



Propuestas del Colegio de Enfermería de Asturias al trámite de consulta pública previa para el Proyecto de decreto por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el Principado de Asturias.

1. Introducción.

En el espíritu activo, de lealtad institucional y colaboración que guía la acción de este Colegio de Enfermería, queremos desde esta disciplina hacer propuestas que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos asturianos y colaborar con las diferentes instituciones y administraciones en llevarlas a cabo.

Esta organización, ya ha participado en otras propuestas de leyes y normativas. En la reciente propuesta para modificar la ley de Salud del Principado, hemos hecho propuestas encaminadas a mejorar la coordinación de los organismos que se encargan de la salud y el bienestar social, entendiendo que ambos conceptos están íntimamente ligados no existiendo el bienestar social sin salud ni salud sin bienestar social.

En este paradigma de salud que integra lo biológico, lo psicológico y lo social y en el cuidado no solo con el individuo sino con su familia y su comunidad es donde las enfermeras atesoramos un enorme conocimiento y “expertise” y donde demostramos una fabulosa profesionalidad y compromiso con los ciudadanos y el sistema.

En el ámbito concreto de la dependencia, las enfermeras sin duda podemos aportar conocimiento, experiencia y competencia para la planificación, desarrollo y gestión de políticas y estrategias que mejoren los objetivos que busca el nuevo decreto como la equidad, la accesibilidad y sencillez, del sistema.

La evaluación de los criterios de dependencia o el análisis del coste de las prestaciones, son aspectos en los que las enfermeras sin duda pueden y deben aportar su conocimiento en relación con las necesidades de cuidado y autocuidado de las personas y familias; por tanto de la autonomía personal.

Finalmente el cambio de modelo buscado más orientado más a la atención domiciliaria (Frente al modelo más institucional actual) como la figura del “asistente personal” o la acreditación de servicios SAAD creemos que requiere





no solo un decreto sino un debate en profundidad en el que las profesionales de la enfermería tenemos mucho que aportar seguramente en coordinación con otros profesionales vitales en la atención a la dependencia, integrando la norma, por qué no, en la ley de salud de forma que se facilite esa tan deseada coordinación o cooperación sociosanitaria.

Valgan las siguientes propuestas como ejemplos de cuestiones que se pueden mejorar en el sistema y en las que las enfermeras podemos aportar y queremos aportar.

2. Propuestas.

a) Cooperación interadministrativa.

La coordinación y/o cooperación sociosanitaria es un caballo de batalla de las últimas décadas. Disponemos de redes autónomas la sanitaria y la social que se interrelacionan poco y con poca eficiencia. Existen programas casi experimentales que han mejorado la coordinación entre las redes públicas (de la misma administración) como pueden ser las enfermeras gestoras de casos. Sin embargo es necesario profundizar estas actividades prometedoras y sistematizarlas de manera que no sean puntuales y fortalezcan los vínculos entre las diferentes redes que implican la atención a las personas frágiles y dependientes.

La Consejería de Salud y la Consejería de Bienestar Social deberán cooperar, mediante los instrumentos y los procedimientos que se establezcan, en la implantación y el desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la comunidad autónoma del Principado de Asturias. Este sistema debe coordinar las redes de atención comunitaria, servicios sociales, administraciones locales e instituciones de atención a la dependencia.

b) Reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Equipo de valoración.

La realización de las actividades de valoración de la situación de dependencia del solicitante y de su entorno habitual, deben ser realizadas por un equipo técnico de valoración de la dependencia formado multidisciplinariamente.

Este equipo estará liderado por la enfermera especialista en atención familiar y comunitaria y deberá integrar cuando fuera necesario enfermeras especialistas en geriatría y/o salud mental. El equipo debe constituirse dentro del área de influencia de la persona evaluada y contará con profesionales del ámbito del trabajo social, la terapia ocupacional, psicología y medicina.





En el caso de pacientes institucionalizados, el liderazgo del equipo recaerá en la enfermera especialista en geriatría o de salud mental según sea el caso que coordinarán el equipo multidisciplinar designado.

El líder de este equipo será el encargado de la información al interesado y su familia de los servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, funcionando de enlace con el beneficiario y siendo el encargado del seguimiento, revisión y en su caso solicitud de reevaluación del nivel de dependencia.

c) Prevención de las situaciones de dependencia.

Las personas en situación de dependencia, en cualquiera de los grados establecidos, recibirán servicios de prevención con el objeto de prevenir o retrasar el agravamiento de su grado de dependencia, incluyendo esta atención en los programas de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de los centros de día y de atención residencial.

Asimismo se estructurarán campañas de promoción de la salud y el autocuidado de las personas frágiles y dependientes, estas actividades o intervenciones se llevarán a cabo en coordinación con los equipamientos y profesionales de atención comunitaria (Red pública de atención sanitaria).

d) Cuidador no profesional. Asistente personal.

La atención a la dependencia en general puede ser llevada a cabo por cuidadores informales no profesionales o cuando sea necesario por profesionales. *Sería conveniente definir lo que es el asistente personal y si equivale a cuidador profesional.*

Cuando los cuidadores son familiares deben estructurarse sistemas que les permitan tener descansos de las tareas de la persona dependiente. Por supuesto tendrán apoyo y seguimiento de los servicios de atención comunitaria y servicios sociales para toda la actividad que requieran.

Los cuidadores contratados por la administración (local o regional) o las instituciones privadas deberán estar titulados preferentemente como TCAE, o Técnicos en atención a la dependencia. Cuando los cuidadores no dispongan de la titulación o ésta sea un certificado de profesionalidad, deberán ser formados por enfermeras especialistas y deberán ser tutelados por las mismas con unos ratios mínimos que permitan un seguimiento efectivo.

Los cuidadores trabajarán siempre en coordinación con las enfermeras especialistas, bien en relación con los equipos de atención comunitaria cuando la prestación sea en el domicilio, bien con los equipos de especialistas de las instituciones cuando sea en régimen ambulatorio.





El profesional de enfermería aporta una visión integral del cuidado a la persona. Los cuidadores no profesionales deberán tener unos conocimientos básicos cuya formación tiene que ser impartida por una enfermera.

e) Atención de la salud de las personas dependientes.

En ningún caso la atención sanitaria de las personas dependientes, valoración y evaluación del estado de salud, o el control y manejo de los tratamientos recaerá en empresas privadas cualquiera que sea su naturaleza.

En el caso de personas institucionalizadas este control deberá recaer en una enfermera de referencia que se coordinará con los equipos de atención comunitaria.

En el caso de personas dependientes en su domicilio o en régimen ambulatorio este servicio corresponde a la red de atención comunitaria.

f) Propuesta de atención a la dependencia por niveles.

Para el interés de la comunidad debería regularse un sistema de atención a la dependencia por niveles. Así se podría escalar mejor la atención y aprovechar mejor la capacidad de recursos y equipamientos.

f1) Atención domiciliaria.

f2) Atención ambulatoria.

f3) Atención en institución temporal.

f4) Atención en institución permanente.

Dentro de cada nivel se pueden establecer subniveles que permitan un mejor aprovechamiento de los recursos.

g) Seguimiento de la calidad de los cuidados.

El departamento correspondiente realizará el seguimiento de la calidad de los cuidados con el objeto de comprobar que persisten las condiciones adecuadas de atención, habitabilidad de la vivienda y el resto de condiciones para garantizar la calidad de los cuidados, así como prevenir posibles situaciones de desatención.





Bibliografía.

1. Ferrer-Arnedo C, Santamaría-García JM, Fernández-Batalla M, Salazar-Guerra. The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency. New roles and redesigns. Invest Educ Enferm. 2014; 32(3):488-497 .
2. GALA FERNANDEZ, Bienvenida; ROMEO LOPEZ ALONSO, Sergio y PEREZ HERNANDEZ, Rosa María. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. Index Enferm [online]. 2006, vol.15, n.54 [citado 2020-09-24], pp.7-9.
3. CONTEL SEGURA, Joan Carles. Delivering Healthcare to Dependent Individuals: Towards a Joint Care Model using Evidence-based Contributions. Index Enferm, Granada , v. 18, n. 3, p. 176-179, sept. 2009 .

