

Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España

MODESTA SALAZAR AGULLÓ

Profesora Universitaria de Enfermería. Diploma de Estudios Avanzados.

Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, España

Dirección para correspondencia: msala.el@uch.ceu.es



El Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas Dependientes ha sido aprobado por el Consejo de Ministros del Gobierno de España. El Parlamento va a aprobar un *nuevo derecho* para todos los ciudadanos, un derecho universal, para ayudar a las personas dependientes y para promover la autonomía de los cuidadores. Se configura así el cuarto pilar del Estado del Bienestar, junto con la atención sanitaria, la educación y las pensiones. Se va a crear el Sistema Nacional de Dependencia.

En España se calcula que más de un millón de personas padecen alguna dependencia grave y severa y de ellos el 80% tienen más de 65 años.¹ Esto quiere decir que necesitan al menos una persona para realizar las más elementales (e imprescindibles) actividades de la vida diaria: los autocuidados. Según el Libro Blanco de la Dependencia el 83% de los cuidadores son mujeres, con una edad en torno a los 50 años, con vinculación familiar (madres, hijas, esposas...) que no perciben remuneración alguna (cuidadoras informales) y que ello les ha impedido, entre otras cosas, acceder al mercado laboral, y por tanto su importante labor no cotiza al sistema de seguridad social. La incorporación de mujeres inmigrantes es cada vez mayor.

Además, el problema se agravará en el futuro ya que sociedad envejece con rapidez (el 17% de la población española es mayor de 65 años) y disponemos de una elevadísima esperanza de vida de 83 años para las mujeres y 76,9 años para los hombres.²

La problemática socio-sanitaria en España es una cuestión de gran magnitud pero no resuelta. El Consejo de Europa a

mediados de los 80 aconsejaba crear centros de atención a la patología crónica, especialmente de las personas mayores.^{3,4} La cobertura asistencial en general es bastante escasa: sólo el 3'5% de las personas mayores de 65 años cuenta con ayuda domiciliaria, el 2'84 teleasistencia, el 0'54% cuenta con plaza en un centro de día y hay 3'86 plazas residenciales por cada 100 personas dependientes. Los centros geriátricos actuales dependen de múltiples organismos (comunidades autónomas, iniciativa privada, centros

religiosos...), están descoordinados y en general ofrecen una atención imposible para muchas familias. Un número considerable de ancianos afirman querer vivir en sus propias casas hasta el final de sus días, pero ¿quién puede cuidarles?

Además existe un gran volumen de población con minusvalías e incapacidades derivadas de accidentes de tráfico, laborales, y patología degenerativa que a veces tiene su origen en la infancia o adolescencia, y con problemáticas que cada día generan un mayor nivel de dependencia, con lo cual el tiempo del cuidador (y su agotamiento) es significativamente mayor que en la población anciana.

El derecho al cuidado en la dependencia nos recuerda, en sus orígenes, al nacimiento de la universalización de la asistencia sanitaria en España y al papel fundamental que las enfermeras han jugado en su desarrollo.

A lo largo del siglo XX el derecho a la asistencia sanitaria requirió de las cotizaciones de los trabajadores y de los empresarios. La Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986 consagraron la universalización de la asistencia sanitaria y su financiación mediante impuestos, por lo que se convierte

en un elemento redistribuidor de la riqueza: quien más tiene paga más.

Curiosamente, fue tras la primera crisis mundial del petróleo (1973) cuando los países occidentales constataron que los recursos eran limitados mientras las demandas sanitarias crecían de forma ilimitada. La desigualdad en el reparto de los recursos era notoria y esto motivó que la OMS y UNICEF promovieran la Conferencia de Alma-Ata (1978), donde se propuso potenciar la Atención Primaria de Salud para conseguir que la población tuviera unos servicios sanitarios *universales, equitativos, de calidad, accesibles* y “a un coste que la sociedad y el país pudieran soportar”. En España se inició en la década de los 80 el proceso de *reforma de la atención sanitaria*, apostando en primera instancia por el desarrollo de la infraestructura, creándose los centros de salud con equipos multidisciplinarios (formados por médicos de familia, pediatras, enfermeras, trabajador social, -a veces matrona- y personal auxiliar) que supusieron un cambio muy importante especialmente en las zonas rurales. En la 56ª Asamblea Mundial de la OMS celebró en mayo de 2003 una conferencia conmemorando el 25 Aniversario de la Declaración, pidiendo el refuerzo de las estrategias para la consecución de la meta *salud para todos*.⁵

El cambio en el trabajo sanitario era complejo. La atención sanitaria debía tener como eje la salud y no la enfermedad, por ello la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se convirtieron en prioritarios. El usuario (antes “paciente”) se convertía en el centro del sistema; el trabajo individual se sustituía por el trabajo en equipo; la historia clínica (de salud) debía abarcar desde el nacimiento a la muerte y no limitarse a registrar episodios morbosos de manera puntual, y se debía actuar bajo el *enfoque de riesgo*, es decir, se ofertaban más servicios a los más necesitados, aunque no los demandasen (las vacunaciones infantiles o las campañas preventivas son un ejemplo de ello).⁶ Todos estos cambios sintonizaban magistralmente con los nuevos planes de estudios que se aplicaban en las escuelas universitarias de enfermería. De hecho el Dr. Mahler, Director de la Organización Mundial de la Salud, puso el énfasis en las enfermeras, como agentes del cambio y en la educación sanitaria como herramienta principal.⁷

La prestación de cuidados de enfermería se modificó cualitativa y cuantitativamente. Del trabajo tradicional de los inyectables en las salas de curas (practicantes y ATS) se pasó a un papel más diverso: Consultas de Enfermería para el control y seguimiento de enfermos crónicos, visita domiciliaria, atención comunitaria, salud escolar, programa del niño sano, etc. En todas ellas el fundamento de la atención de enfermería se enmarca en las grandes líneas de actuación propuestas por Florence Nightingale desde hace más de un siglo, y cuyo eje central es el cuidado, y que han seguido idéntica base del modelo cuidador los modelos de Virginia Henderson (identifica 14 necesidades básicas del sujeto basadas en cuatro dimensiones: entorno, salud, persona y cuidados); Abdellah ofrece una guía para resolver los problemas de cuidado de los pacientes; Orem la teoría del déficit de cuidado, Collière, Orlando, Roger, Roy, Carpenito, McCloskey, entre otras muchas contribuciones internacionales pasando por los diagnósticos enfermeros de la Nanda y su adaptación al entorno español, el modelo de auto-

cuidados cotidianos de Germán, las contribuciones de Alfaro, Cuesta, Alberdi, Hernández, Luis, Piulachs, Medina y muchos más que con sus aportaciones centran el discurso enfermero en el cuidado, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario.⁸

Mientras tanto en los hospitales la aplicación de la tecnología y el incremento de recursos humanos encarecen el coste de la atención sanitaria (“la salud no tiene precio pero cuesta dinero”). La Comisión dirigida por el prof. Abril Martorell propuso aplicar nuevos modelos de gestión para mejorar la eficiencia del sistema. También se introdujeron nuevas modalidades asistenciales como la cirugía sin ingreso, unidades de hospitalización domiciliaria, unidades de corta estancia y se desarrollaron los protocolos, vías clínicas, etc, que han permitido, especialmente en los pacientes crónicos y dependientes, que pasen menos tiempo en el hospital, abaratando costes. La enfermería hospitalaria también adaptó su rol y ha contribuido, mediante la educación sanitaria del paciente (y familia), a promocionar el sistema de autocuidados, -que es intrínseco a la acción enfermera- y a realizar estudios que permitan medir el coste del proceso enfermero en función del nivel de dependencia de los pacientes asignados, como el proyecto Signo I, Signo II, NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería,^{9,10} que todos tienen como denominador común los cuidados de enfermería. Eso sí, todas estas medidas conllevan una “transferencia” a los cuidadores familiares y por tanto esta nueva Ley avala la decisión de acometer esta reforma en la que se tiene en cuenta, por vez primera, a las cuidadoras, para que a su vez no caigan en la situación de indefensión ante su propia enfermedad o tengan hipotecado por ello su futuro y sus pensiones de vejez.

Las enfermeras estamos preparadas para el abordaje bio-psico-social de la atención a las personas en situación de dependencia. Son múltiples las materias del plan de estudios que lo abordan: Salud Pública, Salud Mental, Patología General, Fundamentos de Enfermería, Geriátrica y Gerontología, Estadística y Demografía, Epidemiología, Legislación Sanitaria, Administración de Cuidados de Enfermería, entre otras.

Por ello, sin más dilación, debemos tomar la iniciativa y asumir el protagonismo como profesionales de los cuidados en la indicación de los cuidados (asistenciales y preventivos) que necesitan las personas en cada momento; además debemos formar parte de los equipos multidisciplinarios que aborden la definición de las escalas de dependencia y baremos de niveles de cuidados. También debemos estar presentes en la formación, capacitación y acreditación de los cuidadores y ser un apoyo constante para éstos, en las situaciones de agravamiento del proceso. La sociedad nos necesita, más que nunca, también, para *cuidar al cuida*.

Las enfermeras desempeñamos un papel estratégico como intermediarias entre el usuario y el sistema público (sanitario, social, educativo) y estamos preparadas para asumir el reto. Si no lo hacemos pronto otros profesionales lo harán. La enfermería es la profesión de los cuidados y esta ley es una oportunidad más para ofrecer nuestro servicio a la sociedad, sin olvidar que “una profesión obtiene poder y reconocimiento solo si logra convencer a los grupos sociales clave que su trabajo ofrece un valor especial”.¹¹ Sin duda este es el momento de hacer-

lo.

Bibliografía

1. Sin autor. Libro blanco de atención a la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Madrid: IMSERSO, 2005.
2. Pérez Díaz J. Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española*, 2005; 104: 210-226.
3. Consejo de Europa. Recomendación R (87) 22 sobre la protección y supervisión de las personas mayores. Disponible en: <http://www.hrea.net/learn/guides/ancianos.html> [Consultado el 3.5.2006].
4. Grupo de especialistas para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores dependientes. Recomendación 1428 sobre el futuro de los ciudadanos mayores: protección, participación y promoción. Consejo de Europa, 1999. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2003.
5. OMS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25 Aniversario. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 14.18 del Orden

del Día. WHA 56.6. Disponible en http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/resolution_wha566_spanish.pdf [Consultado el 3.5.2006].

6. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003.
7. Mahler H. Las enfermeras marcan el camino. Ginebra: World Health Organization Features, 1985.
8. Wesley RL. Teorías y modelos de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, 1997.
9. Rich Ruiz M, Cubillo Arjona G, Barberá Calaf M, Bravo Rodríguez MC. Estimación de los costes de enfermería en el proceso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) *Enfermería global*, 2003 (2). Disponible en <http://www.um.es/eglobal/2/02d06.html> [Consultado el 3.5.2006]
10. Consejo General de Enfermería. Proyecto NIPE. Disponible en <http://www.nipe.enfermundi.com/> [Consultado el 3.5.2006].
11. Ehrenreich B, English D. Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras; Dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad. Barcelona: La Sal, 1981.

15 años, 15 logros

MANUEL AMEZCUA

Director de la revista *Index de Enfermería*

Dirección para correspondencia: indexcd@interbook.net

El año 2006 supone para *Index* la oportunidad de una doble celebración: el cumplimiento de 18 años como proyecto único orientado hacia la gestión del conocimiento enfermero, y el haber logrado publicar regular e ininterrumpidamente durante 15 años la revista *Index de Enfermería*. Seguramente este sería de los momentos gratamente esperados por una organización para celebrar con bombo y platillo su propia existencia, a la par que una oportunidad para convencer al mundo de que hay un antes y un después desde que ésta naciera. Nosotros no lo haremos, o mejor dicho lo celebraremos de la mejor forma que sabemos hacerlo, trabajando desde la cotidianidad, siendo fieles a los compromisos que durante estos años hemos adquirido con la comunidad que se beneficia de los servicios de *Index*.

No somos dados a las miradas nostálgicas ni a los triunfalismos, pero tampoco negaremos que cuando llegan momentos como éste es inevitable la reflexión sobre el significado de lo que se hace. No quedan lejos los momentos en que a propósito del conocimiento enfermero y su relación con el mercadeo de la ciencia surgían interrogantes como éstos: ¿puede (el conocimiento enfermero) abrirse camino entre la explosión de hallazgos que se producen cotidianamente en el contexto de la salud? ¿caben formas propias de expresión y socialización que lo hagan reconocible? ¿se puede determinar su impacto en la comunidad científica? ¿es posible evaluarlo sin desacreditarlo? Cuando creemos haber alcanzado la mayoría de edad estamos convencidos de que la respuesta es que SI, que existen evidencias sobradas que legitiman el conocimiento enfermero, también el conocimiento enfermero del espacio cultural iberoamericano, a pesar de que algunos organismos internacionales no hayan podido o no hayan querido enterarse. Algunas de estas evidencias están directamente ligadas a las estrategias que la Fundación *Index* viene desarrollando para universalizar el

conocimiento científico sobre los cuidados. Veamos algunas:

1. CUIDEN ha hecho posible visualizar el acervo científico de las enfermeras, de paso que ha provocado un cambio en el patrón de consumo de la información de las enfermeras iberoamericanas, que han pasado de citarse a sí mismas en su espacio local, a consumir conocimiento con independencia de dónde se produzca.

2. La Biblioteca LASCASAS está logrando consolidar el primer espacio de intercambio de conocimiento sobre cuidados de salud en Iberoamérica sin utilizar criterios mercantilistas.

3. La Hemeroteca CANTARIDA ha hecho posible el primer fondo de revistas a texto completo del espacio iberoamericano, destacando no tanto por su tamaño como por la singularidad de los proyectos que acoge.

4. El FONDO DE HISTORIA DEL CUIDADO descubre la importancia del conocimiento como patrimonio cultural de la enfermería.

5. La ESCUELA DE INVESTIGADORES ha desarrollado un modelo efectivo de capacitación de investigadores que pone énfasis en los resultados (el programa Quid-Innova en su primer año ha multiplicado por diez la capacidad de producción de sus alumnos).

6. El Laboratorio de Investigación Cualitativa LIC ha logrado socializar en el contexto de la salud formatos singulares de expresión científica como los relatos biográficos o la narrativa clínica.

7. La publicación del fondo ARCHIVOS DE LA MEMORIA ha sido resultado de la aceptación del enfoque fenomenológico como estrategia de desarrollo de la investigación de naturaleza humanística.

8. La Red de Historia y Pensamiento Enfermero RIHPE y la revista *Temperamentvm* consolidan un modelo de acercamiento a las humanidades enfermeras sustentado en principios de co-

operación.

9. INDEX SOLIDARIDAD muestra que en la cooperación con los pueblos desfavorecidos también el conocimiento científico sobre cuidados de salud produce desarrollo sostenible.

10. El Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia OEBE ha logrado reformular el movimiento de la evidencia científica en su aplicación a la enfermería, hasta convertirlo en un movimiento reflexivo y crítico sobre el potencial que la investigación tiene para transformar la práctica clínica desde el modo de pensamiento enfermero.

11. La revista EVIDENTIA en su apuesta por ayudar a las enfermeras clínicas en el proceso de toma de decisiones sobre el cuidado del paciente, pone en crisis los tradicionales sistemas de jerarquización del conocimiento en favor de la utilidad de los resultados de la investigación.

12. La revista INDEX DE ENFERMERIA ha pasado del eclecticismo a la persuasión, convirtiéndose en la revista enfermera con mayor impacto en Iberoamérica y en la tercera revista biomédica con mayor impacto en España (IHCD-CSIC).

13. El índice de revistas CUIDEN CITACION está logrando que los evaluadores de la actividad científica reconozcan las particularidades del conocimiento enfermero y por tanto consideren en su justo valor las contribuciones de las enfermeras de Iberoamérica.

14. El Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería CIBERE, ha sido la consecuencia de trocar unas relaciones basadas en la competitividad por una cultura de cooperación científica que antepone principios de eficiencia, universalización y accesibilidad a posibles intereses particulares.

15. INDEX IN ENGLISH, primera edición en inglés de una revista enfermera en español, muestra que se pueden establecer relaciones con el mundo más desarrollado trascendiendo la dependencia a favor de un intercambio de conocimiento, alternando así las relaciones de consumidor-productor.

Tal vez podíamos continuar con algunos otros hitos que perfilarían con más detalle el *continuum* del proyecto Index, pero al menos éstos son suficientes para mostrar el modelo Index de gestión del conocimiento, que parte de estrategias de visualización de la producción científica (1-5), para continuar con acciones concretas de diversificación de los modos de generar conocimiento (6-9), para luego proponer alternativas a la jerarquización del conocimiento (10-11) y finalmente desarrollar instrumentos que permitan su adecuada evaluación (12-15).

Es evidente que no sentimos que estos logros nos vayan a garantizar nuestro paso a la posteridad como héroes de la nueva enfermería, entre otras cosas porque cotidianamente nos tenemos que enfrentar a intransigentes que nos recuerdan que todo lo que hacemos es imperfecto, inoportuno, inconsecuente y hasta ilegal. A ellos agradecemos el estímulo que nos provocan sus críticas, pero en aras a la verdad sería más adecuado agradecer a tantas personas e instituciones que se han volcado con Index y que han hecho posible que hayamos llegado hasta aquí con ánimos para seguir trabajando.

Aunque se hayan dado pasos de gigantes, aún queda mucho hasta normalizar definitivamente la posición del conocimiento enfermero en un espacio científico donde la ciencia médica

ocupa una posición hegemónica y muchas veces excluyente hacia otros saberes dentro de las ciencias de la salud, incluidos también los saberes populares, situación que se agrava por la también excluyente influencia de unos espacios científico-culturales sobre otros. Lo que en Index perseguimos no es otra cosa que lograr que las autoridades gubernamentales despenalicen el conocimiento enfermero, o sea, que para que éste sea competitivo desde el punto de vista de la accesibilidad a los recursos científicos, no tenga que fugarse hacia contextos ajenos a la propia enfermería ni a la ciudadanía concreta que le da sentido. Dicho de otra forma, la normalización del conocimiento enfermo sólo se logrará cuando una enfermera investigadora observe que ese producto (artículo) que ha generado en su contexto clínico y divulgado en la revista de su especialidad para que sea utilizado, principalmente por otras enfermeras clínicas que se enfrentan a la misma problemática en su contexto cultural, tenga el mismo valor a efectos de evaluación del conocimiento si esta enfermera es neoyorquina o cordobesa. Cuando la enfermera cordobesa prefiera publicar en una revista de enfermería neoyorquina sus hallazgos sobre la eficacia de una intervención de apoyo a cuidadoras familiares de edad avanzada, a pesar de la escasa o nula circulación de esta revista en España, eso significa que el sistema de evaluación del conocimiento enfermero que utilizan nuestras autoridades es defectuoso o ingrato hacia lo propio a favor de lo ajeno. Y además pone de manifiesto un problema casi crónico, y es que en España, como en otros países con mejorable nivel de desarrollo científico, no sólo se fugan cerebros (investigadores), sino también conocimiento, que de esta forma tiene que cambiar de idioma y de territorio para que pueda ser reconocible en el propio.

En el futuro más cercano que somos capaces de adivinar estamos convencidos que Index de Enfermería va a jugar un papel importante como revista emblemática con una gran capacidad de adaptación a las corrientes emergentes de investigación, seguiremos experimentando y proponiendo nuevos formatos de comunicación científica y tenemos la esperanza de que aumente sustancialmente su penetración en el mercado editorial más allá de los límites disciplinares de la enfermería. Pero también nos atrevemos a adivinar por dónde caminarán las estrategias de gestión del conocimiento, donde las nuevas tecnologías de la información van a jugar un papel indispensable: auguramos que vamos a asistir a la era de las revistas digitales, en cuya normalización vamos a tener que invertir esfuerzo, dedicación y recursos; asistiremos al desarrollo de entornos de conocimiento compartido, con hemerotecas digitales, procedimientos editoriales basados en la cooperación, etc; pasaremos de la impactolatría a la información bibliográfica avanzada, donde los investigadores puedan consultar los movimientos de sus publicaciones en entornos amigables en cuyo mantenimiento puedan participar; y en suma asistiremos a la pérdida de hegemonía de determinados contextos científicos en favor de una nueva ciencia basada en la diversidad, donde la igualdad de oportunidades dote de verdadera eficacia al conocimiento, que será más democrático y útil a la sociedad, y esto ocurrirá también con el conocimiento enfermero.

Aunque bien pensado no sabemos si estamos prediciendo el futuro o perfilando una nueva utopía. El tiempo lo dirá.