

## **LA ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS SOCIALES POR FIN SE MOVILIZA.**

### **¿POR QUÉ NOS MOVILIZAMOS?**

El incremento en las necesidades sanitarias de los usuarios atendidos en los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, ha hecho que en los centros del Servicio Regional de Bienestar Social se hallan incrementado de forma notable los recursos sanitarios.

La aseveración anterior explica el incremento substancial de la cantidad de Diplomados en enfermería, como consecuencia del crecimiento de un perfil de ciudadano que necesita **cuidados especializados sociales y sanitarios de larga duración.**

A nuestro juicio, no solo hay que contemplar la realidad del crecimiento de las necesidades de cuidados de enfermería desde un punto de vista cuantitativo, hay que añadirle una visión cualitativa relacionada con la capacitación de los profesionales que trabajan en los servicios sociales de la Comunidad de Madrid

Trabajar en los servicios sociales precisa especialización que evidentemente se obtiene con formación y experiencia, aspectos que a nuestro juicio deben ser prioritarios para ofertar unos cuidados de calidad al ciudadano que acude a los servicios sociales.

Formar a un buen profesional sanitario que trabaje en los servicios sociales precisa de muchos años de inversión personal del profesional, de coste a la administración y en definitiva de inversión de la ciudadanía en su conjunto.

Todo esto se pierde si este profesional tiene en mente emigrar a un contexto más favorable para él, como la sanidad donde en general se siente mejor tratado: “Toda una vida especializándose para cuidar a usuarios sociosanitarios para terminar en sanidad”.

Esos espacios que dejan los profesionales capacitados los cubren personas a veces con menor capacitación, y en otras ocasiones con escasa experiencia, que cuando la adquieran es probable que pidan el traslado a otro nivel asistencial.

En definitiva quien paga es el ciudadano usuario de servicios sociales que no recibe la calidad del servicio que debe recibir.

Acontecimientos recientes como la próxima aparición de la ley de la dependencia, la carrera profesional, las especialidades de enfermería, la licenciatura en enfermería, y la prescripción en enfermería, están generando en este colectivo profesional unas expectativas de desarrollo muy interesantes.

Los servicios sociales no se deben quedar al margen, no deben existir agravios comparativos con salud. Conservar a los buenos profesionales debe ser un objetivo prioritario de toda organización que quiere mejorar la calidad de los servicios que provee al ciudadano.

Pero la fidelidad del profesional sanitario a los servicios sociales sólo se mantendrá si existen las mismas posibilidades de desarrollo que existen en sanidad; para un mismo profesional, que trabaja en otro contexto, pero para la misma administración, y con la misma misión: “Servir cuidando al ciudadano”.

**POR TODO ESTO HEMOS DECIDIDO AGRUPARNOS PARA INFORMAR, Y A LA ADMINISTRACIÓN Y AL CIUDADANO: ¿QUIÉNES SOMOS?, ¿QUÉ APORTAMOS, ¿QUÉ NECESITAMOS PARA DAR UN BUEN SERVICIO?, Y ¿QUÉ PROBLEMAS GENERA NUESTRA AUSENCIA?**

## **APORTACIÓN AL USUARIO**

El usuario que atendemos en los servicios sociales genera un espacio denominado “sociosanitario”. En este espacio se encuentran las necesidades de una población que demanda servicios sociales (más centrados en atender a la dependencia), y servicios sanitarios (más centrados en la salud y 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 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 usuario ingresado en residencias públicas de mayores, y centros de atención a personas con discapacidad.

Esta aportación específica de la enfermería (el cuidado), fue reconocida 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” .*

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

#### **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) usados en los hospitales, 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 autonomía 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.

Un papel importante por frecuencia de aparición en los usuarios que atendemos en los servicios sociales, es el que ocupa la enfermería en la prevención y tratamiento de heridas crónicas; siendo por experiencia los profesionales más preparados para la intervención en este tipo de problemas.

**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, 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 sociales.

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

## **8. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.**

La enfermería de los SERVICIOS SOCIALES 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.

## 9. 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.

## ¿QUÉ MÉTODO USAMOS PARA OFRECER NUESTROS SERVICIOS?

El plan de cuidados (PDC) es un instrumento clave en la organización de la atención individualizada del usuario de los servicios sociales.

El PDC es el producto de un proceso denominado “Proceso de Atención de Enfermería” que contiene una serie de fases de valor añadido que nos llevan a la prestación del servicio que demanda este ciudadano: 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 se deben integrar en un modelo científico 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 de los servicios sociales, 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.

Demandamos que no existan agravios comparativos entre la enfermería de la Consejería de Sanidad y la de los Servicios Sociales.

Proponemos potenciar la figura de la enfermería diplomada en los servicios sociales en los siguientes aspectos:

- 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.  
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 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 enfermería en la conexión 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 de servicios sociales 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 interdisciplinario mejore los servicios sociosanitarios .
- 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, debe 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 usuario de los servicios sociales, sabemos por estudios de otros Países y por experiencia propia que existe, y que desde luego sería 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 y con discapacidad”*. 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, las circunstancias del discapacitado, y las patologías terminales que padecen algunos de estos ciudadanos, hace que en los servicios sociales, cobren importancia los cuidados paliativos, los cuidados en la agonía, la muerte y el duelo, etc. 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 conocimientos nuevos), *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 y discapacitados*”.
- 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 y con discapacidad (Resolución 46/91, el 16 de Diciembre de 1991).

■ Independencia.

■ Participación.

■ Cuidados.

■ Autorrealización.

La enfermería gerontológica y de atención a discapacitados de los servicios sociales 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.*”