la prevención secundaria, asistencial y rehabilitadora de la enfermedad”.
- Cuidados de prevención terciaria: Este tipo de cuidados se aplican cuando el problema está instaurado, en periodo de resolución, o camina hacia la cronicidad o el estado terminal. Se aplican cuidados encaminados a la recuperación, cuidados paliativos, etc.

- Cuidados Integrales: Es el tipo de cuidados propios del equipo interdisciplinar, y considera toda la realidad física, psíquica, social, y funcional que afecta al usuario.
- Cuidados Progresivos: Son los cuidados rehabilitadores por excelencia. Van de la dependencia al nivel de autonomía que permita el usuario y sus potencialidades.

¿En qué espacio físico ejerce la enfermería de lo sociosanitario?:

La enfermería gerontológica de lo sociosanitario, ejerce en la comunidad, en la atención especializada, y en los servicios sociales. El nexo común es el usuario que necesita cuidados prolongados.

Estos profesionales necesitan especialización. En contextos como la atención primaria abogamos por tener enfermeras expertas en gerontología y atención sociosanitaria, a nivel de consultoría del equipo de primaria con gran dedicación con el resto del equipo a la conexión de recursos. En el resto de niveles asistenciales el modelo podría ser parecido.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El plan de cuidados es un instrumento clave en la organización de la atención individualizada del anciano. Es el producto de un proceso denominado de planificación de cuidados que contiene una serie de fases de valor añadido que nos llevan a la prestación del servicio que demanda este tipo de usuarios: cuidados prolongados.

El proceso comienza con la **valoración**: Fase de recogida de datos físicos, psíquicos, sociales, y funcionales. Cada profesional del equipo recogerá la información necesaria para obtener los problemas propios de su disciplina. Es necesario un Instrumento que aglutine los datos que necesita el equipo para planificar la intervención interdisciplinar. En este sentido el Resident Assessment Instrument (RAI), podemos utilizarle para este cometido.

La recogida de datos de enfermería la debemos integrar en un modelo de enfermería que permita llevarnos a la obtención de problemas enfermeros; en este sentido el equipo de enfermería deberá pronunciarse por un modelo (Virginia Henderson, Majory Gordon, etc.)

Después de la valoración necesitamos definir los problemas que tiene el usuario desde el punto de vista médico, social, rehabilitador, de enfermería, etc. La enfermería cuenta con el denominado **Diagnóstico de enfermería**, que definirá los problemas que tiene nuestro usuario para proceder al plan de intervención. Contamos con la taxonomía Diagnóstica de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), que independientemente del modelo de enfermería que utilicemos en la recogida de información y el enfoque de los cuidados, nos permite utilizar un idioma común.

Después de las fases anteriores procedemos a planificar los cuidados. El equipo debe adoptar **Objetivos** comunes en los problemas detectados, y prescribir **Actividades** dedicadas a la consecución de objetivos.

La **Evaluación**, es esa fase necesaria de control para analizar cómo está funcionando el plan, si se ajusta a la realidad, si en alguna de las fases del proceso existe algún fallo o problema, la calidad del plan, etc.

El equipo interdisciplinar debe definir paquetes asistenciales que permitan satisfacer las necesidades de nuestros usuarios y los que puedan ir surgiendo. De alguna manera estos programas deben formar parte de la carta de servicios que ofrecemos a la comunidad. A saber: Programa de atención al anciano autónomo, con algún grado de dependencia, con deterioro cognitivo, cuidados paliativos, agudo, subagudos y convalecientes, etc.

En estos programas estarán definidos los criterios y estándares que la organización se compromete a cumplir. Definiendo así la calidad del servicio.

En definitiva la aportación de la enfermería asistencial al usuario mayor de lo sociosanitario, es el plan de cuidados de enfermería, insertado en el plan global interdisciplinar, evaluable, y encaminado a conseguir la satisfacción del usuario, la familia, los profesionales, y la institución.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

Proponemos potenciar la figura de la enfermería diplomada en los siguientes aspectos del sector sociosanitario de mayores:

1. La enfermera como evaluadora de la dependencia y gestora de

casos: Es un profesional formada para ello, e integrada en equipos interdisciplinarios de valoración nos permitirá hacer una asignación de recursos óptima.

En nuestro País se estima que existen un millón y medio de mayores dependientes, sin contar los 189.000, que viven en residencias (Estimación de INE, 1988, IMSERSO 1995, Encuesta Nacional de la Salud, 1995).

La Comisión de Desarrollo Social preparatoria para la Segunda Asamblea Mundial del envejecimiento, en su estrategia Internacional de Acción sobre Envejecimiento, 2002 (Nueva Cork, 10-14 Diciembre 2001), propone en la cuestión 6: “ Las personas de edad y las incapacidades, Propone como objetivo: *Mantenimiento de una capacidad funcional máxima durante toda la vida y proteger a las personas de edad con incapacidades.*

La cartera de servicios de la enfermería de forma tradicional lleva en su cartera de servicios la atención a la dependencia, como elemento indispensable en la mejora de la calidad de vida de estos usuarios.

2. La enfermera como conectora de recursos: Necesitamos elementos físicos de conexión, que desde una perspectiva global nos acerquen a la ya casi dejada de lado por utópica coordinación sociosanitaria.

3. La enfermería como disciplina científica centrada en los cuidados:

El producto principal que recibe el usuario sociosanitario es el cuidado de media y larga duración. La disciplina enfermera contiene los conocimientos científicos para aportar en la asistencia, docencia, gestión e investigación, un producto diferencial que en un contexto interdisciplinar mejore los servicios sociosanitarios de mayores.

4. La enfermera como profesional clave en la prevención:

El tipo de usuario sociosanitario, con mucha frecuencia es un ciudadano de riesgo de sufrir enfermedades y dependencia. Es por ello

que la Enfermería de primaria y la del resto de niveles asistenciales, deben hacer un esfuerzo por potenciar junto con otros profesionales la prevención primaria y secundaria, a través de implementar programas de revitalización y aumento de la salud, detección precoz de pacientes de riesgo de sufrir dependencia y problemas de salud, planes de intervención preventivos interdisciplinarios encaminados a poner barreras para evitar la incapacidad y la dependencia.

5. La enfermería como garantía ética de tratamiento digno al mayor:

El equipo de enfermería es un observador de 24 horas de la atención que se le presta al usuario. La negligencia, el abuso, el maltrato en el mayor, sabemos por estudios de otros Países y por experiencia propia que existe, y que desde luego serían la antítesis de la atención de calidad, además de constituirse como un delito. La enfermería y el resto de miembros del equipo no deben dejar pasar este tipo de comportamientos, “mirar para otro lado” no debe ser la actitud habitual. La cuestión 3 de las recomendaciones del comité preparatorio de la Asamblea mundial del Envejecimiento, aparece el objetivo 1 que dice: “*Eliminación de todas las formas de abusos contra las personas de edad*”. Entre las medidas encaminadas al cumplimiento de este objetivo se propone la “*Capacitación de los profesionales*”. Esta medida desde luego es una fórmula contrastada de prevención del maltrato.

6. La enfermería para asegurar un buen morir: La edad de nuestro usuario y las patologías terminales que padecen algunos de estos pacientes, hace que en los servicios sociosanitarios de mayores, se consideren los cuidados paliativos, los cuidados en la agonía, la muerte y el duelo, como parte de un proceso para el que los profesionales del sector deben estar preparados. El nihilismo nunca es un buen compañero de este proceso, pues ignora la existencia de sufrimiento, dolor, etc. Este proceso que persigue un recorrido lo más humano y digno posible al final de la vida, debe estar definido con estándares mínimos, pasados por el filtro de los principios bioéticos.

- 7. La enfermera como gestora del conocimiento:** Las empresas de servicios sociosanitarios, cuentan con un activo intangible, que necesita ser gestionado para administrar un buen servicio: el conocimiento. Los cuidados prolongados necesitan **conocimientos específicos** para ofrecer un buen producto asistencial.
- Los *intercambios de conocimientos* con otros servicios (en busca de la mejor práctica), *el almacén del conocimiento* (donde se aglutina el conocimiento necesario para el cuidado), *la Investigación* (como elemento de evaluación y de generación de conocimiento nuevo), *las nuevas tecnologías* (Intranet, internet, etc), son todos instrumentos que facilitan la gestión de este activo.
- Es importante incidir en la capacitación de los profesionales de la salud que atienden a los mayores; esto se manifiesta en la cuestión 4, de la Estrategia Internacional de Acción sobre Envejecimiento, 2002, en la que en el objetivo 1 manifiesta: “*Mejorar la información y la capacitación de los profesionales y paraprofesionales sanitarios y sociales sobre las necesidades de las personas mayores*”.
- En la actualidad en el Ministerio de Sanidad, se está trabajando en el desarrollo de la especialidad en Enfermería Gerontológica, como vía para formar enfermeras especialistas en la atención a este sector poblacional.
- 8. La enfermería en la gestión de la calidad:** Necesitamos definir el grado de calidad de nuestro servicio en cuanto a estructura, procesos, y resultados. Gran parte de los criterios que definen la asistencia sociosanitaria tienen una vinculación directa con el cuidado. La enfermería debe definir en este contexto de los cuidados prolongados, sus estándares de calidad.

9. **Conclusión final:** En este camino sucinto por los cuidados prolongados, me gustaría recordar los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (Resolución 46/91, el 16 de Diciembre de 1991).

- Independencia.
- Participación.
- Cuidados.
- Autorrealización.

La enfermería gerontológica de lo sociosanitario contribuye de forma importante al cumplimiento de los mismos con conocimientos científicos y asegurando la calidad y excelencia en los cuidados.

Esta es la aportación de esta disciplina a la sociedad. La enfermería de la vejez tendrá siempre como referencia una misión que en este contexto justifica nuestra presencia y nos otorga un rol de excepción: “ *Caminamos hacia una ciencia y arte del cuidar, digna, humana, y de calidad para nuestros mayores.*”

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Batiste X. Sistemas integrales de Atención. Rev Calidad Asistencial 1995;6:337.
2. Astrain.V, et al. Consideraciones en torno a la atención sociosanitaria. Grupo Técnico de Trabajo nombrado por resolución 182/1997, de 13 de Marzo, del director General de salud.
3. Documento de La Comisión de desarrollo social constituida en comité Preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002.Nueva York.
4. Hawes.C et al. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age and aging 1997;26-52:19-25.
5. Martínez.F, et al. Estudio comparativo de servicios de cuidados prolongados a los ancianos en Cataluña. Comunicación presentada en el X Congreso de la Asociación Latina para el análisis de Sistemas de Saud.Luxemburgo 23-25 de Septiembre 1999.
6. Carpenter I.G, et al. Casemix for the elderly inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) validaion Project. Age and aging 1985;24:6-13.
7. Ouslander. Medical care in the Nursing Home. Mcgraw-hill, 1997.
8. Gregorio Rodriguez Cabrero. La dependencia en España. Diariomédico.com.
9. Peñafiel Olivar.A. Cuidados de enfermería en gerontología. 1999.
10. Carrillo, E et al. Comparaciones internacionales de residentes en centros de media y larga estancia y clasificación en case-mix: Perspectivas actuales. Revista de Gerontología. 1996; 6(4):285-293.
11. Boulton. Ch, et al. Systems of care for older population of the future. JAGS 1998;46, NO,4.
12. Documento de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, Resolución 46/91 del 16 de Diciembre de 1991.

RESUMEN

El incremento en el número de personas mayores en nuestro País, ha propiciado la aparición de un usuario mayor que con frecuencia padece patologías con tendencia a la cronicidad y en ocasiones a la incapacidad.

Este tipo de usuario, ha introducido en nuestro País el término de usuario y espacio “socio-sanitario”. En este espacio se encuentran las necesidades de una población que necesita servicios sociales (más centrados en atender a la dependencia), y servicios sanitarios (más centrados en la enfermedad). En definitiva tratamos con unos ciudadanos que no pueden cuidarse por si mismos, y que precisan cuidados prolongados, como servicio más importante.

La enfermería, como disciplina científica especializada en cuidar, aporta una cartera de servicios adecuada, que en un contexto interdisciplinar permite ofertar un atención global, integral, centrada en las necesidades individuales del usuario:

Valoración de necesidades, atención a la dependencia, tratamiento y asistencia, prevención de la enfermedad y dependencia, Atención a la agonía, éxitus y duelo, gestión de la información, gestión del conocimiento, gestión de la calidad, gestión de farmacia, gestión de recursos humanos, gestión de riesgos, son algunos de los procesos en los que la enfermería participa y lidera más activamente en esa planificación de los cuidados socio-sanitarios.