



**SEAPA**

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS

Apartado de Correos 898

33080 OVIEDO



# **DOCUMENTO DE SEAPA**

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

## **POSICIONAMIENTO SOBRE EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA ANTE EL PROYECTO DE LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Yolanda Cotiello Cueria  
Rosendo Argüelles Barbón



El pasado 21 de abril de 2006 se aprobó en Consejo de Ministros la remisión a las Cortes Generales del **Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia**.

El texto aprobado recoge las modificaciones sugeridas desde diversos ámbitos (Consejo de Estado, Consejo Económico y Social, etc.) sobre el anteproyecto de Ley que había sido aprobado el 21 de diciembre del año pasado.

Tanto el anteproyecto del 2005, como el Proyecto ya aprobado, son, sin duda, uno de los acontecimientos de mayor calado en lo que a política socio-sanitaria se refiere. La esperanzadora acogida que ha tenido entre los ciudadanos y los profesionales relacionados con los Servicios Sociales y Sanitarios, dan buena prueba de ello.

El Gobierno satisface con este Proyecto de Ley una demanda social que una parte de la población (los mayores y los discapacitados) viene reclamando desde hace tiempo.

No podemos hablar de un verdadero Estado del Bienestar si no completamos los tres pilares que actualmente se reconocen en éste (Educación, Salud y Trabajo/Vivienda), con un Sistema Nacional de la Dependencia que contemple los derechos de ciudadanos que se encuentran en una situación de dependencia o de déficit de auto-cuidado, y que sea capaz de suministrarles cuidados de calidad, o la prestación económica adecuada, según sea la circunstancia.

Resulta tranquilizador en este sentido el que el Proyecto de Ley traiga de la mano 12.638 millones de Euros, ya que sólo con una financiación suficiente, sea cual sea el modelo de ésta, se pueden garantizar cuidados de calidad y especializados, así como prestaciones adecuadas a cada situación y necesidad.

Desde **SEAPA**, manifestamos nuestra satisfacción por la aprobación de este Proyecto de Ley y animamos a las partes implicadas a un rápido desarrollo y mejora del mismo, con el fin de que, respetando los plazos pertinentes, se apruebe y haga efectiva la Ley definitiva.

En este sentido, y respondiendo a un principio que ya quedaba claro en el Anteproyecto de la futura Ley, hay que destacar el importante papel que las Comunidades Autónomas jugarán en el desarrollo de la Ley, tanto en la financiación, como en el **Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia** (donde se acordará un Plan de Acción Integral para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia), y en el **Comité Consultivo del Sistema Nacional de Dependencia**, donde se hará efectiva la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales, además de las Administraciones públicas.

Asimismo, serán los órganos designados por las Comunidades Autónomas los que evalúen los procedimientos iniciados por los ciudadanos que lo soliciten, y que serán las Comunidades Autónomas las encargadas, en última instancia, del reconocimiento del derecho.

Desde este Documento, nuestra Sociedad anima al Gobierno del Principado de Asturias para que asuma con valentía la parte que le corresponde, ya que el impacto de la necesidad de cuidados de calidad y de prestaciones para las situaciones de dependencia y de falta de auto-cuidado es, en nuestra comunidad, especialmente significativo.



El porcentaje de población de 65 y más años es, en Asturias, del 22,1 %, siendo en España del 17 %. En cuanto a la discapacidad, la tasa de personas de 6 a 64 años con discapacidad es de 46,8 por mil habitantes, mientras que en el grupo de personas de 65 y más años es de 299,8 por mil habitantes.<sup>1</sup>

Los Servicios Sociales de las distintas Comunidades Autónomas serán quienes establezcan un **Programa Individual de Atención** para hacer efectivas las prestaciones reconocidas a la persona en situación de dependencia, Servicio que incluirá la Prestación de Servicios a través de centros y programas públicos o concertados, según un **Catálogo de Servicios**.

Este Catálogo incluirá un **Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia**, un **Servicio de Tele-asistencia**, un **Servicio de ayuda a domicilio** (para la atención de las necesidades del hogar y de los cuidados personales), un **Servicio de Centro de Día y de Noche**, un **Servicio de Atención Residencial**, y **Prestaciones económicas** (vinculadas a la contratación de servicios, compensaciones económicas por cuidados en el entorno familiar y prestación de asistencia personalizada).

De este modo, nuestra Comunidad Autónoma tiene que disponer de un Catálogo de Servicios especializados **de calidad**, basado en las **necesidades reales de cuidados**, suficientemente financiado y consensuado por todas las partes implicadas: Ciudadanos, Sociedades Científicas, Administración, Sindicatos, Colegios Profesionales, etc.

La **Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA)**, Sociedad Científica con mayor implantación en la Enfermería Familiar y Comunitaria del Principado, consciente de la importancia que tiene este Proyecto de Ley y el posterior desarrollo y aplicación del mismo, quiere, a través de este documento, expresar su visión sobre el papel de la Enfermería en la Dependencia y del Déficit de Auto-Cuidado, en el ámbito de la Atención Primaria.

La enfermera familiar y comunitaria está capacitada para ser la gestora del cuidado al dependiente en Atención Primaria. Por formación, ya que su formación universitaria, junto con la especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria, proporcionan al profesional un cuerpo de conocimientos propios adecuado para poder dar al ciudadano dependiente CUIDADOS especializados y de calidad. Por disponer de un método científico (la **Metodología Enfermera**) con el que el profesional de enfermería **valora la dependencia**, planifica los cuidados, ejecuta el plan de cuidados y luego lo evalúa. Por ser el profesional sanitario que la población ya identifica como próximo y cercano al dependiente y a su núcleo familiar, conocedor de su realidad y de sus necesidades. Por ser un miembro más del equipo multidisciplinar. Por todo esto, la Enfermería Familiar y Comunitaria no puede quedar fuera de la futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. No puede quedar fuera de la Ley del Cuidado, el profesional del Cuidado.

---

<sup>1</sup> Informe 2004: Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Páginas 168 y 187.



## MARCO JURÍDICO

La **Ley General de Sanidad**, en su Capítulo II, (De las actuaciones sanitarias del sistema de salud), especifica en el artículo 18, que *“Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:”,* siendo el apartado 2 el relativo a *“La **atención primaria integral** de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tienden a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad”*.

En el Capítulo III, De las Áreas de Salud, especifica en su artículo 56, apartado 2, epígrafe “a”, que las Áreas de Salud deberán desarrollar: *“En el ámbito de la **atención primaria de salud**, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria”*.<sup>2</sup>

La **Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias**, en su Título I “Del Ejercicio de las Profesiones Sanitarias”, especifica en el artículo 7, apartado a, las funciones de los profesionales de **Enfermería**: *“corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los **cuidados** de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y **discapacidades**”*.<sup>3</sup>

Por otra parte, y buscando un referente europeo, el Decreto de competencias número 2002-194 del 11 de febrero de 2002, relativo a los actos profesionales y al ejercicio de la profesión enfermera en Francia, dice:

Artículo 1- *“El ejercicio de la profesión enfermera conlleva el análisis, la organización, la realización de los cuidados enfermeros y su evaluación, la contribución en la recogida de los datos clínicos y epidemiológicos, la participación en las acciones de prevención, despistaje, formación y educación para la salud (...) Ellos ejercen su actividad en relación con otros profesionales del sector de la salud, del sector social y medico-social y del sector educativo”*.

Artículo 2- *“Los cuidados enfermeros preventivos, curativos o paliativos, conllevan cualidades técnicas y cualidades en la relación con el paciente. Se realizan teniendo en cuenta la evolución de la ciencia y de la técnica. Tienen por objeto, respetando siempre los derechos de la persona y preocupándose por su educación para la salud y teniendo siempre en cuenta la personalidad del paciente en sus componentes fisiológico, psicológico, económico, social y cultural:*

*1) Proteger, mantener, restaurar y promover la salud física y mental de las personas o la **autonomía** de sus funciones vitales físicas y psíquicas con el fin de favorecer su **autonomía**, su inserción o su reinmersión en su entorno de vida familiar o social;*

*(...)*

*3) Participar en la evaluación del **grado de dependencia** de las personas.”*<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.

<sup>3</sup> BOE número 280, sábado 22 noviembre 2003, página 41446.

<sup>4</sup> J.O. Número 40 del 16 de febrero de 2002, página 3040-NOR: MESP0220026D. Documento realizado en París el 11 de febrero de 2002, y firmado por Lionel Jospin como Primer Ministro, Elisabeth Guigou como ministra de empleo y de la solidaridad y Bernard Kouchner como ministro encargado de la Salud.



## LA ENFERMERA COMO GESTORA DE CUIDADOS

La Enfermería, como profesión, está íntimamente ligada al cuidado. **Virginia Henderson** considera “*cuidados básicos de enfermería las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir las necesidades básicas que no quedan satisfechas y que le convierten, por tanto, en una persona dependiente*”<sup>5</sup>.

**Dorothea D. Orem** distingue tres formas de cuidados: el **autocuidado** (velar continuamente y proveerse de medios para cubrir las propias necesidades de regulación del funcionamiento y desarrollo); los **cuidados dependientes** (hacer estas mismas provisiones para adultos dependientes y niños de los que es responsable un adulto), y los **cuidados de enfermería**.<sup>6</sup>

Según **Orem**, estos **cuidados de enfermería** tienen unas características propias, entre las que destacaremos las siguientes:

- **Cuidar** requiere un agente de cuidados cuya responsabilidad es velar por, ser responsable de, proveer a, y encargarse de otra persona o personas.
- El cuidado de otros exige una situación o situaciones interpersonales; las personas que brindan cuidados deben tener **acceso a las personas a las que cuidan** y reforzar la comunicación con ellas y con las personas legalmente responsables de ellas en el caso de personas dependientes.
- El cuidado exige que los agentes de cuidados tengan suficientes **conocimientos** teóricos y experiencia para proporcionar los cuidados. Deben conocer a las personas que han de cuidar y por qué se instauran los cuidados, así como poseer información sobre los acontecimientos y condiciones en las situaciones concretas de cuidados para formular juicios y tomar decisiones sobre lo que protegerá a otros como personas que viven y se desarrollan con su grupo o grupos sociales.<sup>7</sup>

Orem también habla de los **Sistemas de Cuidado de la Salud**, que incluyen los sistemas de enfermería, y que están constituidos por acciones voluntariamente seleccionadas y realizadas por los individuos. Es decir, incluyen los sistemas de autocuidado y de cuidado dependiente creados en el contexto de la vida diaria. También incluyen los cuidados y servicios proporcionados por el creciente número y tipo de profesionales del cuidado de la salud.

---

<sup>5</sup> “Enfermería en Cuidados Sociosanitarios”. José Manuel Mayà Santos. Edit. DAE. Página 200.

<sup>6</sup> “Modelo de Orem”. Dorothea E. Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Edit. MASSON-SALVAT Enfermería. Página 16.

<sup>7</sup> “Modelo de Orem”. Dorothea E. Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Edit. MASSON-SALVAT Enfermería. Páginas 17, 1 y 19.



La Enfermería puede, **y debe ser**, uno de los diversos servicios de salud necesarios y proporcionados a las personas con requerimientos de cuidados de la salud.<sup>8</sup>

Así pues, tanto para prevenir la dependencia como para atender a las personas dependientes, la Enfermería, dentro de un **equipo multidisciplinar**, es quien debe gestionar los cuidados que de la valoración de la situación de dependencia se deriven.

La **LOPS** hace referencia a las relaciones interprofesionales y al trabajo en equipo en el **Título I, del ejercicio de las profesiones sanitarias**. En el artículo 9 (*Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo*), dice:

1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.
2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.
3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.<sup>9</sup>

Para poder gestionar los cuidados, la Enfermería Familiar y Comunitaria utiliza, como principal herramienta, el método científico enfermero, el **Proceso de Atención de Enfermería**, metodología que permite a las enfermeras comunitarias prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Gracias a la metodología, las enfermeras comunitarias tienen un mismo método de trabajo organizado para asignar cuidados de enfermería, un mismo lenguaje, unas herramientas comunes de trabajo y un registro uniforme.

La Metodología enfermera aumenta los conocimientos del profesional, demuestra de forma concreta el ámbito de la práctica enfermera, centra el campo de actuación de la Enfermería, fomenta un mejor desarrollo de la relación enfermera-paciente, desarrolla las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, obtiene resultados medibles, supone una participación activa del usuario en los cuidados, implicándolos en las cinco fases del proceso (valoración, diagnóstico enfermero, planificación de cuidados, ejecución del plan de cuidados y evaluación), fomenta la continuidad de los cuidados, favorece que los cuidados sean personalizados, facilita que el resto del equipo multidisciplinar de atención primaria conozca la labor enfermera y favorece a la vez una mayor coordinación interdisciplinar.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> “Modelo de Orem”. Dorothea E. Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Edit. MASSON-SALVAT Enfermería. Páginas 231 y 232.

<sup>9</sup> BOE número 280. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Sábado 22 de noviembre 2003. Página 41447.

<sup>10</sup> Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. Grupo Regional de Metodología y Diagnósticos de Enfermería de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA). Página 15.



## COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

Podemos definir la **Coordinación Socio-Sanitaria** como un conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia.<sup>11</sup>

Entendemos como **red sociosanitaria** un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de las personas en situación de dependencia, cuyo objetivo es la creación de un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención sociosanitaria.<sup>12</sup>

Las personas dependientes pueden requerir prestaciones sociales y/o sanitarias (de atención clínica y de cuidados sanitarios) que deben estar coordinadas en todo momento para dar una adecuada respuesta socio-sanitaria.<sup>13</sup>

La Atención Sociosanitaria, independientemente de cualquier definición, surge en el momento en el que el usuario presenta unas necesidades concretas que requieren una intervención simultánea y sinérgica a nivel sanitario y social.<sup>14</sup>

Hasta ahora, en nuestro país, las experiencias desarrolladas en lo que a atención sociosanitaria se refiere pueden agruparse, básicamente en tres modelos:

- **El modelo de coordinación sociosanitaria.** Este modelo promueve la coordinación y complementariedad entre servicios sociales y sanitarios, adaptándose el uno al otro, pero sin crear recursos nuevos. El primer intento, fallido, de desarrollo de este modelo se realizó en 1993, a raíz del *Acuerdo marco de cooperación* entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo. Este proyecto, además de una reordenación de los recursos sanitarios, creó las comisiones sociosanitarias de área como instrumento específico para llevar a cabo la coordinación sociosanitaria. Una variante del modelo de coordinación sin nuevos recursos es el **modelo de gestión de casos**, o *Case Management*, que busca mejorar la accesibilidad a los servicios y así optimizar los resultados de los cuidados, tanto para el usuario como para su familia, y lograr una combinación y distribución de servicios más eficientes. Se crea la figura del “*gestor de casos*”, responsable de valorar la situación de cada usuario, incluyendo la sanitaria, y aconsejar sobre los recursos necesarios. La figura de la **enfermera de enlace** de la *Comunidad Andaluza* es un ejemplo de este modelo.
- **Modelo sectorizado.** En este modelo, la iniciativa en el desarrollo de la atención sociosanitaria se lidera con exclusividad en uno de los dos sistemas. Un ejemplo de la sectorización en el campo sanitario es el **programa PALET** de la *Comunidad Valenciana*. Así mismo, en el campo de los servicios sociales, en casi todas las

<sup>11</sup> Libro blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Página 514.

<sup>12</sup> Libro blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Página 521.

<sup>13</sup> Libro blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Página 470.

<sup>14</sup> Enfermería en Cuidados Sociosanitarios. Serie Cuidados Avanzados. José Manuel Mayán Santos. Editorial DAE. Página 15.



comunidades autónomas se desarrollan planes de actuación para distintos colectivos que permiten ordenar los recursos, incrementar presupuestos y la cantidad y calidad de los servicios, pero sin ningún lazo de unión con los servicios sanitarios.

- **Modelo de Integración.** También denominado *modelo de red sociosanitaria*. Es el modelo adoptado por Cataluña desde el inicio para desarrollar su programa sociosanitario Vida als Anys, que surge con la idea de superar la visión parcial de los servicios sociales y sanitarios y con el propósito de integrarlos para ofrecer una atención global a un colectivo con necesidades específicas. Este modelo apuesta por la creación de un nuevo espacio, el “*espacio sociosanitario*”, que permita un buen nivel de integración en la prestación de recursos. Después de más de quince años, este *modelo catalán* es la apuesta más clara y continuada por un modelo de atención sociosanitaria en nuestro país.<sup>15</sup>

Así pues, son muchas las iniciativas desarrolladas en España desde ambos sistemas (sanitario y social), tanto a nivel estatal como autonómico, ya que las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas han elaborado planes autonómicos de salud, con áreas de intervención en personas mayores, personas con secuelas de accidentes y pacientes con enfermedades crónicas y generadoras de discapacidad y dependencia.

Sin embargo, a pesar de las tentativas, son pocas las comunidades en las que existe una apuesta real y continuada por un modelo sociosanitario. En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios.

La coordinación debe realizarse a varios niveles:

- entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.
- entre los diversos recursos y niveles de atención de un mismo sistema.
- entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios, y el sistema de apoyo informal.
- entre las diferentes Administraciones públicas: General del Estado, Autonómicas y Locales.<sup>16</sup>

La **Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud** define la **prestación socio-sanitaria** en el artículo 14 como “*la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios o sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*”<sup>17</sup>

Dicha Ley establece las actuaciones que desde el ámbito sanitario se han de asumir:

- **Cuidados sanitarios de larga duración.** Pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, bien en su domicilio o mediante internamiento).

<sup>15</sup> Enfermería en Cuidados Sociosanitarios. Serie Cuidados Avanzados. José Manuel Mayán Santos. Editorial DAE. Páginas 43 a 44.

<sup>16</sup> Libro blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Página 506.

<sup>17</sup> Libro blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Página 471.



- **Atención sanitaria de convalecencia.** Personas que tras un proceso agudo de enfermedad o accidente, presentan limitaciones en su autonomía, y requieren atención de cuidados durante un periodo de tiempo limitado.
- **Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.** Recuperación de la autonomía perdida y la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia

Desde el ámbito sanitario, los servicios para atender a personas en situación de dependencia deben seguir unos **principios generales**:

- Acceso universal gratuito, en condiciones de igualdad efectiva.
- Enfoque preventivo prioritario, basado en la atención durante todo el ciclo vital de las personas, mediante programas de promoción de la salud.
- Atención orientada a las necesidades individuales de las personas ajustadas a su historia de vida y a su entorno familiar y social.
- Un sistema de valoración de la dependencia consensuado, con criterios comunes que orienten la elaboración y gestión de los planes de cuidados.
- Un enfoque integral, coordinando el conjunto de niveles y dispositivos asistenciales sanitarios y sociales.
- Primar el mantenimiento del usuario en su entorno.
- Cartera de servicios como oferta básica, con criterios homogéneos, independientes del ámbito geográfico.
- Servicios eficaces, efectivos y eficientes, ofertando una atención sanitaria basada en la evidencia.
- Una financiación del Sistema de Atención a la Dependencia que permita extender esta cartera a toda la población.
- Responder a las garantías y derechos de los usuarios en cuanto a seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo de acceso a los servicios.
- Establecer unos sistemas de evaluación y mejora de la calidad de esta prestación.<sup>18</sup>

Desde la **Atención Primaria**, las actuaciones sanitarias más planificadas en relación al dependiente se han desarrollado en torno a distintos programas, en los que la Enfermería Comunitaria ha sido, y sigue siendo, un elemento fundamental en el desarrollo de los mismos:

1. Programa de actividades de prevención y promoción de la salud (PAPPS).
2. Programa del anciano.
3. Programas de atención domiciliaria.
  - a. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
  - b. Atención a terminales (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, ESAD).<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Libro blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Páginas 489 a 490.

<sup>19</sup> Libro blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Páginas 473 a 477.



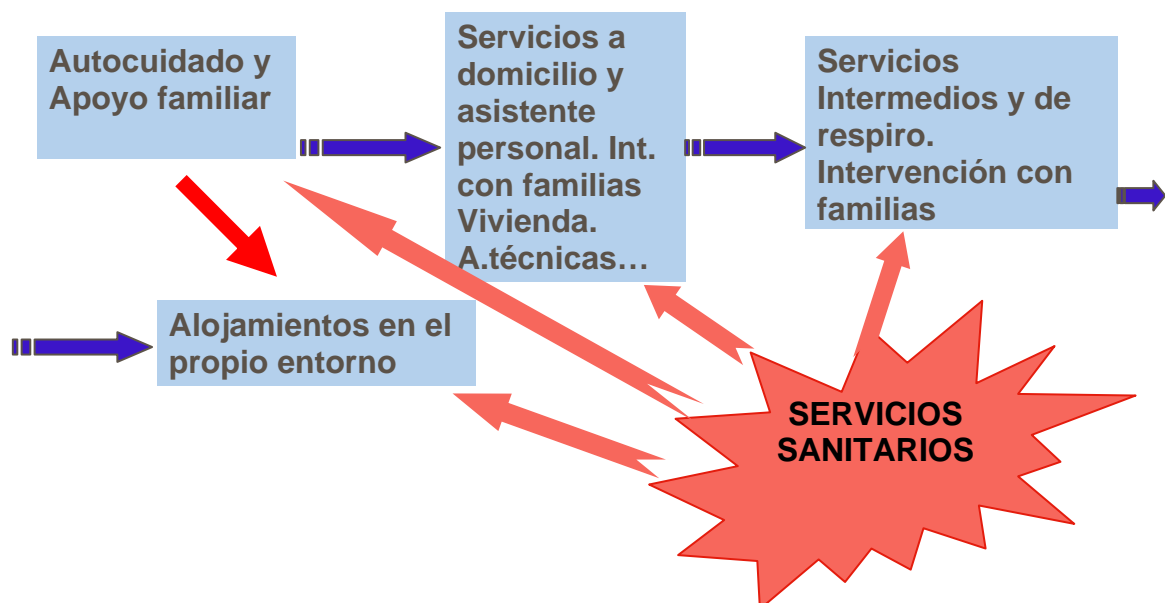
## LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS Y LA GESTIÓN DE CASOS

Un aspecto clave a la hora de determinar la adecuada atención a las personas en situación de dependencia es la **continuidad de cuidados**, dentro de la coordinación sociosanitaria. Esta continuidad debe permitir a la persona dependiente permanecer en el entorno el mayor tiempo posible.

Para prestar adecuadamente la atención permanente y de larga duración a personas con importantes niveles de dependencia, la continuidad de cuidados es un concepto crucial a la hora de definir el modo de organizar los diferentes servicios y la metodología de la intervención.

Pilar Rodríguez Rodríguez ha propuesto en las IV Jornadas de SEAPA, celebradas el pasado 21 de abril de 2005 (justo el mismo día en que se aprobaba el Proyecto de Ley en Cortes), una definición de este importante concepto: *“La continuidad de cuidados consiste en el derecho que tienen las personas en situación de dependencia a recibir atención formal e informal adecuada. Para ello, ha de organizarse y disponerse un conjunto diversificado de servicios de proximidad –sociales y sanitarios– que puedan ser utilizados consecutiva o simultáneamente y que puedan combinarse con flexibilidad y eficacia para adaptarse a la concreta situación de dependencia y a la evolución que experimente a lo largo del tiempo”*.

### CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA



Existe un consenso generalizado entre los profesionales, tanto del ámbito sanitario como de los servicios sociales, acerca de la necesidad de definir e impulsar decididamente un modelo de atención integral a las personas en situación de dependencia, que para serlo ha de ser forzosamente sociosanitario, sin que suponga, necesariamente, la creación de una red específica, sino en garantizar la continuidad de los cuidados mediante el trabajo en red de los dispositivos tanto del sistema sanitario



como de los servicios sociales, estableciéndose vías estables para el trabajo interdisciplinar desde ambos sistemas públicos.

Para que la continuidad de cuidados se produzca de manera adecuada, sin interrupciones, con la utilización más eficiente y eficaz de los programas y servicios disponibles, y contando con la participación de la persona afectada y de su cuidador/a familiar, es necesario introducir importantes cambios en los modelos de intervención social y sanitaria.

Entre ellos, incluir la **metodología de gestión de casos**, de amplia tradición en los Países Nórdicos, Estados Unidos, Canadá, Holanda y Reino Unido, y que también se fueron introduciendo posteriormente en otros países europeos, como Austria, Alemania, Francia o Italia, con resultados evaluados que han refrendado de manera palpable la utilidad de esta metodología para la intervención en este ámbito.

La gestión de casos tiene una clara orientación hacia la persona afectada y su familia, y busca hacer coincidir la oferta y la demanda en situaciones complejas de atención, algo que sucede en muchas ocasiones en la dependencia. Implica la existencia de una figura profesional que acompaña a la persona y a su familia, desde el momento mismo de la evaluación y elaboración del plan de cuidados y a lo largo de todo su proceso de dependencia, buscando y gestionando los servicios y programas más adecuados al momento de su evolución, evaluando permanentemente los resultados obtenidos.<sup>20</sup>

La enfermera comunitaria **puede ser la gestora de los casos**, y establecer, junto al resto del equipo multidisciplinar, el plan de cuidados del paciente y las actuaciones coordinadas con los servicios sociales. Esta gestión de casos conllevaría la valoración del enfermo dependiente, la determinación del acceso a los recursos sanitarios y/o sociales y la derivación al nivel de atención preciso.<sup>21</sup>

La enfermera comunitaria reúne todos los requisitos necesarios para llevar a cabo esta tarea, ya que está capacitada legalmente, utiliza un método científico (metodología enfermera) apropiado -que incluye la valoración de las necesidades de cuidados de la persona dependiente y de su entorno, la elaboración de un plan de cuidados y la evaluación permanente del mismo-, acompaña a la persona y a su familia, siendo fácilmente reconocida por ellos como el interlocutor clave entre sus necesidades de cuidados y la coordinación deseable entre los servicios Sociosanitarios y el futuro Sistema Nacional de la Dependencia.

Por otra parte, para que los cuidados que reciba la persona dependiente sean eficientes y eficaces, con criterios de calidad, estos cuidados deben ser **integrales** (enfoque biopsicosocial) e **integradores** (capaces de articularse intra- e inter- niveles de atención). De nuevo el profesional de enfermería comunitaria se convierte en el componente del equipo multidisciplinar capacitado para asegurar estos criterios de calidad y eficacia.

---

<sup>20</sup> “Continuidad de Cuidados, Coordinación sociosanitaria y Gestión de casos: conceptos clave para una correcta atención a personas en situación de dependencia”. Ponencia de Pilar Rodríguez Rodríguez presentada en las IV Jornadas de SEAPA celebradas en Oviedo el 21 de abril de 2006.

<sup>21</sup> Libro blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Página 498.



## CONCLUSIONES

- **SEAPA** manifiesta su satisfacción por la aprobación en Cortes del *Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, y reconoce al Sistema Nacional de la Dependencia como el cuarto pilar del estado de bienestar.
- Dada la importancia que tendrá la actuación conjunta de todos los poderes e Instituciones Públicas (Administración General del Estado y Comunidades Autónomas) en el desarrollo de esta Ley, esta Sociedad Científica emplaza al Principado de Asturias, como miembro del Consejo Territorial del Sistema Nacional de Dependencia, a una apuesta decidida y valiente para el desarrollo del Plan de Acción Integral, a la vez que deseamos que el futuro **Catálogo de Servicios y Prestaciones** que se contemplan en la Ley sepa dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia y sus familias.
- Como **Sociedad Científica de la Enfermería Comunitaria de Asturias**, creemos que la enfermera comunitaria, dentro del equipo multidisciplinar de la Atención Primaria, es el profesional capacitado para **gestionar las necesidades de cuidados** de las personas en situación de dependencia y sus familias, así como el interlocutor clave entre estos y los distintos sistemas (sanitario, social y el futuro Sistema Nacional de Dependencia).
- Creemos también que la enfermera comunitaria es el **profesional capacitado** para realizar la valoración de las necesidades de cuidados de la persona en situación de déficit de autocuidado y/o en situación de dependencia, ya que ya lo está realizando en la actualidad, al ser su método de trabajo (la **Metodología Enfermera**) un método científico, que incluye la valoración de las necesidades y la elaboración de un plan de cuidados, junto con la evaluación permanente del mismo. Se garantiza así la continuidad del cuidado.
- La Enfermería Familiar y Comunitaria no puede quedar fuera de esta Ley, ley que, desde diversos ámbitos, ha sido definida ya como la “Ley del Cuidado”. No podemos dejar fuera de la Ley del Cuidado, al profesional clave del cuidado en la Atención Primaria.