

ACTAS de coordinación SOCIOSANITARIA

26

jun

2020

año VIII

MONOGRÁFICO **Nursing now**

Grupo coordinador del monográfico:

NursingNowInfoEmprende

Carmen Ferrer Arnedo

María Teresa Pérez Pérez-Medrano

Paloma Calleja Toledano

COLABORAN

Adelaida Zabalegui Yárnoz, Esmeralda Torralba Molina, Carmen Ferrer Arnedo, Paloma Calleja Toledano, Zaira Villa Benayas, Rosa Salazar Guerra, Llanos González Espinosa, Rulber Duque Alzate, Carmen Busquets Ferrer, Daniel Muñoz Jiménez, José Manuel Sánchez García, M^a Luisa Torre Burgos, Sergio González Pérez

caser
fundación

●.....

DIRECTOR

Agustín Huete García. *Universidad de Salamanca*

SECRETARIA EDITORIAL

Ana Artacho Larrauri. *Fundación CASER*

●.....

CONSEJO EDITORIAL

Blanca Notario Pacheco. *Universidad de Castilla-La Mancha*
Celia Fernández Carro. *Universidad Nacional de Educación a Distancia*
Antonio Jiménez Lara. *InterSocial*
Coral Manso Gómez. *Down España*
Jesús Muyor Rodríguez. *Universidad de Almería*
Noelia Morales Romo. *Universidad de Salamanca*

●.....

CONSEJO ASESOR

Juan Sitges Breiter
Ángel Expósito Mora
Amando de Miguel Rodríguez
Julio Sánchez Fierro
Gregorio Rodríguez Cabrero
Pablo Cobo Gálvez
Emilio Herrera Molina

Depósito Legal: M-9549-2011

ISSN: 2529-8240

Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente
sin expresa autorización de la Fundación Caser.

El año 2020, ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud como el “Año internacional del Personal de Enfermería y Partería”. Desde la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria, nos hemos querido unir al reconocimiento del personal de enfermería y partería ya que son un pilar fundamental en el sistema sanitario, tanto desde el punto de vista de hacer el sistema más eficiente y también más humano.

Por ello, dedicamos nuestro primer número de este año a un monográfico sobre este tema, concretamente a Nursing Now, un movimiento social en crecimiento con una red activa de grupos que trabajan para influir en la política global para mejorar la salud al elevar el estado y el perfil de la enfermería.

Para la elaboración de este monográfico, hemos contado con la coordinación de una enfermera referente, excelente profesional y apasionada por lo que hace, como es Carmen Ferrer Arnedo, Jefa de Servicio de Atención al Paciente del Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela en Madrid.

Abrimos con una interesante entrevista a Adelaida Zabalegui, representante de la Enfermería Europea y miembro del comité de Dirección de la campaña mundial “Nursing Now”. En ella, Adelaida nos introduce este número resaltando las características del Nursing Now, y poniendo en valor el papel de las enfermeras tanto a nivel nacional como internacional.

En nuestra sección de artículos, comenzamos con un artículo de Esmeralda Torralba que resalta el papel de la Enfermera Familiar y Comunitaria, una pieza clave en el servicio de Atención Primaria. Continuamos con un proyecto de intervención elaborado y llevado a cabo por enfermeras, impulsado por Carmen Ferrer, Paloma Calleja, Zaira Villa y Rosa Salazar. Se trata de la formación de una Escuela de Cuidadores, con el objetivo principal de formar a los cuidadores informales por parte del personal de enfermería.

Por su parte, Llanos González y Rulber Duque llevan a cabo una revisión bibliográfica centrada en el papel de la figura profesional de la enfermera, en los aspectos de la calidad, calidad asistencial y seguridad clínica. Carmen Busquets y Daniel Muñoz, revisan la importancia de la alfabetización en salud, basada en habilidades para acceder, procesar, juzgar y entender la información sobre salud.

Finalizamos la sección monográfica con un epílogo elaborado por José Manuel Sánchez y M^a Luisa Torre. Estos autores nos narran sus vivencias personales como enfermeras, haciéndonos reflexionar sobre ¿qué sería el mundo sin las enfermeras?

Añadimos, además, la sección permanente dedicada a Jóvenes Investigadores, con nuestro objetivo de difundir las actividades de personas que comienzan su carrera investigadora y/o

profesional, con la reseña del Trabajo Final de Grado de Sergio González, que nos compara el modelo de dependencia español con el noruego, dándonos claves para mejorar el primero.

Cerramos la revista con una adaptación de todos los contenidos de este número en Lectura Fácil, para facilitar el contenido a las personas con discapacidad intelectual, y en general, para todas aquellas personas que prefieran una lectura más sencilla.

Y así, es como se configura el número 26 de la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria, un monográfico especial que esperamos que sea de interés para nuestras y nuestros lectores.

Ana Artacho Larrauri
Secretaria Editorial de la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria

ENTREVISTA

/07 ADELAIDA ZABALEGUI YÁRNOZ

ARTÍCULOS

/11 LIDERAZGO DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO. LA ATENCIÓN EN EL HOGAR DE LOS PACIENTES.

ESMERALDA TORRALBA MOLINA

Enfermera. Centro de Salud María Auxiliadora. Madrid.

/33 EXPERIENCIA DE LA CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES DENTRO DE UN HOSPITAL DE MADRID: EL APOYO AL CUIDADOR DESDE EL ROL ENFERMERA COMO ENTRENADORA.

CARMEN FERRER ARNEDO

Enfermera. Jefe de Servicio de Atención al Paciente. Coordinadora de la Escuela de Pacientes Vulnerables y Personas Cuidadoras del Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.

PALOMA CALLEJA TOLEDANO

Enfermera. Técnico de Gestión del Servicio de Admisión. Hospital de Guadarrama.

ZAIRA VILLA BENAYAS

Enfermera. Entrenadora en la Escuela de Cuidadores del Hospital Guadarrama y en la Escuela de Pacientes Vulnerables y Personas Cuidadoras del Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.

ROSA SALAZAR GUERRA

Gerente del Hospital de Guadarrama.

/59 ASPECTOS TEÓRICOS VITALES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA PRÁCTICA ENFERMERA.

LLANOS GONZÁLEZ ESPINOSA

Enfermera EUE Cruz Roja 1979. Experto en Enfermería Médico-Quirúrgica (BOCAM 214/2002) Máster “Enfermería de practica avanzada en la Atención del paciente crónico” ECS, 2018.

RULBER DUQUE ALZATE

Enfermero, Universidad de Caldas, Colombia. 2000; Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá 2006; Máster MBA en Dirección de Recursos Humanos, TAGO. Barcelona 2015; Master en Metodología de Ciencias del Comportamiento y de la Salud, UCM- UAM-UNED, Madrid 2019.

/75 “LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD”: UNA REVISIÓN SOBRE EL CONCEPTO Y SUS UTILIDADES.

CARMEN BUSQUETS FERRER

Enfermera Hospital Santa Cristina Madrid.

DANIEL MUÑOZ JIMÉNEZ

Enfermero Universidad Pontificia de Salamanca. Salus Infimorum.

EPÍLOGO

/93 ...¿QUÉ SERÍA EL MUNDO SIN LAS ENFERMERAS?...

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ GARCÍA

Responsable de Centros de Dirección Asistencial Centro.

Gerencia Atención Primaria Madrid.

Mª LUISA TORRE BURGOS

Supervisora de Unidad de Psiquiatría.

Hospital Universitario del Henares. Madrid.

JÓVENES INVESTIGADORES

/105 PENDIENTES DE LA DEPENDENCIA. UN ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DE ESPAÑA Y NORUEGA.

SERGIO GONZÁLEZ PÉREZ

LA REVISTA PARA TODAS LAS PERSONAS

/109 ESTE NÚMERO EN LECTURA FÁCIL.



ADELAIDA ZABALEGUI YÁRNOZ
Representante de la Enfermería Europea
y miembro del comité de Dirección de la
campaña mundial “Nursing Now”.
azabaleg@clinic.cat

Enfermera desde 1982. Máster y Doctora en Enfermería por la New York University (1997), becada por el Ministerio de Sanidad Español (ISCIII). Subdirectora de Enfermería en el Hospital Bellevue de la ciudad de Nueva York. Directora de la Escuela de Enfermería (Universitat Internacional de Catalunya), Directora de Enfermería y actualmente Vicedirectora de Enfermería en el Hospital Clínic de Barcelona y profesora de la Universidad de Barcelona. Acreditada como Catedrática de Universidad – Investigadora nivel Avanzado en atención a personas mayores, 280 publicaciones, directora de 19 tesis doctorales y Editora de la versión española de la revista “Nursing”. Miembro de las Juntas directivas: Academia Europea de Ciencias de Enfermería y Nursing Now (representante europeo).



Pregunta: Presentamos en este número de la revista Actas de Coordinación Sociosanitaria un monográfico sobre “Nursing Now”. ¿Nos puede explicar en qué consiste?

Respuesta: Nursing Now tiene como objetivo instar a los gobiernos, a los políticos y a los gestores para que inviertan en enfermeras y para que éstas puedan utilizar todas sus competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) para mejorar el nivel asistencial de sus países, de sus organizaciones, de sus hospitales y la salud de sus ciudadanos. Este proyecto propone cinco objetivos: el primero, una mayor inversión para mejorar la educación, el desarrollo profesional, la regulación y las condiciones de empleo para las enfermeras; el segundo, mayor y mejor difusión de prácticas efectivas e innovadoras en Enfermería. El tercer objetivo, mayor participación de las

enfermeras en las políticas relacionadas con la salud. Cuarto, muy ligado con lo anterior, más enfermeras en puestos de liderazgo y más oportunidades de este desarrollo en todos los niveles de tomas de decisiones. Y el último, mayor evidencia en la toma de decisiones por parte de los políticos, teniendo en cuenta en qué actividades las enfermeras pueden tener mayor impacto, qué factores están impidiendo que alcancen su máximo potencial y cómo afrontar estos obstáculos.

¿Cómo se organiza Nursing Now?

La visión de la campaña Nursing Now es mejorar la salud a nivel mundial, elevando el perfil y el estatus de las enfermeras en todo el mundo. Nuestro objetivo es influenciar a los responsables de políticas sanitarias para que apoyen a las enfermeras capaces de dirigir y colaborar en los rediseños del cuidado necesarios para afrontar los retos sanitarios actuales y futuros. Nursing Now es por tanto, una campaña mundial organizada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Burdett Trust for Nursing (UK) que surge del informe titulado ‘The triple Impact’, publicado en 2016 y realizado por la Cámara de los Lores del Parlamento Británico. Finalmente, la campaña Nursing Now, se lanzó en enero de 2018 por la Duquesa de Cambridge en el Saint Thomas Hospital de Londres. España tiene diferentes grupos de enfermeras en este movimiento; uno nacional, grupos autonómicos y grupos locales, todos ellos impulsando este proyecto en nuestro país. Por mi parte, intento ayudar, asesorar e impulsar todos estos grupos dentro de la red internacional.

¿Por qué ahora esta campaña?

Esta campaña finalizaba en diciembre 2020, pero debido a la pandemia de la COVID-19, la campaña finalizará en Junio 2021. 2020 es el año en el que se celebra el 200 aniversario del nacimiento de Florence Nightingale y ha sido declarado por la OMS el año Internacional de la Enfermería, es decir, un año para dar visibilidad ante la sociedad sobre el trabajo que hacen las enfermeras en todo el mundo, reconociendo su aportación como clave para la salud de los ciudadanos y su labor esencial. También, esta conmemoración supone una llamada de atención a los políticos y a las autoridades, sobre la necesidad de reconocer su aportación en el mundo del cuidado y dar a las enfermeras una mayor participación en la toma de decisiones de las políticas sanitarias en los diferentes países, dado que su área de conocimiento es el cuidado de las personas. Las enfermeras tienen la capacidad de responder a los retos sanitarios eficazmente desde el conocimiento global a la persona, la visión transversal de los procesos asistenciales y el cuidado, incluso en las transiciones basadas en la evidencia científica. Aspectos fundamentales para rediseñar el sistema sanitario y social tan necesario. La crisis sanitaria del coronavirus ha dejado clara la necesaria integración de la gobernanza y gestión social y sanitaria. La gestión social del cuidado puede estar liderado por enfermeras y para generar un nuevo modelo que responda a las necesidades de sus residentes de manera digna y eficaz. También es necesario el trabajo conjunto de la atención hospitalaria y la primaria. Es fundamental fortalecer la atención primaria donde las enfermeras

deben liderar la promoción de la salud y la detección precoz de las enfermedades. Las enfermeras, ahora más que nunca, deben de participar activamente en las mesas de dialogo para fomentar el sistema sanitario y social mejor, más robusto y modernizado.

¿Cuáles son los retos de la enfermería en la actualidad?

La OMS prevé un déficit global de 9 millones de enfermeras en la próxima década, y por tanto, se hace necesario generar un atractivo para que las nuevas generaciones elijan esta profesión. Para ello se requiere de políticas de visibilidad, mejorar el valor que la sociedad da a este tipo de profesionales y potenciar su conocimiento. Por su grado de desarrollo académico, las enfermeras producen investigación en cuidados y sus resultados son difíciles de aplicar porque las organizaciones están centradas en el conocimiento generado por otras disciplinas. Creemos necesario trabajar y exigir, por parte de la sociedad y no solo del colectivo de las enfermeras, que se acabe con la discriminación institucional para el acceso de las enfermeras a los puestos de investigación, de dirección de proyectos, de unidades, de servicios, de instituciones, de empresas proveedoras de servicios de salud.

Además, la OMS conjuntamente con CIE y Nursing Now publicó el 7 de Abril (Día Mundial de la Salud), el primer informe sobre el estado de la enfermería en el mundo. Este informe proporciona una visión general del estado actual de las enfermeras respecto a su formación y situación laboral. Para afrontar los retos sanitarios actuales y

de futuro, necesitamos saber cuántas enfermeras tenemos, dónde trabajan y dónde hacen falta. Este informe, ayuda a explorar si la dotación actual de enfermeras es adecuada para proporcionar los servicios de cuidados sanitarios y sociales necesarios. Nuevamente este informe, pone de manifiesto que España cuenta con una dotación de enfermeras por debajo de los países de nuestro entorno europeo, además tampoco tenemos implementada la práctica avanzada y carecemos de la Dirección Enfermera en el Ministerio de Sanidad y en los gobiernos de muchas comunidades autonómicas.

¿Qué papel juega la enfermería en el ámbito sociosanitario?

Tal como define el Consejo Internacional de Enfermería, la enfermera está preparada y autorizada para llevar a cabo el ámbito general de la práctica de la enfermería. Su área es la del cuidado de las personas con enfermedades físicas, mentales y con discapacidad, de todas las edades y en todos los entornos de atención de salud; y otros contextos de la comunidad, que incluyen la promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad; y que engloba las familias y a las personas que cuidan de otros. Desde Nursing Now trabajamos para desarrollar, transformar y adaptar el papel de las enfermeras y las matronas de acuerdo con los Objetivos de Salud 2020, lo que significa insistir en el desarrollo de la promoción de salud, y en el papel de las enfermeras en el fomento del autocuidado, como su tarea clave. Sin la participación de las enfermeras en las políticas de salud en el ámbito sociosanitario como en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, se

omite el valor de los cuidados claves en la cronicidad, en el envejecimiento y en la promoción de la salud.

En la revista Actas estamos especialmente ocupados en promocionar a jóvenes talentos. ¿Es la enfermería un ámbito propicio para ello?

Con motivo del 200 aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, Nursing Now ha lanzado el Reto Nightingale 2020. Su meta es que cada institución sanitaria ofrezca formación en liderazgo y desarrollo a jóvenes enfermeras (menores de 35 años) de su plantilla, como instrumento para mejorar la salud y la asistencia sanitaria a nivel global. Este reto es una oportunidad para formar parte de un movimiento global que empoderará como guías y líderes de la salud a la nueva generación de profesionales de la enfermería. Su excelente formación, su mayor grado de exigencia y asertividad y su mayor competencia en actividades transversales, nos conducirá a un liderazgo enfermero más robusto.

Recomiéndenos algo que leer, o alguien a quién seguir, para entender mejor la enfermería y sus retos en el siglo XXI.

Una persona a quien seguir: Patricia Gómez (Enfermera y Consejera de salud de las Islas Baleares) por su liderazgo y participación política al más alto nivel.

Muchas gracias

Recibido: 24/02/2020

Aceptado: 12/04/2020

LIDERAZGO DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO. LA ATENCIÓN EN EL HOGAR DE LOS PACIENTES.

ESMERALDA TORRALBA MOLINA

Enfermera. Centro de Salud María Auxiliadora. Madrid.

esmeraldatorralba@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Enfermera Familiar y Comunitaria, Atención Primaria de salud, autocuidado, atención en el hogar.

RESUMEN

Los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas, y el aumento de la dependencia, hacen que los sistemas sanitarios tengan que adaptarse a las nuevas circunstancias.

Son muchas las dificultades que afrontar, la falta de recursos y las barreras externas a superar, que pueden salvarse con políticas sanitarias que orienten el foco de atención al cuidado, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud. Para ello se requiere un cambio valiente que ponga a la Atención Primaria como la base del sistema sanitario público y a las enfermeras como líderes de los Equipos de Atención Primaria.

La Enfermera Familiar y Comunitaria es el profesional con las competencias adecuadas para promocionar el autocuidado, al que todas las estrategias institucionales otorgan el papel principal en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas complejas, y es el líder en la atención en el hogar a las personas vulnerables, con necesidad de cuidados en su entorno. Prevenir el paso de la autonomía a la fragilidad, discapacidad y dependencia es el objetivo que puede hacer que las personas vivan de forma independiente en sus domicilios con el apoyo de las enfermeras.

KEYWORDS

Nurse Practitioner, primary care health service, self-care, home care.

ABSTRACT

Demographic changes, the aging of the population, the prevalence of chronic diseases, and the increase in dependency levels make health systems have to adapt to new circumstances.

There are many difficulties to face, the lack of resources and external barriers to overcome, which can be broken with health policies that guide the focus to care, disease prevention and health promotion. This requires a courageous change that places Primary Care as the basis of the public health system and nurses as leaders of the Primary Care Teams.

The Family Nurse Practitioner is the professional with proper skills to empowering patients to maintain health through self-care. All institutional strategies give Family Nurse Practitioner the main role in the care of patients with complex chronic illness, and is the leader in home care for vulnerable people in the environment they are living. Preventing the transition from autonomy to frailty, disability and dependence is the goal that can make people live independently in their homes with the support of nurses.

1. INTRODUCCIÓN.

Este artículo pretende mostrar la realidad de la Enfermera Familiar y Comunitaria (EFyC) dentro de la Atención Primaria (AP) en España y su importancia en el ámbito de la salud. Se realiza una revisión bibliográfica basada principalmente en contenidos de los documentos de las instituciones sanitarias más relevantes en el ámbito sanitario actual, y planteado desde una perspectiva “EMIC” (Corona y Maldonado, 2018), desde la mirada propia de una enfermera.

Asistimos en la actualidad a una creciente importancia social de la salud. Cada año aumenta en número la población española, debido en gran medida al aumento de la esperanza de vida. Esta situación lleva consigo una mayor diversidad poblacional conformando un mapa muy heterogéneo en todos los aspectos de la vida, pero en especial en el de la salud. De ahí la necesidad de una mayor especialización en todos los ámbitos de la salud, y por tanto también de la enfermería.

Las políticas sanitarias actuales recogen en múltiples documentos y estrategias un papel creciente de la Enfermera Familiar y Comunitaria en el cuidado de la salud de la población, asignándole nuevos roles en función de sus competencias, y el liderazgo en el fomento del autocuidado, la gestión de casos, y la atención de los pacientes en su hogar (Mármol et al., 2018). Todo ello podemos encontrarlo en documentos guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Ministerio de Sanidad, y de las diversas Comunidades Autónomas de todo el país.

En estos momentos nos encontramos con problemas como la carencia de profesionales y la necesidad de emprender una reforma real y completa de la Atención Primaria, que pueden utilizarse como la oportunidad, si se gestiona de forma adecuada, firme y decidida, para el desarrollo de más roles y competencias para la EFyC; y darle definitivamente el lugar que debe ocupar dentro del sistema sanitario público. Así se lograría el tan necesario aumento del número de enfermeras, sabida cuenta de su alto nivel formativo, su coste-efectividad, y de la adecuación de sus intervenciones a las necesidades reales del paciente en AP.

Es necesario cambiar el foco de curar a cuidar, de las intervenciones puntuales a la continuidad de cuidados, del paternalismo a la atención centrada en el paciente y familia, de la atención reduccionista del paciente desde lo biológico a una atención que abarque todas las dimensiones fundamentales de la persona (lo bio-psico-socio-espiritual), y de la atención medicalizada a una atención donde se permita al paciente tener mayor responsabilidad sobre su salud y autocuidado. Todo este cambio exige un replanteamiento de la AP en el que se prioricen intervenciones como la promoción de los estilos de vida saludable y la prevención de la enfermedad, la atención en el hogar de los pacientes que lo requieran, sus familias y personas que les cuidan, el respeto a la autonomía en sus decisiones, la atención a la

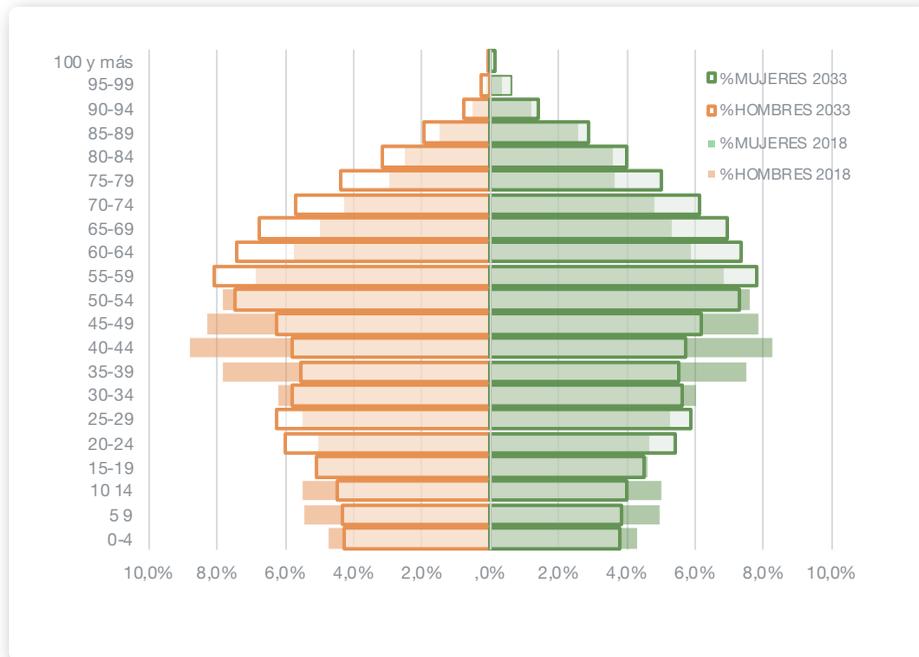
soledad, la prevención de la pérdida de la capacidad funcional y la dependencia, la gestión de casos, y la atención a los pacientes con necesidad de cuidados paliativos y los cuidados al final de la vida. Todas estas intervenciones deben vertebrar las actividades prioritarias de los equipos de AP, y no pasa desapercibido que en su mayoría todas ellas coinciden plenamente con intervenciones y actividades propias de la EFyC, que no solo es el profesional sanitario más preparado en cuanto a sus competencias formativas y asistenciales para proporcionar estos cuidados, sino también el más experimentado en atender estas necesidades desde que se fundó la AP, y puede dar respuestas eficientes y coste-efectivas (Miguélez-Chamorro y Ferrer-Arnedo, 2014).

Todos estos cambios, las nuevas líneas estratégicas, el aumento de competencias y roles de las EFyC, requieren sobre todo dotación de recursos humanos (mejorar los ratios enfermera/paciente) y recursos materiales para la gestión de casos (TIC, recursos y posibilidad para gestionarlos, comunicación con servicios hospitalarios, servicios sociales, y otros recursos comunitarios), y todos ellos deben ser ajustados a las necesidades reales de la población, de lo contrario no habrá mejoras sustanciales en la atención. En resumen, se requiere una re-evolución de la AP liderada por enfermeras.

2. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA EN ESPAÑA.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) presenta datos sobre el envejecimiento demográfico y en 2018 hace una proyección de población hasta 2033 en España. El porcentaje de población de 65 años y más, que en 2018 se situaba en el 19,2% del total de la población, pasaría a ser del 25,2% en 2033. De mantenerse las tendencias actuales, la tasa de dependencia se elevaría desde el 54,2% actual hasta el 62,4% en 2033, la población centenaria pasaría de 11.248 personas a 46.366, y la esperanza de vida al nacer alcanzaría los 82'9 años en los hombres y 87'7 en las mujeres. (Fig. 1) (INE, 2018, p.4-9).

Figura1. Pirámides de población de España (años 2018 y 2033).



Fuente: INE, 2018.

Con estos datos no pasa desapercibido que el papel de las enfermeras en los cuidados a la población infantil se reducirá, mientras que a personas cada vez más longevas y más dependientes irá creciendo y tomando más relevancia a lo largo de los años. Y el lugar donde mayoritariamente encontramos a estas personas es en su comunidad, muchos de ellos con dificultades para acceder a la atención sanitaria, siendo en este caso cuando el papel de la EFyC se traslada prioritariamente al ámbito del hogar de cada persona. A pesar de la existencia de centros sociosanitarios, es en sus domicilios donde en su mayor parte habitan estas personas frágiles, con discapacidad y dependencia, y es en sus hogares donde más relevancia adquieren los cuidados de enfermería (SEMAP, 2019).

3. CAMBIOS EN LAS FORMAS DE ENFERMAR.

Según datos de la OMS, las enfermedades crónicas eran la causa del 63% de las muertes a nivel mundial en 2005, con un incesante aumento. Los datos para el 2018 se estimaron en 71%, y desencadenaban ya más del 75% del gasto sanitario público (OMS, 2013, p.3).

“La mayoría de las muertes prematuras son prevenibles si los sistemas de salud responden de forma más efectiva y equitativa a las necesidades de cuidados de la salud de la personas con Enfermedades No Transmisibles (ENT), y si influyen en políticas públicas en sectores ajenos a la salud que tienen influencia sobre factores de riesgo como uso de tabaco, dieta no saludable, inactividad física y uso del alcohol” (OMS, 2013, p.3).

Es necesaria la combinación de intervenciones políticas a nivel poblacional e intervenciones individuales. Es fundamental invertir en una mejor gestión de las ENT, que incluya su detección, cribado y tratamiento, así como el acceso a los cuidados paliativos. Las intervenciones esenciales de gran impacto contra las ENT pueden llevarse a cabo en la AP para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo. Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros posteriormente (Fig.2) (OMS, 2013, p.5).

Figura 2. Objetivos de las políticas sanitarias y de las intervenciones individuales.



Fuente: OMS, 2013.

“Las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.20-21).

La Atención Primaria de Salud es el nivel de atención del Sistema Sanitario donde, en mayor medida, se educa a la población en hábitos saludables. Al ser prioritaria la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, son las EFyC las que deberían tener un papel principal en el cuidado de las personas sanas. Si además, en las consultas de AP se atiende un gran número de personas con enfermedades crónicas, las enfermeras son los profesionales que tienen que ocupar un papel principal en los equipos multidisciplinares en la atención a las necesidades de personas enfermas, con deterioro funcional, en la prevención de complicaciones en la cronicidad y en el soporte al final de la vida, especialmente si desean vivir hasta el final de su trayecto vital en sus hogares.

4. POLITICAS SANITARIAS. ADECUACIÓN A LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS, FORMAS DE ENFERMAR Y NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.

Teniendo en cuenta los cambios sociodemográficos y las nuevas formas de enfermar, podemos darnos cuenta de que el control de las ENT son un reto establecido desde hace tiempo para los sistemas sanitarios de todo el Norte Global, y está empezando a serlo también en los países del Sur Global. Esto convierte la atención a las personas con patologías crónicas en una prioridad para todos los sistemas sanitarios a nivel mundial.

Sin embargo, en una visión a corto plazo, podemos decir que, en general, la organización de los sistemas sanitarios no se está adaptando a los cambios reales ya establecidos, y todavía menos a los que están por llegar, que podemos predecir por la evolución sociodemográfica y de las formas de enfermar de las últimas décadas. En la actualidad están plenamente establecidos los modelos curativos que pueden medir resultados a corto plazo en números, pero que carecen de enfoques preventivos, que obtendrían resultados en salud a largo plazo, muchos de ellos más difíciles de cuantificar.

Aunque la OMS, el Ministerio de Sanidad en España, las organizaciones sanitarias de las Comunidades Autónomas (CCAA), etc., establecen sobre el papel y en multitud de documentos las líneas estratégicas que conllevarían como resultado mejorar la adecuación entre las necesidades de salud y el control de la cronicidad en la población, no se hacen reformas de calado para proveer de contenido y recursos adecuados a la Atención Primaria que apunten en esa dirección (Mármol et al., 2018). Existe un absoluto desfase entre la teoría y la práctica, entre los documentos y la realidad, entre los objetivos y los resultados, entre la gestión de las actividades preventivas frente a los tratamientos, y entre la dotación de recursos de la Atención Hospitalaria (AH) y la Atención Primaria. Aparentemente no se ha tomado conciencia del verdadero problema, o de momento no se ha podido corregir. Si así fuera, desde las organizaciones sanitarias se proporcionarían las condiciones adecuadas para que la AP fuera el soporte del sistema sanitario, y estaría en su base sustentado y apoyado por las EFyC que trabajan con toda la población, sana y enferma, en la comunidad, en contacto real con las peculiaridades de cada barrio, teniendo en cuenta los determinantes sociales que influyen en cada contexto concreto en las necesidades de salud.

La OMS, por ejemplo, describe cambios para adecuar los sistemas sanitarios a las necesidades de la población, y es posible encontrar en todos ellos un papel esencial y destacado que la EFyC puede y debe permitírsele desarrollar (Fig.3) (OMS, 2008, p.XVii).

Figura 3. Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos.



Fuente: OMS, 2008.

Otro ejemplo de líneas estratégicas para el cambio, lo elaboró el Ministerio de Sanidad para su desarrollo en las CCAA. El documento deja clara la necesidad de cambios estructurales y resume todas las ideas importantes diciendo textualmente que “La provisión de servicios ha de estar orientada a garantizar la atención de las necesidades de pacientes y personas cuidadoras de forma integral, equitativa, continuada, segura y eficiente, haciendo hincapié en la prevención de las complicaciones, en la prevención del deterioro funcional, la dependencia, y en la mejora del autocuidado y la calidad de vida de las personas con condiciones crónicas de salud y de las personas de su entorno” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.52).

La forma de trabajo debe situar al paciente y comunidad en el centro de la atención, de forma personalizada y adaptada a las situaciones concretas y complejas, “Resulta necesario promover la realización sistematizada de planes individualizados de atención, como resultado de la valoración integral de las necesidades” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.53).

Podemos decir que hay necesidad de generar cambios en la forma de intervenir con las personas que padecen enfermedades crónicas. “La atención sociosanitaria de la cronicidad requiere un enfoque centrado en la persona, y no en enfermedades. Los modelos deben dar el salto del enfoque segmentado por patologías, a la visión holística e integral, teniendo en cuenta la situación social, psicoafectiva, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto familiar, y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera. Se requiere, por tanto, un cambio de paradigma” (SEMAP, 2013, p.3).

5. LA ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO, Y LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

El propio Ministerio de Sanidad, en su informe Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012), describe con palabras bien escogidas qué es la Atención Primaria, para dar una visión de la importancia de su misión y de la de los profesionales que en ella trabajan, para ello explicita de forma literal:

“La AP es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos. Los profesionales de AP tienen un perfil definido con un campo asistencial específico que se extiende desde el individuo a la familia y la comunidad. El objeto de conocimiento se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrada en el entorno familiar y social. La continuidad en la atención a la salud lleva a estos profesionales a preocuparse por sus pacientes antes de que lleguen a serlo, realizando actividades preventivas, y a permanecer a su lado cuando la medicina curativa ha agotado sus recursos proporcionando cuidados paliativos. Todos los componentes de los equipos de AP deben asumir unos objetivos comunes y establecer entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los diferentes profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.14).

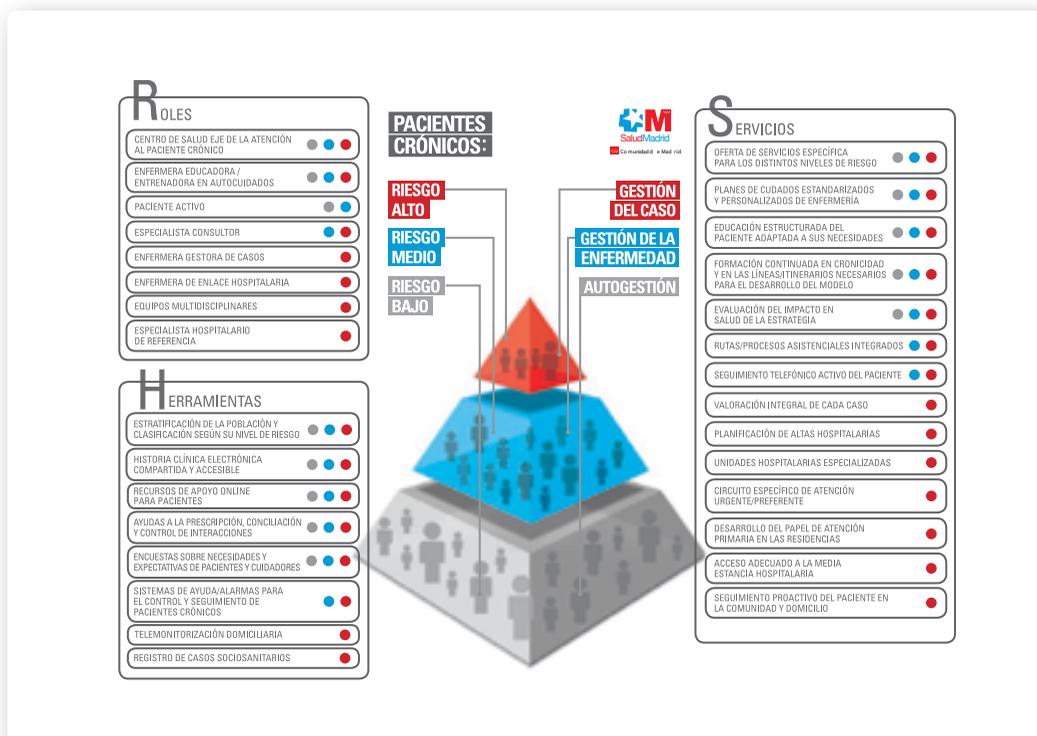
En el mismo documento, el Ministerio de Sanidad hace unas consideraciones generales, básicas y mínimas sobre la AP, y da directrices claras a seguir a las comunidades que gestionan la sanidad sobre la importancia del papel de las EFyC, y la atención en el domicilio como el lugar ideal donde ofrecer cuidados a los pacientes:

“El papel de la enfermería en el apoyo a los autocuidados y en el acompañamiento en el proceso de empoderamiento de las personas es incuestionable, sobre todo por su perfil clínico y de educadores con funciones de preparación y entrenamiento del paciente y las personas cuidadoras. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria han de

coordinar los procesos de atención de las personas que precisan Atención Domiciliaria, es decir, aquellas personas que no pueden acudir a un centro sanitario en demanda de servicios por razones de enfermedad, discapacidad física o psíquica, transitoria o permanente, así como por condicionantes sociofamiliares. El domicilio es el mejor lugar donde este grupo de pacientes puede mantener el control de su cuidado y la permanencia en su entorno mejora su bienestar y calidad de vida. En estos enfermos es importante evitar las hospitalizaciones inadecuadas y los desplazamientos innecesarios a consultas de seguimiento o a servicios de urgencias, salvo en los casos de descompensaciones graves, especialmente en el caso de los pacientes en situación de final de vida” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.14).

El desarrollo de la estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) da lugar en la Comunidad de Madrid (CAM) a la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas. Utiliza la pirámide de Kaiser y en base a ella estratifica la población en diferentes niveles de riesgo según la complejidad de sus procesos de salud-enfermedad. A partir de ahí los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta las necesidades detectadas, tras una valoración integral y centrada en el paciente, asignan un Nivel de Intervención. En cada uno de ellos se llevan a cabo intervenciones dirigidas al autocuidado, la gestión de la enfermedad, o la gestión del caso según sean las necesidades detectadas (Fig.4)

Figura 4. Modelo de atención a pacientes con patologías crónicas en la Comunidad de Madrid.



Fuente: Consejería de Sanidad, 2013, p.93.

La mayor parte de la población se sitúa por debajo de la base de la pirámide, y requiere intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El abordaje que realiza la EFyC a través de la Educación Para la Salud (EPS) tiene como objetivo fomentar el autocuidado en la población.

En la base de la pirámide (nivel de riesgo bajo), se encuentran los pacientes con patología crónica en estadios incipientes, y el objetivo de la EFyC es ralentizar el avance de la enfermedad, y para ello es necesario, además de la EPS, capacitar al paciente para que pueda autogestionar su enfermedad, controlando los factores de riesgo modificables.

En caso de existir un riesgo medio, además de la EPS y fomento de estilos de vida saludables, la EFyC trabaja aspectos como el acompañamiento y el apoyo en el autocuidado de su enfermedad, el objetivo es evitar su progresión, detectar síntomas de alarma sobre los que actuar autogestionando su enfermedad, y ofrecer recursos para la toma de decisiones autónoma, combinado con otros cuidados de enfermería.

Cuando existe un riesgo alto (lo que representa aproximadamente entre el 3-5% de la población), caracterizado por la alta complejidad, comorbilidad, y discapacidad o dependencia, el paciente requiere un nivel de intervención alto, y es en esta situación cuando la EFyC proporciona cuidados de práctica avanzada para dar respuesta a problemas de gran complejidad. Muchos de estos cuidados de enfermería se proporcionan en los hogares de estas personas.

Tengamos en cuenta que esta línea estratégica desarrollada en cada Comunidad Autónoma, derivada de la estrategia nacional de abordaje de la cronicidad, se aplica en el sistema sanitario público y no tiene desarrollo en el privado, al igual que la promoción y prevención, que es una competencia de la EFyC de Atención Primaria del sistema público de salud.

Posterior a la presentación en 2014 de esta estrategia, en los informes de evaluación de la estrategia del abordaje de la cronicidad en el SNS, podemos ver como ejemplo, que la Comunidad de Madrid en su desarrollo y aplicación prioriza 30 elementos clave. En todos los roles y en la mayoría de servicios, el profesional con más peso en la toma de decisiones y quien realiza más intervenciones específicas y propias de su disciplina en el seguimiento del paciente crónico complejo es la EFyC (Fig.5).

Figura 5. Informe de evaluación de la Estrategia de la Cronicidad en la Comunidad de Madrid.

Madrid (Comunidad Autónoma)	
1. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid	
Fecha inicio: 2014	Fecha evaluación: 2016: se han realizado informes de seguimiento. No se ha realizado la evaluación final
<p>Líneas principales: Recoge la definición del modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Se priorizaron las patologías crónicas con mayor impacto en la región, se estableció el itinerario del paciente crónico así como se identificaron los elementos necesarios para atenderle a lo largo de su paso por el SERMAS en base a la estratificación de la población y con intervenciones adaptadas al nivel de riesgo. Se priorizaron 30 elementos clave para desarrollar el itinerario del paciente a aplicar en función del nivel de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 roles: Centro de salud, eje de la atención al paciente crónico; enfermera educadora/entrenadora en autocuidados; paciente activo; especialista consultor; enfermera gestora de casos (AP); enfermera de enlace/continuidad asistencial; equipos multidisciplinares y especialista hospitalario de referencia. • 14 servicios: Oferta de servicios de AP específica para los niveles de riesgo; planes de cuidados estandarizados y personalizados de enfermería; educación estructurada del paciente adaptada a sus necesidades; formación continuada en cronicidad y en las líneas/itinerarios necesarios para el desarrollo del modelo a profesionales; evaluación del impacto en salud de la estrategia; rutas/procesos asistenciales integrados; seguimiento telefónico activo del paciente; valoración integral del caso; planificación de altas hospitalarias; unidades hospitalarias especializadas; circuitos específicos de atención urgente/preferente; desarrollo del papel de AP en las residencias; acceso adecuado a la media estancia hospitalaria; seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y domicilio. • 8 herramientas: estratificación de la población; Historia clínica electrónica compartida y accesible; recursos de apoyo online para pacientes; ayudas a prescripción, conciliación y control de interacciones; encuesta necesidades y expectativas de pacientes y cuidadores; sistema de ayuda/alarmas para control y seguimiento de paciente crónico; telemonitorización domiciliaria y registro de casos sociosanitarios. <p>El desarrollo de estos elementos se articula en 9 líneas de ejecución:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo. 2. Desarrollo de roles profesionales. 3. Desarrollo de la oferta de servicios específica, en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo. 4. Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados: Orientados como rutas asistenciales para las patologías prioritizadas, definiendo las entradas y salidas, aspectos clave, flujogramas e indicadores. Se han desarrollado el Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo, el Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC y el Proceso asistencial integrado del paciente con insuficiencia cardiaca crónica. Informe de evaluación Estrategia Cronicidad. 16 julio 2019 Página 89 5. Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales que persiguen en primer lugar la HCE compartida y accesible y el desarrollo de proyectos como la e-consulta o la receta electrónica. 	

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2019, p.88.

Resulta del todo incoherente que a pesar de los nuevos roles, intervenciones, y carga de trabajo que asume la EFyC, los datos sigan mostrando que *“En España, en 2015, el número de enfermeras por 1000 habitantes era de 5’3, por debajo del promedio de la Unión Europea que se sitúa en 8’4. Había 1’4 enfermeras por médico, mientras que el dato para la Unión Europea era 2’5. En el caso de la AP, donde la enfermera tiene un papel mayor en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y cuidar de los pacientes crónicos y en domicilio el ratio es todavía peor, se sitúa en 0’85 en 2016. (...) La crisis económica ha tenido un impacto relevante en la emigración de enfermeras, entre 2014-2015 más de 2000 enfermeras entrenadas se fueron a trabajar a UK. Según el Consejo de General de Enfermería (CGE) 40000 se jubilarán en 10 años”* (Busse & Zander-jentsch, 2019, p.136-137).

Por su parte, *“La red asistencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con un total de 143.995 médicos y 175.594 enfermeras, siendo éste el colectivo más numeroso, con una razón enfermera/médico de 1,2. Los hospitales emplean un mayor número de profesionales 80.714 médicos y 141.132 enfermeras. La atención primaria cuenta con 35.486 médicos y 29.662 enfermeras. Hay 0’7 médicos por cada 1000 personas asignadas en AP y 0’5 enfermeras”*. (Sanidad & Social, 2018, p.22-23).

Según reflejan todas estas fuentes, en tan solo 3 años, ha habido un descenso considerable en todos los ratios que tienen que ver con las enfermeras, tanto los relacionados con la proporción enfermera/médico, como enfermera/población asignada. Este descenso supone un mayor número de pacientes por enfermera, y por tanto una reducción del tiempo de atención por paciente.

La lógica diría que con la diversidad de nuevos roles y el aumento de complejidad de las intervenciones, las nuevas acciones deberían ir dirigidas a dotar de más enfermeras los centros de salud, pero muy al contrario han aumentado el número de médicos. La Comunidad de Madrid destina a la AP menos que el promedio del resto de comunidades y es de las últimas comunidades en el ratio médicos AP/1000 pacientes asignados y todavía más bajo, siendo la última comunidad de la península, en el ratio enfermeras AP/1000. En la CAM trabajan 3.555 enfermeras y 204 matronas. Sin embargo trabajan 3.897 Médicos de Familia (MF) y 928 pediatras (Consejería Sanidad Madrid, 2019, p.63).

6. ENFERMERA FAMILIAR COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA BREVE CRONOLOGÍA.

En 1977 aparecen las escuelas universitarias de enfermería y desaparecen las escuelas de Ayudantes Técnico Sanitarios (ATS). La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud, celebrada en Alma-Ata en 1978, con el lema “*salud para todos en el año 2000*”, urge a promover y proteger la salud de todos los pueblos del mundo. En el punto VI de su declaración reconoce la AP como “*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. La AP forma parte del SNS, del que constituye la función central y el núcleo principal, representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el SNS, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas*”.

El RD137/1984 de estructuras básicas de salud describe elementos de la AP como las zonas básicas de salud, los centros de salud, y los Equipos de Atención Primaria (EAP). Y la Ley General de Sanidad de 1986 consolida la reforma de la sanidad, reconociendo como prioridad del Sistema Sanitario la promoción y prevención.

Con el RD 992/1987 se regula la obtención del título de Enfermería de salud Comunitaria. Con el RD 450/2005 de 22 de abril queda establecida la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, y en junio de 2010 se aprueba su programa formativo. “*El objetivo era crear una especialidad en Atención Primaria que potenciara el autocuidado, una vida saludable, que promocionara la salud y la atención a la familia y a la comunidad, de modo global y holístico, atendiendo a todos los aspectos de la salud, no solo los individuales, sino también los colectivos y sociales*” (Busse & Zander-jentsch, 2019, p.135).

En la actualidad existen dos vías para el acceso a la especialidad: vía EIR, y vía excepcional, de la que sigue pendiente la realización de la prueba de la competencia desde 2010. Por lo anterior, la mayor parte de las EFyC estamos en la actualidad esperando la posibilidad de obtener el título oficial como especialistas, y la mayoría de las EFyC con título oficial no trabajan en AP por no haberse creado puestos específicos para esta especialidad que les den preferencia para desarrollar sus competencias en el ámbito para el que se han formado durante 2 años como Enfermeras Internas Residentes (EIR). Todo esto tiene como consecuencia una falta de reconocimiento de las competencias propias de la especialidad de las EFyC, al igual que se reconoce a los Médicos de Familia cuando finalizan su formación MIR.

Según indicadores recogidos en las memorias anuales de actividad de la Gerencia de AP, el 55% de la población conoce a su enfermera de AP. Las encuestas de satisfacción muestran que las enfermeras son los profesionales mejor valorados y por los que los ciudadanos más ejercen el derecho a la libre elección (Consejería Sanidad Madrid, 2019, p.12-13). Todo ello denota que las enfermeras son valoradas por la población que las conoce, y aunque la visibilidad social en general todavía es escasa y no toda la población conoce lo que su EFyC puede ofrecerle para mejorar su salud, las personas que han sido tratadas en algún momento por su enfermera valoran su trabajo, saben quién es, qué hace, dónde y cómo encontrarla, así como lo que pueden aportarles en función de sus necesidades. Además el porcentaje de pacientes que conocen a su enfermera y el trabajo que realiza son precisamente los que más necesitan de sus cuidados, mientras que el resto de la población que requiere niveles de intervención bajos, con gran capacidad de autocuidado son los que menos las conocen.

FORTALEZAS DE LAS EFyC.

Las enfermeras tenemos unas ventajas naturales propias de la disciplina, tenemos unas capacidades distintas relacionadas con saber cuidar en todos los aspectos de la persona que podamos imaginar, y también tenemos unos recursos superiores que otros colectivos para apoyar a los pacientes en sus tomas de decisiones, que tienen que ver sobre todo con las habilidades comunicativas, la capacidad de escucha, la empatía, la creatividad en la solución de problemas, y la atención a la parte más psico-socio-espiritual que es más difícil de abordar.

Tanto por nuestra formación, como por basar todas nuestras intervenciones en el soporte, apoyo y acompañamiento a las personas y familias en todos los momentos de su continuo de vida, desde que nacen hasta que fallecen, estamos presentes en los momentos más difíciles de toda trayectoria vital.

Somos un colectivo de profesionales sanitarios numeroso, con una amplia experiencia en el tratamiento de diversas situaciones complejas, donde sabemos acompañar y mantener la presencia, y todo ello con una metodología científica y un lenguaje propio que adaptamos

perfectamente a las necesidades de comprensión de la población y de otros profesionales del equipo.

Tenemos roles autónomos, específicos y especializados que nadie más sabe desarrollar y que, como hemos visto anteriormente, las líneas estratégicas del sistema sanitario han puesto en manos de las enfermeras, como el rol de la Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA), Enfermera Gestora de Casos (EGC), Enfermera Educadora/Entrenadora en Autocuidados (Mármol et al., 2018).

Las enfermeras, tras sus estudios universitarios de grado, están sobradamente formadas, se han introducido en la investigación al más alto nivel (algunas de ellas son doctoras), generando evidencia científica con intervenciones que han demostrado su efectividad en la resolución de problemas y la provisión de cuidados.

OPORTUNIDADES PARA LAS EFyC.

Como hemos visto, los cambios demográficos, especialmente el envejecimiento de la población, nos van a permitir demostrar que las enfermeras sabemos, queremos, y podemos prevenir las complicaciones en pacientes vulnerables.

La carencia de otros profesionales puede permitirnos demostrar que las enfermeras somos los profesionales más coste-eficientes en la prevención y seguimiento de las enfermedades crónicas complejas. Esto, indudablemente contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario público.

La delegación de competencias es una forma de incrementar la productividad. La sustitución de médicos por enfermeras se viene realizando en países anglófonos, su aplicación puede demorarse por la resistencia de los profesionales y la necesidad de modificar la legislación (OMS, 2006, p.75).

Tenemos también la oportunidad de sumarnos a la campaña mundial de la OMS “Nursing Now” (NN), que pretende dar visibilidad a las enfermeras, y designa 2020 como “*el año de las enfermeras y matronas*”, por ello, en cualquier documento de la OMS que consultemos hoy en su web podemos encontrar el logotipo destinado a la promoción del trabajo de las enfermeras y su importancia en la sanidad actual. Algunas de las noticias llamativas que puede encontrar cualquier lector interesado en las recomendaciones de la OMS, es que las enfermeras son “*absolutamente imprescindibles*”, hay un grave déficit, y para el año 2030 se necesitaría que aumentara su número en 9.000.0000 de enfermeras y matronas.

En España las enfermeras están desarrollando gran cantidad de actividades, como reuniones, jornadas, eventos en medios de comunicación, videos y sesiones para profesionales y población general. Y además, están demostrando la implicación a nivel del fomento de la

salud comunitaria y del potencial de desarrollo como colectivo, asumiendo los objetivos de esta campaña NN:

1. Mayor inversión en la mejora de la educación, en el desarrollo profesional y para las condiciones de empleo de los profesionales de Enfermería.
2. Mayor y mejor difusión de las innovaciones en Enfermería.
3. Mayor influencia de las enfermeras y matronas en las políticas de salud mundial y nacional, siendo protagonistas en la toma de decisiones.
4. Más enfermeras en posiciones de liderazgo y más oportunidades para su desarrollo en todos los niveles.
5. Promover que las enfermeras alcancen todo su potencial, además de abordar los obstáculos que impiden que eso suceda.

DEBILIDADES DE LA EFyC.

Hemos de reconocer que también existen resistencias al cambio, no solo en las enfermeras, sino también en los equipos. Siempre los cambios exigen adaptación, y esto resulta más difícil en instituciones más rígidas, con personal acostumbrado a las rutinas y escasos retos. Además, asumir más responsabilidades genera miedo, y la tradición elimina la creatividad y la necesidad de cambio.

Pero existen formas de suplir estas dificultades con formación y motivación. Sería muy importante también que como integrantes de los equipos, se nos dejara avanzar sin poner frenos innecesarios para desarrollar lo que sabemos hacer. Esencial para ello es *“definir los puestos de trabajo y las competencias de cada miembro del equipo multidisciplinar, para impulsar el trabajo en equipo y el respeto entre disciplinas sanitarias”* (Miguélez-Chamorro & Ferrer-Arnedo, 2014, p.5).

AMENAZAS PARA LA EFyC.

Los obstáculos externos a los que nos enfrentamos son numerosos, algunos de ellos ya nombrados, como el número de profesionales y los ratios inadecuados a las necesidades de la población.

La escasa visibilidad por falta de protagonismo en el Sistema Sanitario es una herencia de décadas, en las que se ha considerado a las enfermeras supeditadas a las órdenes médicas, sin la posibilidad para tomar decisiones autónomas y realizando tareas delegadas (practicante o ATS). La práctica ausencia de enfermeras en puestos directivos y de responsabilidad es otro de los factores que contribuyen a la falta de consideración de la valía de las enfermeras a nivel de la gestión de los centros sanitarios y la planificación sanitaria, y ponen de manifiesto una clara ausencia de apoyo institucional.

Prueba de todo ello es la normativa legal en dos sentidos: Impidiendo el liderazgo institucional, que no permite a las enfermeras ser directoras de los EAP, y por otro lado quitándonos la posibilidad de prescribir productos que la enfermera utiliza en el ámbito de sus competencias para atender las necesidades de sus pacientes de una forma autónoma y sin necesidad de recurrir a otros profesionales para que autoricen lo que la enfermera sabe hacer. Todo ello genera una dependencia funcional porque menosprecia el potencial de liderazgo, dejando solo un papel secundario a las enfermeras en relación a los profesionales médicos, y en el trato a los pacientes para finalizar los procesos de atención que requieren la prescripción de un producto sanitario.

Pero no solo la normativa impide funciones a las enfermeras, sino que también se han eliminado algunas de las competencias asignadas en el pasado, como la Valoración de la Dependencia, cuya responsabilidad fue traspasada de las enfermeras a los médicos, debilitando así las funciones que se ejercían anteriormente, sin una justificación adecuada, cuando la valoración del estado funcional es realizada habitualmente por las enfermeras.

Otro problema que urge abordar y solucionar es la falta de desarrollo de la especialidad de EFyC. No se promociona que las especialistas ocupen puestos de trabajo específicos para los que se han formado, se contratan en AP enfermeras con una importante formación y gran experiencia en el ámbito hospitalario, pero sin competencias específicas y experiencia para trabajar en AP. Y además, como se expuso anteriormente, todavía está pendiente la acreditación de las especialistas por vía excepcional después de una década de espera. Podemos decir que en la actualidad, cualquier enfermera sin formación específica en Atención Primaria puede estar trabajando en este ámbito sin reunir las competencias que se requieren para el nivel de especialización y complejidad de las intervenciones que se realizan, especialmente en las que tienen que ver con las intervenciones en la comunidad y la atención en el hogar, esto podría suponer una inequidad en la provisión de servicios a los ciudadanos.

Añadido a todo esto sufrimos la presión de otros profesionales que intentan asumir intervenciones específicas del campo competencial de las enfermeras, como por ejemplo las intervenciones comunitarias y la EPS, a la vez que deciden asignarnos tareas que consideran que pueden aliviar su carga de trabajo, como la gestión de la demanda sin cita. También hay numerosas reclamaciones por intrusismo por parte de nuestros colegios profesionales, relacionadas con la pretensión de las farmacias de introducirse en los domicilios para controlar los botiquines de los pacientes. El concepto y la gestión del autocuidado, que es la base del modelo generado por Dorothea Orem, una de las teóricas de la enfermería actual, también está siendo utilizado de forma inapropiada por otros profesionales de la comunicación, no llegando a considerar la complejidad del modelo y por tanto tergiversando sus principios.

La medición de algunas intervenciones, como la atención en domicilio se mide en número y no en la calidad de las actividades, este es otro de los grandes problemas a los que nos

enfrentamos diariamente. Siendo el servicio que en mayor medida nos reconoce la población más vulnerable, no se valora institucionalmente de forma adecuada ni se evalúa con indicadores que muestren realmente la labor que se realiza en los hogares de las personas con necesidad de cuidados complejos en el contexto en el que viven.

“Para que la enfermera pueda dar respuestas eficientes y coste-efectivas a las necesidades de salud de las personas dependientes y/o con enfermedades crónicas, es necesario analizar y corregir los factores que limitan el crecimiento profesional y la oferta de una cartera de servicios enfermeros” (Miguélez-Chamorro & Ferrer-Arnedo, 2014, p.1).

7. LA ATENCIÓN EN EL HOGAR DE LAS PERSONAS, EL VALOR AÑADIDO DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

“Los cambios organizativos en el sistema sanitario, como son el incremento de la atención ambulatoria y domiciliaria, y las nuevas estrategias de cuidados deben ser tenidos en cuenta en la planificación de los recursos humanos” (Ministerio de Sanidad, 2010, p.7).

Llevábamos muchos años centrándonos en la asistencia en consulta y menos en el domicilio. Se había perdido parte de la esencia original con la que se inició la AP y que era necesario retomar para mejorar y acercar la salud y el sistema sanitario a la población. Somos más conscientes que nunca de que los pacientes en fase de cronicidad avanzada, especialmente en las últimas etapas de la vida, necesitan que las enfermeras intervengamos en sus domicilios y trabajemos en conjunto con sus familias y personas que les cuidan para mejorar su autonomía y permanecer en sus hogares si es lo que desean.

Es en este ámbito donde tenemos una de las grandes oportunidades de liderazgo en los equipos para seguir avanzando hacia unos cuidados de calidad, que como hemos visto, todas las estrategias de mejora de la sanidad nos reconocen, aunque en la realidad queda mucho por trabajar por parte de los gestores y también por parte de las enfermeras.

Es preciso definir nuestro papel, optimizar tiempos, mejorar los recursos, aumentar la responsabilidad, la autonomía, modificar la organización, y la forma de ofrecer los cuidados en el domicilio. Para ello es esencial la proactividad, adelantarse a las complicaciones que puedan surgir, y tener en cuenta que el criterio que guía a la EFyC para acudir al hogar de los pacientes no atiende exclusivamente a problemas de movilidad o desplazamiento sino a prevenir, controlar y modificar todos los factores que previenen riesgos que harían perder autonomía y aumentarían la complejidad de las enfermedades ya existentes.

Se están desarrollando y ampliando algunos conceptos que usan frecuentemente las EFyC en los cuidados que proporcionan a la población, como son: gestión de casos, soledad,

propósito de vida, envejecimiento saludable, autocuidados, planificación anticipada de decisiones, capacidad funcional, escalera a la dependencia, que incluye la fragilidad, la discapacidad, y la dependencia, etc. Otros conceptos están cambiando, ahora usamos hogar en lugar de domicilio, atención domiciliaria en lugar de visita domiciliaria, y atención centrada en el paciente, familias y personas cuidadoras, en lugar de atención centrada en el paciente (SEMAP, 2019).

Las enfermeras proporcionamos cuidados en el hogar de los pacientes y realizamos intervenciones adecuadas a la patología crónica compleja, fragilidad, discapacidad, dependencia y en situaciones del final de vida (SEMAP, 2019).

Utilizamos todos los medios, incluidas las nuevas tecnologías, para establecer relaciones terapéuticas entre los pacientes y las familias e ir a los domicilios de forma proactiva. Las EFyC tenemos el privilegio de permanecer junto a todos ellos durante todo su proceso de salud-enfermedad, desde la prevención, pasando por la enfermedad crónica, reagudizaciones, discapacidad y fallecimiento, siendo un referente para las familias.

Por ello, cada día las enfermeras trabajamos más en la prevención de la discapacidad y la dependencia, tratando la vulnerabilidad y la fragilidad a tiempo de realizar correcciones y así ajustar la capacidad intrínseca a las demandas del medio en que habitan.

Son muy numerosas las intervenciones que realizamos las EFyC en los hogares, las más importantes son valoraciones integrales por patrones funcionales o aspectos esenciales de la salud y calidad de vida que afectan a la persona, con el fin de detectar problemas sobre los que intervenir e iniciar actividades correctoras que impidan dar saltos cualitativos en el deterioro de la capacidad funcional. Tras ello, las intervenciones se dirigen a retrasar el paso de la autonomía a la fragilidad, después a la discapacidad, y por último a la dependencia. Se trata de retrasar al máximo, que no ocurran, o que si lo hacen sean al final de la vida, las situaciones de dependencia y pérdida de autonomía (SEMAP 2019).

Para concretar más las actividades que realiza la EFyC cada vez que atiende a un paciente en su hogar, enumeramos las prioritarias: cribado de fragilidad (detección de la vulnerabilidad unida a la edad), detección del riesgo de caídas, prevención de caídas y accidentes, pautas de ejercicio físico multicomponente. Promoción de hábitos y estilo de vida saludables. Valoración de los riesgos en el hogar, situación de la vivienda y sugerencia de adaptaciones funcionales, detección de necesidades para mantenerse viviendo en el domicilio, posibilidades de ayuda por parte de familia y personas cuidadoras, revisión de botiquines y medicación. Detección del deterioro del autocuidado, de la memoria, de la deglución, valoración de la autogestión de los cuidados. Facilitar una muerte confortable al final de la vida. Pero sin duda, una de las más importantes es la valoración y facilitación de recursos en situaciones de soledad, así como la detección del sufrimiento espiritual, la desesperanza, y el riesgo de suicidio.

8. CONCLUSIONES.

Se requiere una reestructuración y un cambio valiente y decidido, que dé un giro al rumbo de la AP, que ponga en el centro al paciente, sus familias y a las personas cuidadoras (OMS, 2008, p.XViii-XX). Para ello es una premisa colocar a las enfermeras como el profesional de referencia para la atención del paciente en AP, que la enfermera ofrezca cuidados de práctica avanzada adecuados a los pacientes con necesidades complejas y evitar la fragmentación del cuidado en cuanto a edad, y en cuanto a procesos y transiciones de unas áreas sanitarias a otras. Sabemos que las intervenciones enfermeras a potenciar por tener mayor impacto en la estrategia de atención a la cronicidad en España son la gestión de casos y la práctica avanzada (50%), los programas de atención domiciliaria desde Atención Primaria (41,7%) y la telemonitorización (8,3%) (Mármol et al., 2018).

Uniendo la evidencia y la experiencia podemos concluir que no se pretende una lucha de poder entre colectivos profesionales, ni tratar de quitar terreno a otras disciplinas, todo lo contrario, las EFyC queremos formar parte visible de los Equipos de Atención Primaria y colocar a cada profesional en el lugar donde mejor encaja según sus competencias. En la actualidad todas las disciplinas juntas tendrían que tratar de des-medicalizar y reestructurar el sistema para que sea ajustado a las necesidades de los pacientes, de los profesionales, y que contribuya a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.

Las EFyC tienen un amplio campo de trabajo para desarrollar el objetivo 8, 9 y 11 de la estrategia de cronicidad del SNS que podemos resumir en: Garantizar la atención por los profesionales que mejor puedan responder a las necesidades (dotar la AP de recursos, desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mantener a las personas en su entorno de forma segura, potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos, autocuidados y GC). Garantizar la continuidad de cuidados evitando duplicidades y coordinando niveles asistenciales. Que las intervenciones sean adecuadas a las necesidades (planes individualizados de atención y gestión de casos). (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

Todas las estrategias de salud actuales que siguen las directrices de las OMS indican que las enfermeras podemos estar en puestos de liderazgo institucional, sabiendo que las enfermeras también pueden dirigir equipos e influir en las políticas sanitarias (Miguélez-Chamorro & Ferrer-Arnado, 2014), y se nos debe permitir hacerlo porque sabemos, podemos, queremos, y somos impulsoras de muchos cambios necesarios que pueden hacer que el sistema sanitario sea público, universal, accesible, y que se preste con equidad a toda la población.

9. BIBLIOGRAFÍA.

Busse, R., & Zander-jentsch, B. (2019). Health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. *World Health Organisation*, 85–94.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2013). Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2019). Memoria anual de actividad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, año 2018.

Corona, L.J.L., Maldonado, J.J.F. (2018). Qualitative Research: Emic-Etic Approach. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, 37(4):1-4.

INE, E., Superior, C., Cient, I., Demogr, E., & Social, S. (2018). Proyecciones de población 2018. Retrieved from https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

Mármol-López, M. I., Miguel-Montoya, I., Montejano-Lozoya, R., Escribano-Pérez, A., Gea-Caballero, V., & Ruiz-Hontangas, A. (2018). Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, 92.

Miguélez-Chamorro, A., & Ferrer-Arnedo, C. (2014). La enfermera familiar y comunitaria: Referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería Clínica*, 24(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.002>

Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2019). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación, 94.

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2010). Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta Necesidad (2010-2025).

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. *Boletín Oficial Del Estado*, 80. <https://doi.org/NIPO:680-12-062-1>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Colaboremos por la salud, 28–30. Retrieved from https://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo. La atención

Organización Mundial de la Salud. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. *World Health Organization*, 102. <https://doi.org/9789241506236>

Sanidad, M. D. E., & Social, C. Y. B. (2018). Informes, estudios e investigación 2018 ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.

SEMAP (2013). El papel de la Enfermera Familiar y Comunitaria en la cronicidad.

SEMAP (2019). Atención integral en el hogar. Más allá de la visita domiciliaria. ISBN: 978-84-09-12136-6.

EXPERIENCIA DE LA CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES DENTRO DE UN HOSPITAL DE MADRID: EL APOYO AL CUIDADOR DESDE EL ROL ENFERMERA COMO ENTRENADORA.

CARMEN FERRER ARNEDO

Enfermera. Jefe de Servicio de Atención al Paciente. Coordinadora de la Escuela de Pacientes Vulnerables y Personas Cuidadoras del Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.
crmnferrer@gmail.com

PALOMA CALLEJA TOLEDANO

Enfermera. Técnico de Gestión del Servicio de Admisión. Hospital de Guadarrama.

ZAIRA VILLA BENAYAS

Enfermera. Entrenadora en la Escuela de Cuidadores del Hospital Guadarrama y en la Escuela de Pacientes Vulnerables y Personas Cuidadoras del Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.

ROSA SALAZAR GUERRA

Gerente del Hospital de Guadarrama.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, entrenamiento en autocuidado, escuela de cuidadores.

RESUMEN

Los hospitales pueden ser un lugar ideal para capacitar a las personas con dependencia y a sus cuidadores. Se trata de entornos seguros donde realizar entrenamiento de habilidades de autocuidado, y donde el periodo de ingreso se convierte en una oportunidad para aprender de la mano de las enfermeras, que por sus competencias, pueden capacitar entrenando en autocuidado y con la metodología adecuada a los cuidadores. Con este marco se diseñó una intervención orientada a los cuidadores en un hospital de media y larga estancia, como lo era el Hospital Guadarrama en la Comunidad de Madrid, y se creó “La Escuela de Cuidadores”. Se diseñó como un servicio del hospital para entrenamiento presencial individual y personalizado para los familiares de los pacientes durante el ingreso y con el apoyo de una escuela virtual. Se presenta el estudio, unos años después, junto con algunos de los resultados desde su puesta en marcha y la utilidad del entrenamiento proporcionado por las enfermeras entrenadoras para los cuidadores. A su vez, se presentan las dificultades con las que este proyecto se encontró desde su diseño, con el fin de que sirva de aprendizaje para futuros proyectos de intervención en capacitación con entrenamiento enfermero.

KEYWORDS

Nursery, self-care training, caregivers school.

ABSTRACT

Hospitals can be an ideal place to train people with dependency and their caregivers. These are safe environments where self-care skills training can be carried out, and where the period of admission becomes an opportunity to learn from the hand of nurses, who, due to their skills, can train the caregivers in self-care skills with the appropriate methodology. With this framework, an intervention was designed for caregivers in a medium and long stay hospital such as the Guadarrama Hospital in the Community of Madrid and “The School of Caregivers” was created. It was designed as a service of the hospital for individual and personalized training of the relatives during the admission and with the support of a virtual school.

The study is presented a few years later along with some of the results obtained, since its beginning and the usefulness for caregivers of the care training provided by the nurse trainers. At the same time, the difficulties that this project encountered since its design are presented, so that it can serve as a learning experience for future intervention projects in nursing training.

1. INTRODUCCIÓN.

Las necesidades de la población en materia de salud se están modificando y en consecuencia es preciso innovar en la manera de abordar los problemas de salud, diseñando intervenciones que afectarán seguramente a los roles que pueden asumir los diferentes profesionales sanitarios.

En el siglo XXI existe un nuevo paradigma que está asentado en la transformación epidemiológica y demográfica, y que viene determinado por el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, nuevos problemas que afectan a la salud pública, y desde luego, se hace necesario rediseñar los servicios con un enfoque centrado en los pacientes (OMS, 2016). El objetivo que se busca es conseguir que las personas se impliquen más en el proceso de resolución de problemas de salud, participen y se conviertan en pacientes activos. Este enfoque afecta no solo a las personas de manera individual, sino que cuando estas son dependientes también afecta a los cuidadores, que son allegados o familiares de los pacientes (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Ya en el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe anual planteó algunos de los condicionantes a tener en cuenta para cambiar las Organizaciones Sanitarias. Entre estos estaba la afirmación de que “la circunstancia de la comorbilidad, están haciéndose replantear servicios de una orientación más integral, y otras maneras de abordar las soluciones de los problemas de salud”, y desde entonces aparecen con fuerza términos como el del autocuidado, la autogestión, la continuidad asistencial, el empoderamiento o la reorientación de los servicios para atender la salud (OMS, 2005).

Se han definido algunas estrategias básicas desde el Sistema Nacional de Salud español en esta línea, donde se plantean reorganizar el abordaje de los problemas y concretamente en la definición de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012) donde aparecen las propuestas de la OMS y se diseñan líneas que marcarán el futuro de la transformación del sistema de provisión: aparecen las Escuelas de Pacientes, la figura de la enfermera entrenadora, la gestión de casos o los sistemas de información integrados; estrategias encaminadas a transformar el sistema de prestación de servicios.

Trabajar en la atención centrada en el paciente, es una de las claves del cambio, supone desarrollar líneas potenciando las capacidades de las personas, herramientas de comunicación eficaces (Mezzich et al., 2014). Así mismo se habla de corresponsabilidad, de cooperación con los enfermos y sus representantes, de trabajar más en cooperación con otros dispensadores y con las comunidades.

Se propone mejorar la calidad, adecuando los indicadores de resultados para que contemplen la participación en la toma de decisiones, promover una asistencia personalizada es una

manera efectiva para reconocer, respetar y valorar la especificidad de las necesidades de cada paciente. Sin embargo, si los pacientes participan en las decisiones, deben hacerlo de manera correcta. Esto quiere decir que deben desarrollar la habilidad de buscar información, evaluar su calidad y credibilidad y saber qué destrezas y capacidades se requieren para trabajar en el sector sanitario. A su vez, se habla de los modelos de cuidados, de la necesidad de adaptación a los cambios, y de la incorporación de propuestas para ir desarrollando innovación organizativa. (Rodríguez, 2013, p. 2)

Se tiene en cuenta la importancia del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), y del valor de la usabilidad de las redes sociales que es imprescindible incorporar de la perspectiva de salud pública como prestación de atención de salud dirigida a la población (European Commission, 2011).

Contexto demográfico

Esta propuesta tiene que ver también con la transición poblacional que se hace visible cuando se ven los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), según se presenta en la tabla 1 de datos “Hogares según su composición - Año 2019 “. Según datos proporcionados por el INE en la Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2010-2020, el grupo de edad de mayores de 64 años, será el que mostrará un incremento más notable, alcanzando el 19,2% de la población total en el 2020 y más de un 30% en el 2050 (INE, 2010).

Tabla 1: Hogares según su composición - Año 2019.

	VALOR	VARIACIÓN ANUAL
Total de hogares	18.625.700	0,5
Tamaño medio del hogar	2,5	0,0
Persona sola menor de 65 años	2.784.500	3,3
Persona sola de 65 años o más	2.009.100	-1,4
Pareja sin hijos	3.937.200	0,6
Pareja con hijos	6.219.000	-1,3
Madre o padre con hijos	1.887.500	0,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2019.

Según los resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia que se realizó en 2008, la esperanza de vida libre de discapacidad al nacimiento en el año 2008 sería de 71,3 años para los varones y de 73,8 años para las mujeres (INE, 2008). Y en este estudio, que es el único que hemos encontrado de estas características, también se habla de las personas que prestaban los cuidados personales a personas con discapacidad, eran mujeres de entre 45 y 65 años en el propio hogar. Siendo mujeres tres de cada cuatro cuidadores.

En 2019, tal y como se ve en la tabla 1, los hogares donde tradicionalmente se provee cuidado a las personas tenían 2,5 personas por familia y existen 2 millones de personas de más de 65 años viviendo solas y, por tanto, con potencialidad en dependencia y necesidades que deberían de ser cubiertas de una manera eficaz por otras estructuras.

En España, el 45,4% de las personas mayores perciben su salud como buena. Por tanto, un 55% padece algún problema de salud, en su mayoría, problemas crónicos que suponen dificultades y cambios en las necesidades de cuidados (INE, 2017).

El envejecimiento también se traduce en una disminución de la capacidad funcional del individuo que, si bien no implica intrínsecamente enfermedad, sí que implica una mayor vulnerabilidad al cambio y a entornos desfavorables y dificultades en la provisión de autocuidado. Así pues, hogares con miembros dependientes o solos, deberían intentar mejorar desde todos los posibles enfoques, la capacidad de cuidado y de autocuidado.

Por tanto, se hace necesario pensar en qué aspectos es preciso reforzar y cambiar para ser capaces de cubrir la necesidad de promover el autocuidado de la persona y de su entorno, adquiriendo en este punto un valor primordial la figura del cuidador o persona cuidadora (Sánchez-Martin, 2014).

La mayoría de las personas mayores, el 89,2% según el INE en la Encuesta de Condiciones de Vida de 2017, vive en su propia casa. La situación de los cuidados se da en el hogar y la ejercen mujeres de entre 45-65 años que aportan más del 48,4% del cuidado de los otros. Si bien aparece una nueva tendencia, hombres mayores que cuidan en proporción creciente, hasta 13,6% (INE, 2017).

Necesidades de cuidado

En España, uno de cada diez españoles presta algún tipo de necesidad de cuidado. El 80% de los cuidadores no son profesionales, las mujeres son quienes proporcionan la mayor parte del cuidado familiar. Se tratan de mujeres que tienen una edad media de 53 años, experimentan mayor morbilidad y están más expuestas a tener discapacidades. El 75% de estas personas cuidadoras tienen, además, a su cargo a niños, y siete de cada diez dedican más 20 horas a la semana al cuidado de una persona mayor (Abellán et al., 2019; INE, 2017).

Otro dato de interés es tener en cuenta que la presencia de los cuidadores y la manera en que prestan el cuidado en la casa, afecta a la percepción calidad de vida de las personas frágiles. Para estas personas, contar con el apoyo de una persona cuidadora informal o familiar, que asume el cuidado del paciente, es la opción óptima de calidad de vida, el hecho de permanecer en casa con cuidados seguros, se convierte en una situación deseada, es decir, como en casa no se está en ninguna parte. En definitiva, la permanencia en el domicilio se considera calidad de vida (De la Cuesta Benjumea, 2011).

Siendo esta una percepción muy positiva, no se puede olvidar lo que algunos estudios ya clásicos (Bover et al., 2003; Prieto & Torres, 2008) describen sobre cómo el cuidado de otra persona tiene repercusiones emocionales, psíquicas y físicas sobre las personas cuidadoras; como por ejemplo, la presencia de ansiedad y depresión, sobrecarga o cansancio en el desempeño del rol de cuidador, dolores musculares relacionados con el esfuerzo, percepción negativa de su estado de salud, y en general una pérdida de la calidad de vida que se transmite al grupo familiar.

Por tanto, parece importante mirar a los cuidadores de las personas mayores dependientes y frágiles como receptores de servicios dado que sus necesidades cambian y su papel también ante situaciones nuevas de complejidad del cuidado en el hogar de personas con niveles mayores de dependencia funcional.

El cuidado en casa de un familiar es una actividad intensa. En Inglaterra, existen evidencias estadísticas que señalan que un millón y medio de cuidadores proporcionan un promedio de 20 horas de cuidados a la semana y un millón le dedican más de 36 horas (Del Mar García et al., 2004; Gómez Redondo et al., 2018).

Los cuidadores van a requerir sin duda de mejores herramientas para proporcionar cuidados seguros al otro, y herramientas que les ayuden a cuidar bien de los suyos en su casa y a desarrollar estrategias personales de autocuidado, para no enfermar por asumir el ejercicio de este rol de cuidador y para aprender qué hacer para no claudicar al encontrarse en situaciones límite cuidando de los suyos (Morales-Asencio, 2014).

Tiene especial relevancia reconocer la carga de trabajo que sufren las personas cuidadoras principales, llamadas también informales o familiares, y las repercusiones que el cuidar de otro de manera solidaria y generosa tiene sobre su salud y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales.

Hay que tener en cuenta estos aspectos cuando se realicen nuevos diseños de servicios de ayuda o apoyo al cuidador desde las diferentes entidades y estructuras o sistemas, y que tienen que ver con generar posibilidades de respiro, y estrategias innovadoras de cuidar al cuidador (De la Cuesta Benjumea, 2011).

Según la Red Europea del Envejecimiento de las personas con necesidad de apoyo, en su publicación acerca de “Los cuidados de larga duración en Europa 2030”, un 32,8% recibe prestación económica para cuidadores, el 41,6% recibe ayuda a domicilio y un 25,8% opta por una atención residencial (Red Europea sobre el Envejecimiento, 2019).

Así pues, parece importante evaluar cómo es la cobertura para dotar a los cuidadores familiares de herramientas útiles y responder a necesidades emergentes de las personas dependientes, y por otro lado, reenfocar hacia la mejora la colaboración y la coordinación entre servicios sociales y sanitarios, donde el papel de las enfermeras y los trabajadores sociales, es esencial a la vista del volumen de personas dependientes que viven en su domicilio, y de las necesidades sanitarias complejas de cuidados enfermeros que presentan las personas y de la necesidad de apoyo social que requiere el grupo de personas con dependencia (Sánchez Martín, 2014; SEMAP,2019).

Tal y como se ha señalado en diferentes ocasiones, además de la necesidad de coordinación entre diferentes ámbitos, es preciso no olvidar la necesidad de que los servicios de atención primaria estén mejor sintonizados con las necesidades de las personas dependientes. También es necesaria esa sintonización de los servicios en la atención integral para sus cuidadores, a los que a veces no se les presta un adecuado apoyo en sus necesidades, ni en la prevención de la claudicación (De la Fuente et al., 2012).

Las personas cuidadas por cuidadores informales no competentes para desarrollar esta actividad, trae consecuencias sobre la salud de la persona cuidada. Algunos estudios presentan que en ocasiones no se recibían cuidados adecuados, presentándose una elevada prevalencia de pacientes desnutridos (20%), y en riesgo de desnutrición (52,4%), y un 49% de pacientes con alteraciones psicológicas (ansiedad o depresión), o algún grado de deterioro cognitivo (Servicio Andaluz de Salud, 2004).

Existe una realidad que mira al futuro, personas dependientes en casa, que requieren ser cuidadas por sus cuidadores informales o familiares competentes. Cada vez es más preciso tener en cuenta que los cuidados que requieren las personas dependientes son cada vez más complejos y que se requiere de un entrenamiento para que se realicen correctamente en casa, y así el paciente pueda permanecer en su domicilio de manera segura. El entrenamiento en estos cuidados debería de recibirse del profesional de los mismos, que es la enfermera, quien va a determinar la línea entre los que son cuidados cotidianos y los que requieren de la intervención profesional o de su supervisión.

Según el estudio realizado en la Comunidad de Madrid dentro de la estrategia de Atención a los Pacientes Crónicos y las aportaciones de la Dra. De la Cuesta Benjumea, se destaca que cuidar a un familiar en casa es una actividad tan común y natural en la vida familiar que puede llegar a pasar inadvertida, tanto que a veces no se conoce dónde está el límite entre lo profesional y lo informal (De la Cuesta Benjumea, 2009; SEMAS,2012).

Los cuidadores, en el estudio del Servicio Madrileño de Salud (2012), piden que se delimiten bien sus tareas, definiendo las competencias de las enfermeras y las suyas. Como consecuencia, quedaría claro que solo pueden ejercer una función de apoyo y acompañamiento al paciente, pero necesitan la acción de la enfermera domiciliaria, que les enseñe y aporte el conocimiento científico, y la validez a todos los actos del cuidar que se desarrollan en domicilio.

Además de garantizar con su presencia la continuidad de los cuidados y mejoras en la calidad de vida del paciente y cuidador, disminuyéndose la carga que supone el cuidado (Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 2013; European Commission, 2011).

La pregunta será pues, ¿Cómo se puede ayudar a los cuidadores para que desarrollen habilidades y actitudes de cuidado y autocuidado, si su tiempo es limitado, ya que al cuidar de otra persona en ocasiones les absorbe?

Si bien es cierto que existe información y formación on-line para los cuidadores, emitida desde muchos ámbitos, ante nuevas situaciones de enfermedad los cuidadores necesitan sentirse seguros de lo que hacen, saber que sabrán cuidar de su familiar en una nueva circunstancia de salud.

Sentir que están supervisados por un profesional les da seguridad, ya que pueden ser formados y entrenados por profesionales del cuidado como son las enfermeras y enfermeros en un entorno seguro como es un hospital. Por ello se propone la puesta en marcha de una Escuela de Cuidadores en el Hospital Guadarrama y que vio la luz a finales del año 2011 para su pilotaje.

Esta propuesta de una Escuela de Cuidadores aparece como una oportunidad que se debería de poner en valor como servicio hospitalario propio y que se apoya en el desarrollo de cualquier estrategia de humanización porque consiste en empoderar y capacitar a cuidadores para que cuiden de manera segura en casa en el momento del alta.

En un modelo de hospital del futuro, el mantenimiento de las personas en su propio domicilio supone la posibilidad de cumplir con las expectativas de los pacientes (Morales-Asencio, 2014). Pero también, dependerá de la disposición de los cuidadores a la hora de asumir ese rol, por tanto, han de estar capacitados para controlar los elementos de la incertidumbre que trae el cuidado cotidiano de personas frágiles y dependientes.

Al hablar de cuidadores familiares se hace referencia a las personas adultas, con vínculo de parentesco o cercanía, que asumen las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica incapacitante y participa con él en la toma de decisiones.

Los hospitales pueden ser un lugar ideal, y a la vez complementario al trabajo comunitario para poder capacitar a las personas cuidadoras en un entorno de seguridad y de supervisión profesional, para que después, estos cuidadores sean capaces de proveer de cuidados en el domicilio a la persona que cuidan.

Así pues, serían las enfermeras y enfermeros en la hospitalización los que pueden asumir el rol de entrenadores (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), un rol que es diferente al rol de educar, porque se trata de ir más allá, de conocer de manera personalizada las necesidades de la persona que se va a entrenar y potenciar así sus capacidades para que alcancen las competencias necesarias.

La Escuela desarrolla su actividad realizando un entrenamiento adaptado y personalizado, donde la persona pasa por diferentes niveles desde el aprendiz hasta el experto, utilizando el marco teórico del aprendizaje de los propios profesionales enfermeros (Benner, 1982).

Los cuidadores se entrenarían con sesiones individuales para su aprendizaje más adaptado y según adquiriera competencias y habilidades previamente acordadas, avanzando en la complejidad del aprendizaje de las acciones de cuidado cotidiano y así, en el momento del alta, al llegar a casa, será capaz de cuidar y de pedir ayuda si lo necesitan.

A su vez desde el hospital, las enfermeras entrenadoras podrían comunicarse con la enfermera del paciente en el medio comunitario para garantizar la continuidad en la capacitación y en el desarrollo de un plan de cuidados integrado y eficaz. (Carrillo et al., 2013).

Con este marco, se planteó el diseño de una intervención orientada a los cuidadores, en respuesta a necesidades emergentes que se manifiestan como necesidades encontradas en los grupos focales ya desde finales del año 2011, momento en que aparece “La Escuela de Cuidadores” del Hospital Guadarrama de la Comunidad de Madrid (Ferrer Arnedo, 2014).

Se diseñó una escuela de cuidadores pero aplicando el método propuesto desde la teoría de la profesora Benner (1982). En ese momento, no había ninguna experiencia de Escuela de Cuidadores excepto una experiencia en Cuba (Espín Andrade, 2009), con una metodología diferente.

Existían muchas iniciativas de apoyo a los cuidadores en los centros de salud, (Martínez Marcos & De La Cuesta Benjumea, 2016). Mayoritariamente con los cuidadores se trabajaba desde el medio comunitario y desde el medio social y de manera grupal. Los proyectos que se planteaban eran desde el enfoque de “cuidar a los cuidadores” (Servicio Madrileño de Salud, 2013), utilizándose herramientas para mejorar el conocimiento de los cuidadores o planteándose estrategias de educación para la salud, como por ejemplo, “talleres de cuidadores” a fin de apoyarlos como aparece en la cartera de servicios de la Comunidad de Madrid (Dirección General de Atención Primaria, 2014).

Así pues, se pone en marcha una Escuela de Cuidadores en un medio hospitalario, su objetivo es que los cuidadores se afiancen en el ejercicio de su rol cuidador en un medio que les de seguridad, donde encuentren apoyo para tomar decisiones, incluida la de que no podrá ejercer esta tarea.

La Escuela se orientó a los cuidadores de los pacientes dependientes de la Unidad de Recuperación Funcional afectados por Ictus, problemas ortogeriátricos y deterioros funcionales, con el fin de que las enfermeras asumiendo el rol de entrenadoras en salud, potenciasen sus capacidades, y de esta manera se previniese la claudicación o el riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador (Ferrer Arnedo, 2014).

2. METODOLOGÍA.

El presente trabajo es un estudio descriptivo transversal mediante auditorías de historia clínica, cuestionarios autoadministrados de elaboración propia, y entrevistas telefónicas.

Descripción del estudio

En la Figura 1 se representa un esquema con las tres fases del funcionamiento del proyecto. Antes de comenzar estas fases, existe un proceso de reclutamiento de cuidadores. Al ingreso del paciente, aquellos que ingresan en la Unidad de Recuperación Funcional, se les oferta la posibilidad de que, durante el tiempo del ingreso, su cuidador participe en la Escuela de Cuidadores. Siendo entrenados por el personal de enfermería en aquellas áreas de cuidados que más les interesen y, siempre y cuando, el paciente este de acuerdo.

Figura 1. Esquema del funcionamiento de la Escuela de Cuidadores.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez dado el consentimiento verbal y el compromiso tanto del cuidador como del paciente, entran a formar parte de la Escuela de Cuidadores, la cual se divide en las siguientes fases:

Valoración de las necesidades: Primeramente, se valoraban las necesidades de cada paciente y cuidador, se estudiaba la historia clínica y se valoraba la carga de trabajo de este último; investigándose la situación previa en el domicilio, el rol anterior del cuidador y sus necesidades.

La capacidad de autocuidado del paciente es sumamente importante e influyente en el rol del cuidador. Por lo que, se valoraba el nivel de dependencia del paciente: si era severa, moderada, leve o independiente y se intentaba que los pacientes alcanzasen al menos un nivel inferior, es decir, si tenían dependencia severa pasasen a dependencia moderada. También si el paciente era incontinente y estaba en programa de continencia, se valoraba como parámetro para mantener la continencia y el control de esfínteres en el momento del alta.

De esta manera, se valoraban las capacidades del cuidador y las necesidades concretas del paciente.

Entrenamiento personalizado: Una vez entendida la situación individual, se asignaba una enfermera entrenadora que formaría al cuidador. El entrenamiento tiene como objetivo el desarrollo de habilidades de cuidado de personas dependientes y que vivirán en su domicilio.

Hay que tener en cuenta que la competencia y la capacidad para actuar con eficiencia, eficacia y satisfacción sobre algún aspecto de la realidad personal y social es análoga de la integración de tres tipos de saberes (Del Pino-Casado et al., 2014):

- Conceptual: saber
- Procedimental: saber hacer
- Actitudinal: ser

Y el entrenamiento que la escuela desarrolla se apoya en la base procedimental, modelando, al aprender con la enfermera, sin abandonar lo conceptual y lo actitudinal.

Se trataba de un proyecto educativo y de desarrollo de habilidades, entrenadas por una enfermera de hospitalización para trabajar la mejora de la autoeficacia y de empoderamiento de cuidadores, y así desarrollar mecanismos en la prevención del cansancio del cuidador o la claudicación (Ferrer Arnedo, 2014).

El seguimiento del proceso de aprendizaje se llevó a cabo de la mano de distintos formularios, donde se evaluaba el grado de conocimiento del cuidador, en cada una de las tres partes de aprendizaje esquematizan en la Figura 2.

Este aprendizaje se estructuró en tres niveles, esquematizados en la Figura 2. En el primero el cuidador se centra en el estudio y aprendizaje de su autocuidado, y se analizaban aspectos fundamentales como la alimentación, ejercicio o la eliminación del tabaco y alcohol. Posteriormente, se pasaba al aprendizaje de los cuidados básicos del paciente y más adelante, en los cuidados avanzados, estas serían los niveles dos y tres del proceso de aprendizaje. En estas fases, los cuidadores eligieron de una lista de posibles opciones el tipo de aprendizaje en el que quisieron centrarse. Algunos ejemplos de los conocimientos ofertados se muestran en la Figura 2.

Figura 2: Esquema de los niveles de aprendizaje y algunos de los aspectos estudiados en cada uno.



Fuente: Elaboración propia.

Apoyo al alta: Una vez el paciente había abandonado el hospital, se intentaba garantizar el seguimiento del aprendizaje y su aplicación. Para ello, se contactaba con las enfermeras de Atención Primaria (AP), y se informaba de la situación para que sirviesen de apoyo. Además un mes después de la salida del paciente del hospital, se realizó una entrevista telefónica para observar si los conocimientos aprendidos por parte del cuidador habían sido puestos en marcha, y evaluar dificultades.

Ámbito y población de estudio

La población de estudio consistió en cuidadores de pacientes de la Unidad de Recuperación Funcional del Hospital de Guadarrama ingresados en el año 2014.

En el año 2014 ingresaron en el hospital Guadarrama 1107 pacientes, y de estos, 305 casos se etiquetaron como Rehabilitación, con una estancia media de 53,07 días. Correspondiendo al 27,65% del total de la actividad del hospital.

En la Tabla 2 se muestran los criterios de inclusión y exclusión que se aplicaron en el reclutamiento de sujetos de estudio.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Ser cuidador de un paciente del Hospital de Guadarrama durante el periodo de estudio. - Aceptar la realización voluntaria y anónima del cuestionario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser cuidador de un paciente fallecido antes de ser dado de alta o haber sido trasladado a un hospital de agudos por agravamiento. - Residencia (pública o privada) como destino al alta. - Cambio de CCAA de residencia al alta. - Negativa a participar en el estudio. - Tiempo desde el alta hasta la entrevista inferior a 1 mes. - No disponer de informe de cuidados al alta. - No presentar todos los formularios. - Falta de evaluación de dependencia en la historia clínica.

Fuente: Elaboración propia.

Recogida y análisis de datos

La recogida de datos se realizó en el Hospital Guadarrama de la Comunidad de Madrid. Este es un hospital de media estancia. En el momento del estudio disponía de 140 camas, de las cuáles entre 80 a 90 se dedicaban a la recuperación funcional, cuyos pacientes tuvieron estancias medias de 35,91 días. Si bien en la Unidad de Recuperación de Funciones la estancia media fue de 53,07 días.

Las distintas partes de la Escuela de Cuidadores, ejemplificadas en la Figura 1, se evaluaron de la siguiente manera:

1. Valoración de las necesidades: Se realizó una entrevista personal a la persona cuidador y al paciente. Donde se recogieron las variables sociodemográficas de la población (edad, sexo, unidad de hospitalización). Se estudió la historia clínica y así se determinó la dependencia del paciente y su capacidad de autocuidado.
2. A su vez, mediante un formulario Zarit se determinó la carga de trabajo de los cuidadores (Regueiro Martínez et al., 2007).

3. Enseñanza personalizada: Se recogieron los datos de preferencias de aprendizaje por parte de los cuidadores y su autopercepción sobre su rol cuidador. Al finalizar el entrenamiento se realizó una encuesta de satisfacción de las enseñanzas recibidas.
4. Apoyo al alta: Un mes después del alta del paciente, se realizó una entrevista telefónica para evaluar la efectividad de las enseñanzas recibidas.

3. RESULTADOS.

Análisis de la población

De los 305 casos potenciales pacientes ingresados en la Unidad de Recuperación Funcional, cumplían los criterios de inclusión 50 casos y de éstos, 38 cuidadores completaron el entrenamiento. Analizando las variables sociodemográficas de los cuidadores y pacientes recogidos en la Tabla 3, se puede observar cómo a pesar de que la mayoría de los pacientes ingresados eran hombres, sus cuidadores eran mujeres. En la mayor parte de los casos eran sus hijas las responsables de los cuidados. Además, la edad de cada uno de los sujetos variaba mucho, siendo la edad de los pacientes aproximadamente el doble que la de los cuidadores.

Tabla 3. Características de los pacientes y sus cuidadores.

CUIDADORES	PACIENTES
<ul style="list-style-type: none"> - La edad media del cuidador es de 43 años. - El 24% son hombres y un 52% mujeres. - Parentesco en mujeres: 63% hijas y 37% esposas. - En el 40% de los casos, se trata del cuidador habitual. 	<ul style="list-style-type: none"> - El 52% son hombres y el 48% mujeres. - Media de edad 74,8 años. - Estancia media en el hospital 72,24 días.

Fuente: Elaboración propia.

Fase 1: Resultados de la Valoración de las necesidades.

Para determinar el entrenamiento personalizado que se realizaría en la Fase 2 del estudio, se obtuvieron los niveles de dependencia, así como las causas del ingreso de los pacientes (familiares, en su mayoría de los cuidadores).

Según la historia clínica de los pacientes, tal y como se presenta en la tabla 4, un 80,24% de las personas ingresadas tenían altos niveles de dependencia, lo cual implicaba que requerían de otra persona para suplir sus necesidades básicas con colaboración parcial. En definitiva, el grado de dependencia era relativamente alto.

En cuanto a los motivos de ingreso, el 68% de los pacientes sufrieron un Ictus, el 32% restante ingresó por un problema de ortogeriatría. Además, el 36% de los pacientes presentaron úlceras por presión.

Tabla 4. Niveles de dependencia y porcentaje de pacientes.

Dependencia Severa	80,24%
Dependencia Moderada	18,09%
Dependencia Leve	1,42%

Fuente: Elaboración propia.

Una vez recogido de la historia clínica el nivel de dependencia, se determinó qué tipo de deterioros presentaban los pacientes. (Los diferentes niveles estudiados correspondían a categorías donde cada paciente puede estar en diferentes grupos, por eso, el porcentaje total no suma el 100%). Gracias a estos datos se puede observar que el 19,11 % de los pacientes presentaban algún tipo de deterioro cognitivo. Un 58,86 %, presentaban incontinencia al ingreso, por lo que entraron en el programa de control de esfínteres. A la hora del alta, el 18,66% habían recuperado el control de esfínteres.

Los resultados del cuestionario Zarit pasado a los cuidadores familiares, se presenta en la tabla 5. En esta tabla, podemos observar la sobrecarga inicial del cuidador. Según la escala de Zarit: el 8% de los cuidadores tenía una puntuación superior a 46, lo que es sinónimo de comenzar a sentirse sobrecargado con el cuidado de su familiar.

Tabla 5. Resultados encuesta de Zarit.

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
¿Siente que su salud se ha resentido?	36%	-	24%	12%	4%
¿Cree que no dispone de dinero para cuidar a su familiar?	32%	4%	12%	12%	-
¿Se siente incapaz de cuidar a su familiar por más tiempo?	40%	8%	12%	-	8%
¿Desea encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	44%	-	28%	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Fase 2: Entrenamiento personalizado.

Datos Generales:

Todos los cuidadores realizaron un máximo de 10 sesiones presenciales de entrenamiento, personalizadas a sus necesidades y requerimientos. El número de sesiones finales varió entre seis y diez, dependiendo de la demanda de cada cuidador.

Los cuidadores identificaron aquellas áreas que supusiesen un problema en su rutina. La mitad de los cuidadores admitió tener dificultades durante las movilizaciones de sus familiares, en concreto, durante las transferencias cama-sillón. La siguiente dificultad más frecuente encontrada, fue el aseo. En la siguiente tabla 6 se muestran las frecuencias relativas concernientes a los problemas identificados por el cuidador.

Tabla 6. Problemas identificados como déficit de conocimiento por los cuidadores.

- 50 % movilizaciones y transferencias cama – sillón.
- 30 % dificultades a la hora del aseo.
- 20% en la gestión de la dieta, manejo de dietas especiales.
- 12% manifiestan problemas con la gestión del régimen terapéutico.
- 20% realizar las curas de úlcera por presión, y el manejo de inyectables: Insulina, Heparina.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la percepción y la evaluación del cuidador, se observó que un 80% manifestaba temor y miedo ante la nueva situación. Un 70% también manifestaba incertidumbre por la necesidad de adaptar la vivienda. Otros manifestaron su duda por sus capacidades para cuidar a su familiar, llegando a barajar la posibilidad de buscar ayuda o acudir a una residencia si fuese preciso. En uno de los casos, la cuidadora no sabía leer lo que la hacía sentirse muy débil y desamparada.

Encuesta de Satisfacción

La encuesta de autosatisfacción realizada para el presente estudio constaba de 9 preguntas. Las respuestas eran dadas con una escala tipo Likert de 5 ítems cuyos rasgos de puntuación iban desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Se trata de una escala subjetiva.

Para facilitar el análisis y valoración de los datos, se agruparon las respuestas de los extremos. Es decir, los valores 1 y 2, correspondientes a muy insatisfecho e insatisfecho indicarían “insatisfacción”; y por otro lado los valores 4 y 5 indicarían “satisfacción”; en cuanto al valor 3 indicaría “no sabe/no contesta”. Para la realización de la media, sí que se mantuvieron los valores originales (por lo que esta iría desde 1 a 5).

Una vez finalizado el entrenamiento personalizado los pacientes completaron la encuesta de satisfacción creada por el equipo.

Resultados de la Encuesta de Satisfacción

En la tabla 7 se observan los resultados recogidos por la encuesta de satisfacción. Como se puede observar la satisfacción general era muy elevada. La totalidad de los cuidadores incluidos en el estudio reconocieron la utilidad, calidad y accesibilidad de la Escuela de Cuidadores; además, es notorio observar cómo el 100% de los encuestados recomendarían esta experiencia. En cuanto a la pregunta de la adecuación de la cantidad de las sesiones sólo un 50% afirmó estar satisfecho; mientras que un 33% hubiera preferido más sesiones. Teniendo en cuenta que el número de sesiones dependía íntegramente de los requisitos y demandas del cuidador, se entendió que aquellos que no estaban satisfechos fueron porque no habían dado el número máximo de sesiones pactadas.

Tabla 7. Encuesta de Satisfacción.

Preguntas	Respuesta (n= 36)	
	Media	Frecuencia relativa
Información que ha recibido sobre la escuela de cuidadores.	4,6	100% satisfecho
Utilidad de los conocimientos adquiridos.	4,3	100% satisfecho
Accesibilidad del enfermero/a responsable de la enseñanza.	4,5	100% satisfecho
Valore la confianza y seguridad que le inspira el personal responsable de la enseñanza.	4,7	100% satisfecho/bueno
Atención que ha recibido a sus sugerencias.	3,8	83% satisfecho - 17% NS/NC
Piensa que el tiempo de dedicación a su entrenamiento ha sido.	3,2	50% satisfecho - 33% insatisfecho - 17% NS/NC
Valore su grado de capacitación para el cuidado de su familiar.	4,4	100% satisfecho
Globalmente, ¿cuál es el grado de satisfacción con la Escuela de Cuidadores?	4,5	100% satisfecho
¿Recomendaría este servicio a otras personas en su situación?	5	100% satisfecho

Fuente: Elaboración propia.

Fase 3: Apoyo al alta.

Resultados percepción del Aprendizaje

Un mes después del alta del familiar, los investigadores se pusieron en contacto con el cuidador para realizar la entrevista telefónica. En la entrevista los cuidadores debían valorar si, tras su experiencia en la Escuela de Cuidadores, su manejo con respecto a los cuidados básicos había mejorado o se mantenía igual. En la tabla 8 se presentan los porcentajes de las respuestas dadas.

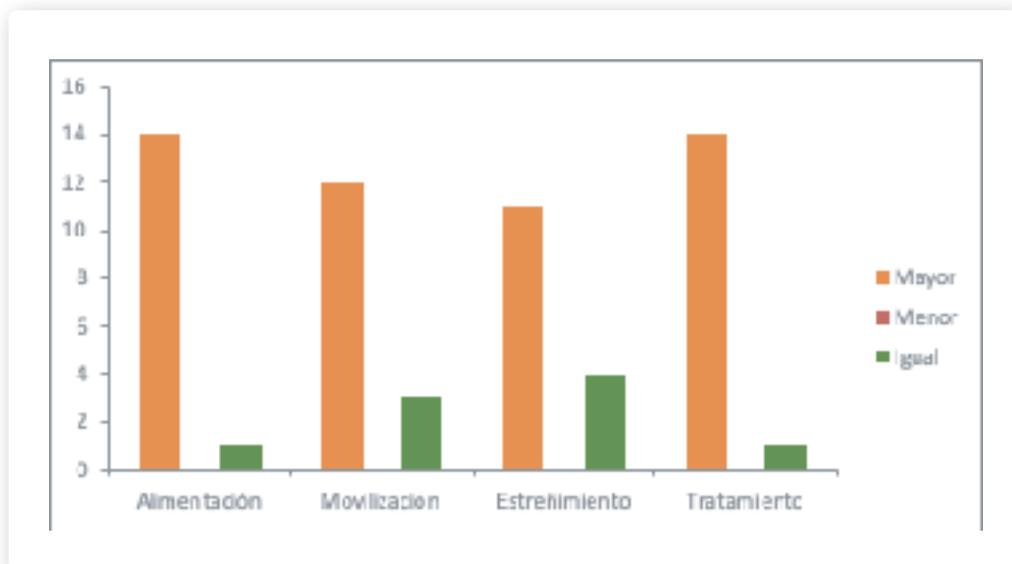
Tabla 8. Respuesta sobre valoración del aprendizaje.

	Cuidado mejorado	Cuidado no mejorado
Manejo de la alimentación	93,33%	6,67%
Manejo de la movilización	80%	20%
Manejo del estreñimiento	73,33%	26,67%
Manejo del régimen terapéutico	93,33%	6,67%

Fuente: Elaboración propia.

Además se realizó un cuestionario de evaluación al mes posterior al alta, y dicho cuestionario se aplicó mediante llamada telefónica por parte de los investigadores. Los resultados que se querían conocer eran la valoración de la “Usabilidad del conocimiento adquirido” por parte del cuidador y por distintas habilidades entrenados:

Imagen 1. Percepción de la mejora de conocimientos y habilidades tras el entrenamiento.

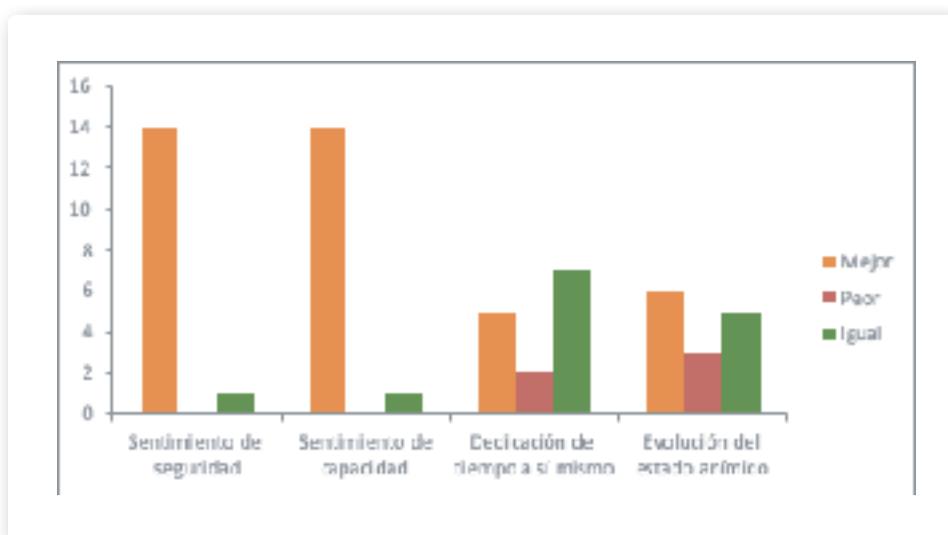


Fuente: Elaboración propia.

Tal y como se ve en la imagen 1, los cuidadores percibían una mejora en sus habilidades de cuidado del otro, en el manejo de las cuatros; alimentación, movilizaciones, estreñimiento y la gestión del tratamientos farmacológicos.

Sin embargo, tal y como se presenta en la imagen 2; si bien es verdad que la Escuela parece ser que influía en la sensación de seguridad y competencia (100% de respuestas que manifiestan sentirse igual o más seguros, igual o más competentes), parece que en el caso del estado anímico y la dedicación de tiempo personal las diferencias no son tan significativas.

Imagen 2. Percepción del cuidador respecto al beneficio reportado para el mismo.



Fuente: Elaboración propia.

Por último, el 93,33% de los cuidadores entrevistados se sintieron satisfechos con la labor de la Escuela, recomendándolo al resto de pacientes y cuidadores en su misma situación y sugiriéndolo como estrategia a implantar en el resto de hospitales de la comunidad.

Evaluación Cualitativa tras cuatro años de la Experiencia:

En 2018, se realizó un panel de expertos que se desarrolló en el mes de mayo de 2018 en el Hospital Central Cruz Roja con algunos expertos:

Dos profesoras de Universidad, una enfermera entrenadora, una enfermera de continuidad de cuidados, y una enfermera comunitaria de un centro de salud. Todas ellas, mujeres, con experiencia en Educación y capacitación y con formación en Coaching, metodología Educativa y Gestión de Cuidados.

Resultados Cualitativos mediante panel de expertos:

En relación con las dificultades encontradas por las enfermeras para ejercer su rol, las enfermeras entrenadoras en un panel declararon aquello que identificaban como barreras. Tras la realización de un panel de expertos, las conclusiones obtenidas fueron que se trata de una actividad muy costosa que llega a desmotivar a las enfermeras entrenadoras por falta de formación específica y falta de reconocimiento de su labor por parte del resto de profesionales del hospital y demasiadas resistencias por ser muy innovador.

Tabla 9. Resultados del panel realizado a las enfermeras entrenadoras.

Aspectos Negativos / Barreras	Aspectos Positivos / Facilitadores
<ul style="list-style-type: none"> - Considerarse fuera de la cartera de servicios. - La voluntariedad y la envidia. - Que requiere formación específica. - Las resistencias al cambio de la organización. - La falta de aceptación como servicio por parte de los otros profesionales. - La organización tradicional como elemento bloqueador. - Innovación de arriba a abajo, poco apoyo a quien lo propone como idea y el poco apoyo de la dirección de enfermería y de los mandos intermedios al proyecto de verdad, no solo con palabras. - Los defensores de la intervención grupal en exclusiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes se sienten más seguros. - Los cuidadores responden de una manera entusiasmada. - Reconocimiento al trabajo de las enfermeras en su nuevo rol. - Apoyo de la gerencia. - Enfoque de futuro creando un servicio nuevo liderado por las enfermeras. - Empoderamiento de los cuidadores. - Mayor participación de los cuidadores en la toma de decisiones. - La creación del diario del paciente como documento de apoyo. - El entrenamiento personalizado e individualizado.
Amenazas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> - El modelo de organización tradicional. - El poco valor que se da al cuidado. - El requisito del cambio/modificaciones estructurales. - La vivencia de la amenaza por suponer transformación. 	<ul style="list-style-type: none"> - La dependencia. - El envejecimiento de la población. - El autocuidado como especificidad de la practica enfermera. - Es coste efectivo.

Fuente: Elaboración propia.

4. DISCUSIÓN.

Cuidar a un familiar en casa es una actividad tan común y natural en la vida familiar que puede llegar a pasar inadvertida. Sin embargo, ellos piden a los profesionales que delimiten bien sus tareas, no son profesionales en ningún caso, y por tanto, solo pueden ejercer una función de apoyo y acompañamiento al paciente. Necesitan la acción de la enfermera como entrenadora en ese proceso, pues es quien aporta el conocimiento científico y la validez a todos los actos del cuidar que en el domicilio se desarrollan, además de garantizar con su presencia la continuidad de los cuidados (Marco Navarro, 2004; Martínez Marcos & De La Cuesta Benjumea, 2016). Los discursos sociales y la propia identidad de cuidadora, labrada tras largos años dedicados al cuidado, irán en su contra. En este contexto, los tardíos consejos de recuperar en el día a día un tiempo para sí mismas, en el que se ocupen de ellas y mantengan intereses fuera del cuidado, pueden sonar utópicos e incluso aumentar su frustración, porque las pérdidas y renunciadas ya han tenido lugar.

El respiro, generar estrategias de respiro, resulta clave. Tener algo de tiempo sin la responsabilidad de cuidar en la casa o a través de centros de día, y esta pausa en el cuidado, puede variar de unas horas a varios días a la semana (De la Cuesta-Benjumea, 2009; Martínez Marcos & De La Cuesta Benjumea, 2016). En este caso, el Hospital Guadarrama, disponía de dos camas dedicadas al respiro de los cuidadores, puestas en marcha desde el Plan de Cuidados Paliativos (Servicio Madrileño de Salud, 2019) y que se puso en marcha a partir de los fondos de plan de cuidados paliativos del SNS, en el año 2012 (Roger-García, 2010), pero que en nuestro caso, se utilizan más para cuidadores de pacientes crónicos dependientes en domicilio, generó una herramienta para los cuidadores en el ámbito domiciliario muy interesante, si bien estas camas se cancelaron en el año 2017.

Elementos de apoyo a los cuidadores en el domicilio como el respiro, el apoyo social, o el entrenamiento para cuidar mejor, la supervisión de las enfermeras comunitarias, o la disponibilidad de recursos sociales complementarios, suponen elementos de mejora de la calidad de vida y de potenciación de la autonomía y de la toma de decisiones (De la Cuesta-Benjumea, 2009; Roger-García, 2010).

No se pueden olvidar las nuevas herramientas del mundo digital y del mundo tecnológico (Llorente Cejudo, 2006), claves en el aprendizaje entre iguales, o en el trabajo mediante la formación on-line como hacen las Escuelas de Salud y de pacientes de SNS en todo nuestro territorio. Las recomendaciones de los diferentes informes europeos que hablan del uso de la tecnología de la comunicación, el uso del término e-learning, es la establecida por la Comisión Europea como “la utilización de las nuevas tecnologías multimediales y de Internet para mejorar la calidad del aprendizaje facilitando el acceso a recursos y servicios, así como los intercambios y la colaboración a distancia” (Llorente Cejudo, 2006).

Este modelo es costoso porque requiere un cambio en las maneras de diseñar los servicios y de emplear el conocimiento y las habilidades de entrenadoras de las enfermeras.

5. CONCLUSIONES.

El tiempo del ingreso puede ser tiempo para adquirir competencias como cuidadores, este es un medio seguro y las enfermeras pueden ejercer de entrenadoras en autocuidado, lo que significa mayor seguridad para el cuidado en domicilio y sin duda convertir una escuela de cuidadores hospitalaria en una oportunidad para garantizar la continuidad del cuidado a domicilio.

Todo ello, sin olvidar la importancia de que en el apoyo al cuidado se requiere de presencia para transmitir modelo y seguridad como sería lo presentado en este proyecto y relacionado con el valor de una Escuela de Cuidadores, donde el tiempo de ingreso hospitalario es tiempo de aprendizaje y de empoderamiento, tiempo de cuidado, tiempo también terapéutico.

6. BIBLIOGRAFIA.

Benner P. From Novice to Expert. (1982) *The American Journal of Nursing* [Internet]. 1982; 82(3). Disponible en: <http://www.medicalcenter.virginia.edu/internet/therapy-services/3%20-%20Benner%20-%20Novice%20to%20Expert-1.pdf>

Bover Bover, A., Moreno Sancho, M. L., Mota Magaña, S., & Taltavull Aparicio, J. M. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atencion Primaria*, 32(9), 541–542. <https://doi.org/10.1157/13054669>

Carrillo Algarra, A. J., García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C. M., Díaz Sánchez, I. R., & Yabrudy Wilches, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32(4), 346–362. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf> http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1695-61412013000400021&lng=es&nrm=iso&tlng=es http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021

Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid (2013). Retrieved from <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>

De la Cuesta-Benjumea, C. (2009). «Estar tranquila»: la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con demencia avanzada. *Enfermería Clínica*, 19(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2008.07.002>

De la Cuesta Benjumea, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación En Enfermería*, 27(1), 96–102.

De la Cuesta Benjumea, C. (2011). “Una vida que no es normal”: El contexto de los cuidados familiares en la demencia. *Index de Enfermeria*, 20(1–2). <https://doi.org/10.4321/s1132-12962011000100009>

De la Fuente Sanz, M., Bayona Marzo, I., Fernández De Santiago, F. J., Martínez León, M., & Navas Cámara, J. F. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*, 23(1), 19–22. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n1/comunicacion3.pdf>

Del-Pino-Casado, R., Pérez-Cruz, M., & Frías-Osuna, A. (2014). Coping, subjective burden and anxiety among family caregivers of older dependents. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3335–3344. <https://doi.org/10.1111/jocn.12561>

Del Mar García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83–92. <https://doi.org/10.1157/13061998>

Dirección General de Atención Primaria. (2014). Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014. Servicio Madrileño de Salud. Retrieved from <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017694.pdf>

Espín Andrade, A. M. (2009). “Escuela de Cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 1–14. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662009000200019>

European Commission. (2011). *Demography Report 2010: older, more numerous and diverse Europeans*.

Ferrer Arnedo, C. (2014). Proyecto De Servicio Del Hospital Guadarrama: “Escuela De Cuidadores” Guia Metodologica De La Escuela De Cuidadores.

Gómez Redondo, R. Fernandez Carro,C. Camara Izquierdo,N. (2018)” ¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demografica basada en datos de encuesta”Madrid,Informa en Red, nº20,36 p.

INE (Instituto Nacional de Estadística). (2010). *Proyección de la Población de España a Corto Plazo (2010-2020)*.

Instituto Nacional de Estadística. (2019). Encuesta continua de hogares. Retrieved from https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

Llorente Cejudo, M. del C. (2006). El tutor en E-learning: aspectos a tener en cuenta. *EduTec: Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, (20), 9. <https://doi.org/10.21556/edutec.2006.20.517>

Marco Navarro, E. (2004). Calidad de vida del cuidador del hemipléjico vascular de edad avanzada. Retrieved from <http://www.tdx.cat/handle/10803/4454>

Martínez Marcos, M., & De La Cuesta Benjumea, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención Primaria*, 48(2), 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>

Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. (2012). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. <https://doi.org/NIPO:680-12-062-1>

Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*, 24(1), 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2005). Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI : el reto de las enfermedades crónicas. Retrieved from www.inis.ie

OMS. Organización Mundial de la Salud, (2016). Informe Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. A69/39

Prieto, A. M., & Torres, I. E. F. (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. *Salud Uninorte*, 24(2), 181–190.

Regueiro Martínez, A. Á., Pérez-Vázquez, A., Gómara Villabona, S. M., & Ferreiro Cruz, M. C. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención Primaria*, 39(4), 185–188. <https://doi.org/10.1157/13100841>

Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47–50. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es&tlng=es

Sánchez-Martín, I. (2014) Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico Enferm Clin* [Internet]., 24 (2014), pp. 79-89, 10.1016/j.enfcli.2013.12.007

SEMAP. Atención Integral en el Hogar: Mas allá de la visita domiciliaria.(2019.) <https://semap.org/presentacionguiasemap/>

Serrano Molina, L., Nieto Blanco, E., Moriano Béjar, P., Vicente del Hoyo, M., Montero Martín, S., Moreno Torrecillas, E. M., & Dávila Álvarez, V. (2011). Análisis de las necesidades y expectativas de pacientes, cuidadores familiares y cuidadores contratados en el servicio de visita domiciliaria en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria (Rev. Digital)*, 7(1).

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. (2004). Cuaderno para la continuidad de cuidados. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Servicio Madrileño de Salud (2012) Estrategia de Pacientes Crónicos de la Comunidad de Madrid: Investigación Cualitativa con pacientes y cuidadores. IQ 02/2012 Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo Subdirección de Calidad. Dirección General de Atención al Paciente. Madrid 2012

Servicio Madrileño de Salud. (2013). Atención integral a las personas cuidadoras de pacientes dependientes. Retrieved from <https://moodle.uam.es/course/view.php?id=71292>

Servicio Madrileño de Salud. (2019). Hospital Guadarrama. Memoria 2018. Retrieved from http://newmedicaleconomics.es/newsletter_sumario/nme55/arts/06-hospitalguadarrama.pdf

ASPECTOS TEÓRICOS VITALES EN LA CULTURA DE SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA PRÁCTICA ENFERMERA.

LLANOS GONZÁLEZ ESPINOSA

Enfermera EUE Cruz Roja 1979. Experto en Enfermería Médico-Quirúrgica (BOCAM 214/2002) Máster “Enfermería de practica avanzada en la Atención del paciente crónico” ECS, 2018.

llanosg@hotmail.com

RULBER DUQUE ALZATE

Enfermero, Universidad de Caldas, Colombia. 2000; Especialista en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá 2006; Máster MBA en Dirección de Recursos Humanos, TAGO. Barcelona 2015; Master en Metodología de Ciencias del Comportamiento y de la Salud, UCM- UAM-UNED, Madrid 2019.

rudual@icloud.com

PALABRAS CLAVE

Enfermera, Calidad, Calidad asistencial, Seguridad Clínica.

RESUMEN

El presente artículo realiza una descripción literaria a partir de la revisión bibliográfica de cuarenta artículos publicados en Google Académico y Pubmed entre enero de 2015 y diciembre de 2019. Todos los artículos revisados están relacionados con el papel de la figura profesional de la enfermera respecto a la calidad, la calidad asistencial y la seguridad clínica. A partir de la revisión bibliográfica se definieron categorías (calidad asistencial, y seguridad clínica) mediante la técnica de agrupación por temas, para su posterior discusión teórica. De esta discusión se pudo concluir que existen cuatro dimensiones teóricas comparables, todas ellas abordadas en la literatura revisada, que son relevantes en el qué hacer de la enfermería, a fin de desarrollar una cultura de calidad y seguridad asistencial. Estos son, básicamente, la formación, la practica asistencial, el manejo de información y eventos adversos.

KEYWORDS

Nurse, Quality, Quality of Care, Clinical Safety.

ABSTRACT

The following article presents a literacy review of 40 articles. The articles selected were accesible through Google Scholar and Pubmed, and they had to fulfill the following characteristics: Being published between January 2015 and December 2019, and being related to the professional role of the nurse in the quality of care and the clinical security. Using the chosen literature two categories were defined (quality of care and clinical security) by using a topic consolidating technique for its later theoretical discussion. The results allow to draw the conclusion that there are four theoretical dimensions comparable, all of which have been discussed in the selected literature. These dimensions are relevant in nurse practice, in order to develop a clinical assistance quality and security culture. They can be summarized in: formation, health-care practice, information management and adverse events.

1. INTRODUCCIÓN.

Desde hace años ha tomado fuerza la figura de la enfermera en torno a las unidades de calidad asistencial y/o seguridad clínica. Su participación está diseñada para garantizar, formar, fortalecer y estandarizar una práctica clínica segura para sus compañeros y pacientes desde diferentes áreas de la asistencia sanitaria. También asegura un entorno de prácticas seguras y estandarizadas, que conllevan una atención clínica de calidad y de alta satisfacción para pacientes, así como la consecución de los objetivos establecidos por la institución en el marco de calidad asistencial.

Los primeros estudios rigurosos en tener en cuenta la seguridad clínica como elemento clave de la calidad asistencial datan de los años 1950-1960, alcanzando su punto culminante en la década de 1990. Estos informaban tasas de efectos adversos de entre el 3.2% y 16.6% en pacientes hospitalizados. Actualmente, se ha demostrado que uno de cada diez pacientes ingresados puede padecer un efecto adverso que agrave su proceso, lo incapacite o incluso le provoque la muerte. (Herrera Rodríguez y García, 2015).

Según el Institute of Medicine en EEUU (IOM) se define la calidad como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que los individuos y la población, obtengan unos resultados de salud óptimos y consistentes con la evidencia disponible. La calidad es el grado de aproximación entre lo que un paciente espera, (en función de sus expectativas y necesidades) y la atención que recibe, (en función del conocimiento, tecnología y recursos disponibles). Para mejorar la calidad hay que analizar por qué ocurren las cosas, la voluntad de cambiarlas y los planes concretos de actuación. A tal fin tienen valor, tanto los planteamientos proporcionados por los enfoques de uso generalizado para la gestión de calidad a nivel institucional, como las iniciativas internas concretas de actuación en los centros asistenciales.

Los diversos ámbitos en que interviene la enfermería dentro del sector sanitario, en particular su relación con los cuidados de los pacientes y su contribución a la calidad y seguridad clínica, tiene una importante repercusión en la sociedad, que es difícil de cuantificar.

Las actividades de calidad asistencial y seguridad clínica que pueden garantizar y evitar que los pacientes sean expuestos a errores, complicaciones u otras circunstancias que puedan poner en riesgo su vida en el marco legal son:

1. Una alianza internacional para la seguridad de los pacientes, puesta en marcha en 2004 por la OMS.
2. En 2005 la Comisión Europea y el Consejo de Europa, proclamaron la “Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes”. (OMS, 2004).

3. Las recomendaciones del Consejo de Europa de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes y en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009/C 151/01).

4. La Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (DO L88, 4.4.2011).

5. En España, las acciones relacionadas con la Calidad asistencial están reflejadas en el Plan Nacional de Calidad de 2010, refrendado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Pozo Muñoz y Padilla Marín, 2013), y en las acciones de las Comunidades autónomas. Todo ello en consonancia con las recomendaciones del Consejo de Europa.

Bajo este marco, debemos tener en cuenta que los resultados de los indicadores de salud actúan como coordenadas para alcanzar la calidad y por ende la seguridad clínica. Ya que indican el efecto atribuible a la realización, o no, de una intervención sobre un estado de salud, comportamiento o percepción, susceptible de intervención. Existe un consenso a nivel mundial, que pone de manifiesto como la evidencia científica respalda cada vez más, la necesidad de implementar resultados que evalúen la aportación de los cuidados en la calidad y la seguridad clínica (Porcel-Gálvez, 2019).

2. MARCO TEÓRICO.

Formación.

Para Gómez-Salgado et al., (2017), la enfermería tiene un papel clave que refleja el compromiso por promover y difundir los avances en materia de calidad y seguridad clínica con un énfasis muy especial. El análisis, investigación y posterior difusión de todos estos avances en seguridad y calidad repercutirán muy beneficiosamente en la mejora de los sistemas, los cuidados de salud y la seguridad del paciente.

Por otra parte, hay que destacar que, a día de hoy, la enfermera es un componente crucial en la implementación y engranaje de sistemas eficaces de gestión de calidad y evaluación externa en la asistencia sanitaria. Es una figura necesaria para garantizar y promover, no solo la transparencia en las actividades relacionadas con la salud, sino también el acceso a la salud y la seguridad del paciente.

La clave para implementar correctamente un sistema de gestión de calidad es el apoyo de los administradores de las instalaciones de salud, ya que son ellos quienes diseñan y comunican a los profesionales de la salud las estrategias de acción involucradas en los sistemas de gestión de calidad. Dependiente de esos diseños y del respaldo de la dirección, la enfermera

inicia una carrera, en la cual debe sortear diferentes obstáculos para crear las estrategias y las metodologías más eficaces, con las cuales pretende llevar los objetivos de la dirección a todos los componentes de la organización (Carratalá Munuera, 2017).

Dentro de los equipos responsables de poner en marcha sistemas de gestión de calidad y elementos de seguridad clínica, la enfermera lidera y es responsable de varias de las dimensiones necesarias para facilitar la puesta en marcha de estas estrategias. Según Santos Vélez, (2017) mejorar la calidad asistencial es un objetivo prioritario de los sistemas de salud. La seguridad clínica debe estar presente en todos los ámbitos de la atención sanitaria (Atención primaria y especializada). La administración sanitaria debe facilitar la cultura de seguridad y hacer que llegue a todos los profesionales de la salud para evitar la aparición de incidentes o eventos adversos que contribuyan a limitar o complicar la atención sanitaria. Dentro de las líneas estratégicas diseñadas para alcanzar el objetivo de disminuir la prevalencia de eventos adversos, se incluye dar voz a los propios pacientes.

El desarrollo tecnológico y los avances en las ciencias de la salud han generado nuevos protocolos, para lo cual las enfermeras intervienen en todos los aspectos de la cadena, como diseñadoras de las estrategias, educadoras de los planes de acción y responsables de su puesta en marcha. También son capaces de liderar y realizar el mantenimiento de las mismas, así como evaluar y socializar los resultados. A la espera de una mayor intervención desde la cadena política y gerencial, la enfermera de hoy se abre campo dentro de grandes organizaciones de seguros, dentro del entorno político, espacios ministeriales y otras instituciones en las cuales sus objetivos facilitan un camino seguro que abone en prácticas asistenciales seguras, y que éstas a su vez repercutan positivamente en el bienestar del individuo y su entorno social.

Una revisión sistemática de Villar Díez (2018), concluye que existe un resultado positivo sobre los conceptos de seguridad del paciente. Cuando hay un gran apoyo entre profesionales de enfermería se reduce el nivel de fallos. Esta unidad de acción se acompaña de guías seguras y protocolizadas que garantizan una adecuada práctica enfermera.

Para que las actividades de calidad y seguridad clínica tomen forma y su maquinaria esté engrasada, es necesario invertir tiempo y recursos en formación para las enfermeras. Afortunadamente, existen múltiples fuentes que facilitan el aprendizaje y la consecución de nuevas competencias en el marco de la calidad asistencial.

Abu El Noor et al., (2019) señalan y afirman que las actitudes más positivas hacia la seguridad del paciente se encontraron en los dominios de “horas de trabajo como causa de error” y “funcionamiento de los equipos”. La actitud más negativa fue la inclusión de “la seguridad del paciente en el plan de estudios”. Por tanto, a pesar de la insuficiente capacitación en seguridad del paciente mostrado por los participantes en el estudio, se observaron actitudes

ligeramente positivas hacia la seguridad del paciente con variaciones según diferentes hospitales y departamentos. Así pues, la integración de la seguridad del paciente en el plan de estudios y en las actividades de formación establecidas por las organizaciones de salud supondrá un especial desafío para los educadores. Sabemos que una mejor formación del personal y un entrenamiento específico en estos aspectos, repercute de manera positiva en la satisfacción del paciente y en la percepción social de la práctica enfermera.

Podríamos afirmar que la mejor manera de garantizar al usuario una práctica segura es tener un personal de enfermería comprometido, implicado y formado en aspectos de calidad asistencial y seguridad clínica. Para ello, la administración del hospital debe desarrollar sistemas y estrategias que faciliten esta formación. Un ejemplo sería la notificación no punitiva de eventos adversos y utilizarlos como una oportunidad para aprender de ellos. Lejos de una realidad, tenemos claro que, aun hay instituciones que se resisten a invertir en esfuerzos y recursos que provean a la enfermera de los suficientes conocimientos y habilidades en pro de mejora y la garantía de la calidad asistencial que finalmente se entrega a los pacientes.

Para que esta práctica sea rica y beneficiosa para los pacientes, no basta con la mera formación, debe haber una adecuada conexión entre la formación y la comunicación eficaz. García Jiménez (2018), destaca que la comunicación médico-enfermera es deficiente, y que contribuye a la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria. La comunicación efectiva entre los profesionales debe ser un objetivo prioritario de cualquier organización sanitaria a fin de prevenir los posibles efectos adversos en los pacientes. La mejora de la comunicación comienza por comprender cuales son las barreras que ésta presenta. No podemos olvidar que otro protagonista de la comunicación en la calidad asistencial es el paciente, sea visto como un componente individual o como parte de un grupo social.

Práctica asistencial.

Para poder satisfacer las necesidades de los pacientes es necesario tener un sistema de calidad asistencial y seguridad clínica alineado con las exigencias propias de los pacientes. Torres Nolasco et al., (2016) señalan que la calidad asistencial está vinculada a la seguridad clínica, la eficiencia, la efectividad de resultados y la responsabilidad de los profesionales sanitarios de asegurar la máxima satisfacción del usuario al menor coste. Para ello se deben aplicar buenas prácticas que impliquen los tres niveles de gestión: macro, meso y micro gestión. Es indispensable resaltar que el mayor colectivo en las instituciones sanitarias es el personal de enfermería, pieza clave que influye directamente en la calidad y satisfacción final de los pacientes.

Otro nivel de la atención sanitaria donde se puede evidenciar el impacto positivo de las enfermeras son las unidades de atención primaria. La enfermera es clave para mantener, mejorar y desarrollar objetivos que mantengan una buena práctica asistencial, así como para

centrar los esfuerzos en eliminar aspectos que puedan amenazar o deteriorar los equipos de alto rendimiento. En algunos casos será necesario fortalecer los atributos organizacionales de las prácticas, mejorar el trabajo en equipo y la comunicación, y asignar una carga de trabajo manejable. Es necesario una práctica y un cambio de políticas para abordar las brechas en la atención y prevenirlos antes de que ocasionen daños al paciente (Poghosyan et al., 2017).

También en las unidades de cuidado intensivo el papel de la enfermera y del médico intensivista debe ser un trabajo en equipo y coordinado para implementar mejoras de prácticas asistenciales de calidad. Una atención más segura para los pacientes es un desafío diario para los equipos de enfermería de estas unidades. Afortunadamente en el ejercicio profesional de las enfermeras intensivistas existe una práctica más normalizada de monitorización, medición y registro. Estos atributos son altamente valorables porque mejoran la eficiencia del mismo. Desde hace algunos años es frecuente hablar en las instituciones de salud sobre los eventos adversos a los que están expuestos los pacientes y que pueden poner en riesgo sus vidas. En ocasiones, estos pueden causar lesiones, discapacidades o la muerte de las personas. Una unidad de cuidado intensivo no es la excepción, pero una contraparte positiva es que a pie de cama los pacientes cuentan con escudos protectores llamados equipos de enfermería altamente especializados y valiosos. Para lo cual encontramos estrategias de alto nivel y con evidencia científica suficiente que demuestran la anterior afirmación. Según González Méndez y López-Rodríguez (2017), algunas estrategias e intervenciones propuestas y testadas internacionalmente para optimizar los cuidados en los pacientes críticos es mejorar la cultura de seguridad en las unidades de cuidados intensivos.

Manejo de la información.

Otro aspecto, dentro de las esferas del cuidado de la enfermería, es el manejo de la información y el traspaso de la misma. Recordemos que la práctica de enfermería es una actividad asistencial que no se detiene, brinda la atención a los pacientes de manera continua. Por ello, el proceso de comunicación, la calidad y la confiabilidad de la misma deben ser lo suficientemente precisos para garantizar un ambiente de atención segura. La tasa de eventos adversos relacionados con la práctica de enfermería se reduce significativamente cuando el proceso de transferencia está estandarizado. Uno de los resultados percibidos es que, al disminuir la pérdida de información durante el traspaso entre enfermeras, se evita que se retrase la atención al paciente y aumenta la capacidad de la enfermera para priorizar las actividades necesarias de atención al paciente, permitiéndole centrarse en otras necesidades de atención del paciente y practicar un enfoque centrado en el paciente. Los resultados son consistentes con otros proyectos que se llevan a cabo en otros entornos, y que también tienen como objetivo mejorar la rentabilidad y disminuir el desperdicio del proceso de transferencia de información en la práctica de los profesionales de enfermería (Abraham et al., 2012; Chu et al., 2009; Gopwani et al., 2015).

El uso de una ronda estructurada puede mejorar la satisfacción del paciente y la participación en la atención (Brosey y March, 2015). Los resultados muestran que hay una ligera mejora en la puntuación del paciente que puede contrastarse con muchos proyectos. Bajo este aspecto, cabe destacar los informes periódicos de seguridad y las actualizaciones de los procesos estandarizados, los cuales juegan un papel importante en la mejora de la efectividad en el proceso de traspaso de la información entre enfermeras (Ayaad et al., 2019).

Eventos adversos.

Uno de los términos más comúnmente utilizados y escuchados en la asistencia sanitaria es el llamado “evento adverso”. Un trabajo reciente sobre gestión de calidad de los gerentes de enfermería a través de la implementación de ciclos de mejora continua, participación de grupos de mejora, sistemas de monitoreo y modelos externos de calidad de evaluación, concluye que la implementación de un sistema de gestión de calidad permitirá minimizar o eliminar los efectos adversos evitables (Ayuso-Murillo et al., 2017). En España, el estudio ENEAS persigue los mismos objetivos. Gómez et al., (2019) concluyeron que la seguridad del paciente en situaciones de emergencia debe basarse en un entorno adecuado y un sector organizado, como buenas condiciones para transportar pacientes, uso de rutinas y protocolos, o identificación y organización de las camas, los cuales contribuyen positivamente a garantizar una atención de calidad y segura.

Brindar una atención segura ayuda a reducir la mortalidad, la morbilidad, la duración de la estadía en el hospital y el costo de la atención para las instituciones sanitarias. La seguridad del paciente está altamente vinculada a las actitudes del personal asistencial, donde aquellos con actitudes más positivas logran mayores grados de seguridad del paciente.

Un estudio que tuvo como objetivo evaluar las actitudes de las enfermeras que trabajan en hospitales gubernamentales en la Franja de Gaza concluyó que, a pesar del conocimiento suficiente y las actitudes favorables hacia el informe de errores de medicación, todavía hay un subregistro de errores de medicación. Recomiendan establecer cursos frecuentes de seguridad de medicamentos como requisito previo para todos los profesionales y abogan por la aplicación de alarmas de detección de errores, como programas digitales, para minimizar los errores de medicación.

La formación, como eje fundamental en garantizar la calidad asistencial y mejorar la seguridad clínica, es otro abordaje que encontramos en el artículo de Ribeiro Mendes, et al., (2018). En él presentan, mediante un estudio descriptivo, que tanto en las etapas de preparación como de administración, los errores más frecuentes fueron la falta de higiene de manos y del uso de técnicas asépticas. Esto indica la necesidad de desarrollar e implementar programas educativos centrados en la seguridad del paciente. Sin lugar a dudas, en el quehacer de enfermería y en la práctica clínica diaria existe un gran número de posibles intervenciones que

mejorarán y garantizarán una mejora continua de la calidad. El reto es poder ir abordándolas una a una dentro de las instituciones, y conseguir asumir el reto personal e institucional con miras a satisfacer la necesidad del paciente, para obtener un servicio de calidad y seguro.

Anziliero y Beghetto (2018), refieren que hubo una alta frecuencia de infracciones de los protocolos de seguridad a la hora de administrar nutrición enteral. Muchos se convirtieron en incidentes, y uno resultó en un evento adverso. Desafortunadamente, la mano autora de estos errores son profesionales de enfermería. Al mismo tiempo el estudio evidencia una oportunidad de mejora para reducir los incidentes y mejorar la seguridad clínica en este proceso.

Abordando la seguridad quirúrgica, desde la perspectiva del registro de actividad, encontramos que en el entorno perioperatorio se registra información en tres etapas: el ingreso, el acto quirúrgico y el postoperatorio inmediato. En este aspecto Gutiérrez et al., (2018) incluyó ocho recomendaciones con el objetivo de describir las recomendaciones de las enfermeras para las buenas prácticas de seguridad del paciente en el quirófano: (1) Participación de un equipo multiprofesional y los gerentes de la institución; (2) Establecimiento de una cultura de seguridad del paciente; (3) Uso de la lista de verificación de cirugía segura; (4) Mejora de la comunicación interpersonal; (5) Expansión del desempeño de las enfermeras; (6) Disponibilidad adecuada de recursos físicos, materiales y humanos; (7) Búsqueda individual para actualización profesional; y (8) Desarrollo de acciones de educación continua. Concluyen que las enfermeras pueden utilizar estas recomendaciones como estrategias de gestión de la atención para la seguridad del paciente en el quirófano.

La lista de verificación de seguridad quirúrgica (SSC) se introdujo en 2008 para mejorar el trabajo en equipo y reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas con la cirugía. Aunque es obligatorio en muchas instituciones de atención médica en todo el mundo, según un estudio de Gutiérrez et al., (2018) las enfermeras y los médicos tenían opiniones diversas sobre la coherencia y la aceptación de la misma. La participación dependía de la inversión de los individuos en el proceso de implementación y la capacidad de modificar el “Pass the Baston”. Generalmente, los participantes reconocieron el beneficio y el valor de usarlo en la lista de verificación. Concluyen que las soluciones alternativas y la construcción flexible en la implementación y diseño funcionan para mejorar las comunicaciones del equipo en cirugía y facilitar la normalización de la práctica.

3. OBJETIVO.

Encontrar diferentes ámbitos clínicos donde la enfermera es pieza clave en los equipos, a fin de garantizar la calidad asistencial y un entorno seguro para el paciente.

4. MÉTODO.

El presente artículo corresponde a un estudio descriptivo, transversal y longitudinal, mediante muestreo aleatorio. En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura, de los cuarenta primeros artículos donde estuviese involucrada la figura de la enfermera en las prácticas de calidad y seguridad clínica asistencial. A continuación, se hizo una búsqueda en las bases de datos de Google Académico y Pubmed, seleccionando los veinte primeros artículos que cumplieran los criterios de búsqueda definidos (calidad, seguridad asistencial, enfermera), entre enero de 2015 hasta diciembre de 2019. Posteriormente se construyeron tablas para el análisis de los artículos a partir de áreas de actuación (salud pública, área quirúrgica, urgencias, hospitalización, cuidados intensivos, oncología, pediatría). Y finalmente, se definieron categorías (calidad asistencial, seguridad clínica) mediante técnica de agrupación por temas para su posterior discusión teórica.

5. RESULTADOS.

De los 40 artículos revisados, veinte de Google Académico y veinte de PubMed, se observó que un 45% de los artículos de Google Académico cumplían los requisitos teóricos de inclusión en los temas valorados, mientras que los artículos de PubMed los cumplían en un 80%. Se construyeron tres grandes aspectos que se asocian con dimensiones importantes en un ambiente de seguridad clínica (enfermera, calidad asistencial y seguridad clínica). Se observó que un 15% de los artículos responden a temas de formación, un 7,5% de los artículos pueden ser asociados a temas de práctica clínica, un 15% pueden ser asociados a manejo de la información y un 15% pueden ser asociados a eventos adversos. El resto de los artículos no respondían a estas cuatro esferas. Los artículos que cumplieron con los requisitos de inclusión se consideraron para la construcción teórica de la introducción y conclusiones.

La práctica enfermera promueve brindar atención segura que ayude a reducir condiciones de mortalidad, morbilidad y la duración de la estancia en el hospital, impactando en el coste de la atención de las entidades sanitarias. La seguridad del paciente está altamente vinculada a proveedores de atención médica, siendo aquellos con actitudes más positivas quienes logran mayores grados de seguridad del paciente. Esto es aplicable a diferentes niveles de atención sanitaria, donde un equipo de enfermería y sus actividades tienen la capacidad de impactar positivamente en los pacientes, sus familiares y otras áreas de las instituciones hospitalarias. Las actividades educativas y el fortalecimiento de estilos de vida saludables son algunas de las actividades que agregan un constante valor a la salud de la población. Fassarella et al., (2019) identificaron cinco dimensiones de la cultura de seguridad vs calidad:

- Aprendizaje organizacional.
- Evolución de información y comunicación sobre error.
- Apoyo de gestión para la seguridad del paciente.

- Percepciones generales sobre la seguridad del paciente.
- Frecuencia de notificación de eventos.

Estas dimensiones pueden ser comparables con las cuatro dimensiones teóricas que han sido abordadas en nuestra revisión literaria de los artículos encontrados, que respondían a los criterios de inclusión teóricos propuestos. Estas conclusiones refuerzan la idea de los aspectos propuestos en este estudio son relevantes para desarrollar una cultura de calidad y seguridad asistencial. Estos son, básicamente, la formación, la práctica asistencial y el manejo de información y eventos adversos.

Gómez - Salgado et al., (2017), tienen razón al afirmar que la enfermería tiene un papel clave que refleja el compromiso por promover y difundir los avances en materia de calidad y seguridad clínica. En la práctica asistencial diaria, la enfermera es capaz de enseñar y difundir prácticas asistenciales seguras, siendo ésta una de las fortalezas de los profesionales de enfermería. Sin embargo, no podemos olvidar que el apoyo de la organización es de vital importancia a la hora de tomar decisiones y asignar presupuestos, a fin de poner en marcha los planes de acción y formación de los profesionales.

En la práctica asistencial, como bien argumenta Poghosyan et al., (2017), es necesario que se produzca un cambio de políticas para abordar los errores en la atención y prevenirlos antes de que ocasionen daños al paciente. La falta de previsión, el no tener planes estratégicos de actuación, y el no anticiparnos a posibles amenazas, deterioran y ponen en riesgo una práctica asistencial segura para el paciente. De ahí que una institución sanitaria deba ser capaz de tener un plan estratégico de actuación en calidad asistencial, que garantice a los pacientes recibir una atención segura y de calidad, dentro de las actividades de las organizaciones y los equipos de salud.

Abraham et al., (2012) destacan que uno de los objetivos fundamentales es mejorar y reducir los fallos en el proceso de transferencia de información en la práctica de los profesionales de enfermería. Para ello, debemos identificar el canal para el traslado de la información, y asegurarnos de que es confiable y seguro. Nos referimos aquí, a un mensaje donde estén valorados aspectos tan sencillos como la utilización de mensajes codificados (siglas), y que estos estén definidos por la organización, impidiendo que el receptor los malinterprete.

En el trabajo de Ayuso-Murillo et al., (2017), se resalta la relevancia de la gestión de calidad de los gerentes de enfermería a través de la implementación de ciclos de mejora continua. Es en estos ciclos, donde la enfermera es protagonista y miembro activo, interviniendo en la creación de sistemas de monitoreo de los estándares de calidad asistencial y en responder a los modelos de evaluación externa. Por lo tanto, es importante la responsabilidad de la enfermera en la implementación del sistema de gestión de la calidad. Sólo así, se pueden minimizar o eliminar los efectos adversos no deseados por las organizaciones y, a su vez, contribuir a que el paciente y la sociedad perciban estas instituciones como seguras y confiables.

6. CONCLUSIONES.

Mediante la lectura y el análisis de los artículos revisados podemos concluir que la seguridad del paciente debe basarse en un entorno adecuado, receptivo, organizado y estandarizado. El papel de la enfermera es fundamental no solo para pensar y proponer estrategias de seguridad clínica, sino también en la puesta en marcha de múltiples estrategias y mantenimiento de las mismas. El papel de la enfermera es de vital importancia para investigar y recaudar información sobre prácticas inadecuadas de seguridad clínica que necesiten revisión. Así pues, se trata de minimizar la posibilidad de que se genere un evento adverso o un fallo de seguridad en la atención de los pacientes y por ende de la calidad asistencial.

Las actividades de rutinas, seguimiento de protocolos, identificación de pacientes y organización de las actividades de enfermería a pie de cama del paciente generan procesos estandarizados y definidos por las organizaciones, encaminados a facilitar un entorno seguro y de calidad.

Garantizar una atención segura ayuda a reducir complicaciones en un ambiente asistencial y ambulatorio. Dichos eventos a menudo afectan la salud de los pacientes e impactan sobre los entornos de familia, la sociedad y también incrementan los costes de la atención sanitaria. Por lo tanto, no solo es importante para los pacientes, sino que también es relevante para las instituciones de salud. Aquellas instituciones comprometidas en facilitar la elaboración y gestión de prácticas asistenciales definidas, estandarizadas y seguras agregan mayor calidad asistencial.

Para la mejora continua, la evaluación permanente de los sistemas de gestión de calidad es importante para identificar de forma precoz posibles situaciones que pongan en riesgo el sistema y la consecución de la satisfacción de los pacientes. Aquí es donde recae sobre las organizaciones, la dirección de enfermería y sus equipos la labor de reevaluar constantemente el conocimiento, las actitudes y aptitudes frente a las prácticas que favorecen el adecuado mantenimiento de todo un sistema de gestión de calidad.

La situación actual en la práctica enfermera permite realizar recomendaciones sobre los cuatro aspectos señalados en el análisis de los artículos: formación, práctica asistencial, manejo de información y efectos adversos. Respecto a la formación, sería deseable incluir en los planes académicos la temática de calidad asistencial y sus componentes como asignatura obligatoria. No sólo por ser necesario para la formación de los profesionales, sino también por la evidencia existente de que una formación adecuada en estos aspectos contribuye favorablemente a una práctica segura. Esta repercute en una mayor calidad de la atención sanitaria, y en la realización de estrategias de formación continuada en las instituciones sanitarias que faciliten la integración de este aspecto en el quehacer diario, contribuyendo a la mejora de la calidad percibida por los pacientes.

En cuanto a la práctica asistencial, los artículos revisados resaltan la importancia de disponer de profesionales especializados en diferentes áreas. Para ello, las organizaciones españolas de representación de la enfermería mantienen una lucha continua para facilitar el camino a la especialización. Actualmente, la especialización de los profesionales de enfermería es una quimera. Existen algunas especialidades de enfermería, como salud mental o matronas, y otras que están a la espera de ser aceptadas, como médico-quirúrgica u oncología.

Sin embargo, no existe un claro compromiso por parte de las autoridades competentes para facilitar o generalizar este proceso. Nos encontramos aquí ante una doble vertiente. Por un lado, las instituciones y la sociedad reclaman tener profesionales de enfermería especializados. Por su parte, los profesionales de enfermería reclaman un reconocimiento adecuado de su esfuerzo por parte de las instituciones, ya que no es lo mismo contratar a una enfermera especializada que a una recién graduada. En términos de calidad asistencial, la enfermera especialista da garantías de una alta calidad en su desempeño profesional, debido a su grado de especialización, su conocimiento específico, su compromiso con la especialidad y la familiaridad con los aspectos propios de su área.

En relación con la información, el manejo adecuado de ésta contribuye a una actividad profesional segura. En torno a esto, debemos tener en cuenta que, en la actualidad, la información para el desempeño de las funciones de enfermería posiblemente no se encuentre definida en un marco de calidad asistencial. Esto generaría un incremento de los errores no cuantificados. En una situación ideal, la información entre los profesionales debe ser clara y fluida, con un volumen mínimo de interferencias en el canal utilizado. Sin embargo, en el mundo actual, repleto de interferencias y con múltiples canales de comunicación disponibles, el error se puede dar con facilidad. Este error puede causar un deterioro en la salud de los enfermos e incluso la muerte. El papel de la enfermera de calidad en este contexto es de vital importancia, ya que es quien debe canalizar los protocolos de actuación y filtrar la información para los profesionales, asegurándose de que todos entiendan lo mismo y de que éstos dispongan de vías para notificar posibles errores.

Por último, los eventos adversos no son únicamente un aspecto no deseado por las instituciones, sino una realidad que no puede obviarse, y que los profesionales de enfermería a pie de cama deben tener presente. Para ello, la enfermera de calidad debe tener la capacidad de definir estándares con diferentes niveles, así como asegurarse del cumplimiento de estos. Entre sus actividades se incluyen planificar actividades de control, visitar unidades de enfermería y controlar y gestionar actividades que faciliten la medición del cumplimiento de los estándares. Todas ellas con el objetivo de reducir los eventos adversos. Ante la aparición de algún evento adverso, la enfermera de calidad debe asegurar el adecuado registro del evento en la herramienta que la organización tenga disponible a tal efecto. No obstante, incluso en las condiciones de contingencia, la enfermera de calidad y los demás profesionales de enfermería deben disponer de una vía alternativa para registrar y notificar los eventos adversos.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Abu El Noor, M., Abu El Noor, N., Abuowda, Y., & Böttcher, B. (2019). Patient safety culture among nurses working in Palestinian governmental hospital: a pathway to a new policy. *BMC Health Service*, 6- 19.

Anziliero, F., & Beghetto, M. (2018). Incidents and adverse events in enteral feeding tube users: warnings based on a cohort study. *Nutrición Hospitalaria*, 27-35.

Ayaad, O., Haroun, Yaseen, R., Thiab, F., Al-Rawashdeh, K., Mohammad , I., Nairat, A. (2019). Improving Nurses' Hand-off Process on Oncology Setting Using Lean Management Principles. *Asian Pac J Carcer Prev*, 1563-1570.

Ayuso-Murillo, D., De Andre-Gimeno, B., Noriega-Matanza, C., López-Suárez, R., & Herrera-Peco , I. (2017). Quality Management, a directive approach to patient safety. *Enfermería Clínica*, 251-255.

Brose, L., & March, K. (2015). Effectiveness of Structured Hourly Nurse Rounding on Patient Satisfaction and Clinical Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 153-159.

Carratalá Munuera, C. (2017). Calidad y Seguridad en los Cuidados. *Revista Científica de Enfermería*, 2-4.

Fassarella , C., Silva, L., Camerini, F., & Figueiredo, M. (2019). Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm.*, 767-773.

García Jiménez, A. B. (2018). La comunicación médico-enfermera. Implicaciones para el paciente, barreras y estrategias de mejora. *UIBrepositori*.

Gómez, A., Ferreira, M., Salvador , P., Bezerril, M., Chiavone, F., & Santos, V. (2019). Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. *Rev Bras Enferm.*, 753-759.

Gómez-Salgado, J., Camacho-Bejarano, R., Lima-Serrano, M., Rodríguez Gómez, S., & Padín-López, S. (2017). Presentación del Número Especial: Calidad Asistencial y Seguridad Clínica. La enfermera como pieza clave para la mejora de la calidad y la seguridad en los servicios de salud. *Enfermería Clínica*, 63-64.

González-Mendez, M., & López-Rodríguez , L. (2017). Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico. *Enfermería Clínica*, 113-117.

Gutierrez, L., Santos, J., Menegon, F., Sebold, L., & Erdmann, A. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm*, 2775-2782.

Herrera Rodríguez, F., & García E., I. (2015). Una revisión histórica de la seguridad clínica.

Recuperado de <http://fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo1.pdf>

OMS. (2004). Alianza para la seguridad el paciente. Internet, Citado 15 Febrero 2017. Recuperado de <http://www.who.int/patientsafety/es/>

OMS. (2014). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 12 de 04 de 2018, de <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>

Poghosyan, L., Allison, A., Fleck, E., Bruzzese, J.- M., Talsma, A., & Nannini, A. (2017). Prumary Care Providers` Perspectives on Errors of Omission. *JABFM*, 733-742.

Porcel-Gálvez, A. M. (28 de Octubre de 2019). Resultados sensibles a la práctica enfermera: investigación clínica y evidencia. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40.

Pozo Muñoz, F., & Padilla Marín, V. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Calidad Asistencial*.

Ribeiro Mendes, J., Barbosa Teixeira Lopes, M., Vancini-Campanharo, C., Pinto Okuno, M., & Asssayag Batista, R. (2018). Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. *Esinstein (Sao Paulo)*, 16.

Santos Vélez, S. (2017). Perspectiva enfermera de la seguridad clínica percibida por los pacientes con cardiopatía isquémica estable, sometidos a cateterismo cardíaco con acceso radial en régimen ambulatorio versus ingresado. Tesis de Maestría (Universidad de Sevilla).

Torres, B., Nolasco, A., Cervera, A., Seva, A., & Barbera, c. (2016). Seguridad Quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro. *Enfermería Global*, 184-194.

Villar Díez, A. (2018). Estrategias de mejora en la seguridad del paciente quirúrgico. Universidad de la Rioja.

Recibido: 02/03/2020

Aceptado: 07/05/2020

“LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD”: UNA REVISIÓN SOBRE EL CONCEPTO Y SUS UTILIDADES.

CARMEN BUSQUETS FERRER

Enfermera Hospital Santa Cristina Madrid.
cabferrer@gmail.com

DANIEL MUÑOZ JIMÉNEZ

Enfermero Universidad Pontificia de Salamanca. Salus Infimorum.

PALABRAS CLAVE

Alfabetización en salud, eSalud, enfermeras educadoras, capacitación en salud.

RESUMEN

En este artículo se realiza una revisión bibliográfica que nos aproxima a La Alfabetización en Salud (AES), que es un término creado en los años 70. Se define como las habilidades para acceder, procesar, juzgar y entender la información sobre salud. Se han creado diversos modelos y métodos de evaluación, destacando entre todos los dados por el European Health Literacy Survey (HLS-EU). Algunos autores han contextualizado la AES en el marco digital actual, evaluando estas habilidades para diseñar la información proporcionada en internet. La utilidad de investigar la Alfabetización es que se hace preciso conocer el grado de alfabetización en salud de la población para poder diseñar estrategias de capacitación en hábitos saludables y en autogestión de la enfermedad a los pacientes. Las enfermeras son los profesionales que pueden desarrollar proyectos en base a sus hallazgos en relación con la Alfabetización.

KEYWORDS

Health Literacy, "eHealth", nurse educators, health training.

ABSTRACT

Health Literacy (HL), a term created in the 70's, is defined as the abilities to obtain, process, and understand basic health information. In this article, a bibliographic review is carried out that brings us closer to HL. There are several models and assessment methods, highlighting among all, the ones from the European Health Literacy Survey (HLS-EU). Some authors, assess the abilities in the eHealth context, evaluating these abilities to design the information provided on the internet. The usefulness of researching Literacy is that it is necessary to know the degree of health literacy of the population in order to design training strategies in healthy habits and self-management of the disease for patients. Nurses are the professionals who can develop projects based on their findings regarding HL.

1. INTRODUCCIÓN.

Hoy en día, la población española se caracteriza por ser una población envejecida; según datos de la Proyección de Población en España 2014-2064 publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), “el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064”. Por primera vez el número de defunciones superará al número de nacimientos en el 2015 (saldo vegetativo negativo) (INE, 2016). A nivel mundial existe una paradoja. El mundo está en un momento de superpoblación, lo que supone que el número de personas supera los recursos disponibles en el planeta. Los recursos, se concentran en los países con más índice de desarrollo (Europa y Norte América) (Basagoiti, 2012).

Un claro ejemplo de esta situación de desigualdad es, que según el estudio de estadística sobre el Panorama de la Salud Mundial publicado en 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “El riesgo de que un niño muera antes de cumplir 5 años es ocho veces mayor en la Región de África que en la Región de Europa de la OMS” (OMS, 2014). En este punto, a nivel internacional se aboga por políticas sostenibles y ecológicas, que aseguren la estabilidad y longevidad de los recursos y esto pasa por la responsabilidad compartida, las de los profesionales y los ciudadanos en el cuidado de su salud.

Esta idea de sostenibilidad es aplicable al marco sanitario. Por su propia naturaleza, es esencial que los recursos sanitarios perduren y sean utilizados de forma responsable y eficaz para garantizar su disponibilidad futura y esto, también supone un cambio en los roles de los profesionales sanitarios para lo cual algunos grupos, por ejemplo las enfermeras, tienen mayor formación y desarrollo de competencias, y por ello, están capacitadas para asumir mayores responsabilidades en el mundo de los servicios sanitarios.

2. LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

Según estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en 2013 España gastó en sanidad pública unos 2.099 dólares por persona, 437 dólares menos que la media del resto de países. Si se observa el gasto en sanidad sobre el Producto Interior Bruto (PIB), en este caso la diferencia es menor; nuestro país gastó el 6,4%, frente al 6,5% de la OCDE (OCDE, 2015). Sin embargo, nuestro sistema de salud se considera muy eficiente debido a su equidad y a su capacidad de transformación; cualquier persona puede acceder al mismo, al recurso que necesita, lo que no sucede en la mayoría de los países, y esto supone que dispone de flexibilidad, lo que le lleva a la sostenibilidad.

El 10 de Abril de 2010, el periódico El País publicaba el artículo “La sostenibilidad del sistema sanitario público”, en el que el Dr. Sánchez Bayle, presidente de la International Association of Health Policy, y Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa

de la Sanidad Pública, señalaba que actualmente el gasto sanitario español se encuentra por debajo de la media de la OCDE, 313 euros per cápita menos y 0,5 puntos porcentuales menos sobre el PIB, con un crecimiento anual del gasto sanitario del 2,7% en los últimos 10 años, promedio de la OCDE, 4,5% . Además reseñaba que nuestro gasto sanitario es muy eficiente considerando como resultado la esperanza de vida de la población (El País, 2010).

3. EL PACIENTE EMPODERADO Y ACTIVO COMO UNA SOLUCIÓN A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

Un elemento de desarrollo que se ha propuesto cuando se habla de realizar nuevos enfoques de futuro es el trabajo en estrategias de “Paciente activo y empoderado”. El término paciente activo surge a principios del siglo XXI como consecuencia del auge de las enfermedades crónicas. Hoy en día es una realidad; se define como aquel que “se preocupa por su salud, se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad” (Jovell et al., 2006). Como consecuencia de este cambio de rol, el usuario está demandando más información y presenta unas altas expectativas con respecto a su salud y la atención recibida; esta forma emergente, contrasta con la tradicional actitud pasiva (Catalán & Talavera, 2012).

Este cambio se debe, entre otros, al aumento del nivel educativo de la población española. Según datos del INE el 56% de la población adulta española posee estudios de la segunda etapa de Educación Secundaria o estudios superiores (Mestre, 2014). Además el abandono educativo temprano ha disminuido considerablemente desde 2005 hasta la actualidad, por ejemplo, en las comunidades autónomas donde hay mayor nivel de abandono (Andalucía, Murcia, Ceuta y Melilla) ha descendido de un casi 40 % al actual 27% (European Commission, 2015).

También se relaciona con los cambios en la estructura y roles familiares; una transformación de la percepción de salud como un bien individual y subjetivo, no como una situación estática, sino como el desarrollo de todas las capacidades individuales de la persona, que se consigue mediante un proceso permanente y continuo. “No vivimos para tener salud, sino que procuramos tener salud para vivir con más intensidad y mejor” (European Commission, 2015).

Y por supuesto, se vincula con un aumento de la prevalencia de la enfermedad crónica, lo que supone la adopción de estrategias de autocontrol y autocuidado; y finalmente la aparición de las asociaciones de pacientes como intermediarios entre el sistema sanitario y los mismos (Jovell et al., 2006). Sin duda, la activación de los ciudadanos en la corresponsabilidad de la salud y su participación activa en la toma de decisiones se convierten en un elemento de futuro, muy relacionado con un término emergente, el Empowerment.

La OMS (2012) define el Empowerment como “un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud”. El empoderamiento puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual, los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias para la participación en la toma de decisiones (Basagoiti, 2012).

Así, el paciente-ciudadano se responsabiliza de su salud y quiere tomar sus propias decisiones (Jovell, 2006). De esta forma, se habla de empoderamiento del paciente o Empowerment, ya que éste no deja su salud de forma ciega en manos de los profesionales sino que toma una actitud más protagonista, define los objetivos terapéuticos y toma decisiones. Sin embargo, aquí surgen numerosos dilemas, ya que a pesar de ser una actitud muy beneficiosa y positiva, da pie a cuestionarse si el paciente está verdaderamente preparado para tomar decisiones, y asumir sus consecuencias.

Se sabe que las conductas individuales juegan un papel muy importante en la salud de las personas, al igual que el medio ambiente. El término “estilo de vida” es utilizado para expresar el conjunto de conductas que conforman el modo de vida. A veces se tiende a considerar al individuo como el principal y único responsable de las consecuencias que tienen para su salud, excluyendo e ignorando otros factores causales en el origen de la enfermedad y su desigual distribución. Las decisiones que se toman dependen en gran medida del ambiente cultural, social, económico e incluso físico en el que se vive. “Elegir un estilo de vida saludable no sólo depende de la voluntad (“querer”), sino también del conocimiento (“saber”) y de la accesibilidad al mismo (“poder”)” (European Commission, 2015).

Por esta razón es esencial que el ciudadano se forme en temas de salud y tenga un mínimo conocimiento que le posibilite entender los diagnósticos, o decidir que tratamientos/cuidados se podrían adecuar mejor a su situación; y en el caso de no disponer de esos conocimientos, debería tener las habilidades suficientes para buscar información a través de todas las fuentes de información a su alcance, juzgando si ésta se ajusta a su situación personal.

“España podría mejorar la continuidad de la asistencia sanitaria ofrecida al creciente número de personas con una o más enfermedades crónicas, evitando así admisiones hospitalarias innecesarias para personas con asma o insuficiencia cardíaca congestiva. España también podría mejorar la calidad de los servicios de emergencia para personas admitidas al hospital debido a infartos agudos de miocardio (IAM) o Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico, incrementando así la supervivencia” (OECD, 2015).

Los datos de la OCDE del Health at a Glance 2015 determinan entre los principales hallazgos: “la expectativa de vida en España es la segunda más alta en la OCDE (después de Japón). Para lograr un mayor progreso es necesario realizar un abordaje a importantes factores de riesgo

para la salud como el consumo de tabaco y alcohol, al igual que la obesidad en poblaciones adultas e infantiles”. En este punto juegan un papel muy importante las políticas de prevención y promoción de la salud, ya que engloban acciones que evitan o controlan precozmente la enfermedad, además de disminuir los gastos sanitarios. Aparece entonces el término de Alfabetización en Salud que es una traducción del inglés Health Literacy, fue creado por Simonds en el año 1974 en un artículo donde “hacía un llamamiento a que la educación para la salud en la escuela permitiera a los estudiantes adquirir conocimientos sobre la salud, al igual que lo hacían en las materias tradicionales como matemáticas e historia” (Simonds, 1974).

Conceptualización de Alfabetización en Salud (AES).

De entre todos los artículos que hemos revisado sobre Alfabetización en Salud para este trabajo, destaca uno publicado en el año 2012 titulado “Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”, en él se analizan 17 definiciones diferentes de la AES, y 12 modelos conceptuales (Simonds, 1974).

Este artículo explica cómo se ha ido transformando la definición de Alfabetización en Salud (AES). Al principio ésta se centraba en la capacidad de realizar operaciones numéricas y en comprender textos relacionados con la salud, sin embargo, actualmente se tiende a pensar en la AES como la utilización simultánea de unas habilidades concretas, como informarse en materia de salud y actuar en consecuencia, entender las recomendaciones de los profesionales, sin olvidar la influencia que tiene el nivel de motivación, conocimientos e implicación (Simonds, 1974). Todo ello produce una interacción entre lo que el sistema sanitario moderno espera de los usuarios y las habilidades individuales de éstos.

En este artículo, tras analizar las diferentes definiciones y condensarlas, Sorensen et al. (2012), establecen una nueva: “La AES se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta”.

También cabe destacar la definición promulgada por la Organización Mundial de la Salud, en su glosario de términos de Salud Pública: “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (OMS en Basagoiti, 2012).

En definitiva, la AES es un conjunto de habilidades que capacitan a la persona para obtener, procesar y entender la información básica sobre la salud, acciones necesarias para tomar decisiones apropiadas en un contexto sanitario. Es un concepto dinámico, influido

por factores culturales, individuales y sociales (edad, interacción social, idioma y vivencias personales en el proceso salud-enfermedad).

El Modelo de Sorensen/ European Health Literacy Survery (2012), combina las dimensiones de la AES (atención y cuidado, prevención de la enfermedad y promoción de la salud) con las cuatro dimensiones referidas al procesamiento de la información (acceder, entender, evaluar y aplicar). Como resultado obtenemos 12 dimensiones. Además se incluye en el núcleo del modelo la motivación, dando cabida a los enfoques sociales, antropológicos y psicológicos de la AES.

El papel de las TIC.

Un estudio realizado en el año 2012 por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, titulado “Los ciudadanos ante la e-Sanidad” declara que actualmente en España la principal fuente de información para la población general es el profesional sanitario (88,1% consulta médica u otros profesionales), y que internet como recurso informativo sanitario es utilizado por el 29,9% de la población, la fuente con menor grado de uso (ONTSI, 2016).

Sin embargo, también apunta que el 48,3% de los internautas utilizan Internet como fuente de información en temas de salud. En la población joven y de mediana edad (menores de 50 años), es utilizada por más del 40% de los encuestados. A partir de esta edad, el uso de Internet como fuente de información se reduce de manera importante, siendo del 21% en sujetos de 50 a 64 años y casi testimonial (4,8%) entre los ciudadanos de 65 años o más (ONTSI, 2016).

Datos del INE publicados el 1 de octubre del 2015, señalan que el 64,3% de la población entre 16 y 74 años utiliza internet a diario. El 78,7% de los hogares españoles tiene acceso a la red, frente al 74,4% del año anterior. Esto significa que en España existen 12,6 millones de viviendas familiares con acceso a internet (INE, 2015).

Por ello se deduce que en un espacio de tiempo no muy lejano, internet será una fuente de información muy importante, para toda la población. Esta tendencia responde a un fenómeno llamado eSalud, que se define como “la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el ámbito de la salud”. Pero internet no sólo se caracteriza por ser un recurso informativo, sino también un medio de comunicación, una herramienta para la provisión de servicios y un campo de actuación pública. Un ejemplo de ello es la plataforma web PyDeSalud, diseñada para los ciudadanos con enfermedades crónicas de gran impacto socioeconómico (Perestelo-Pérez et al., 2013). En este punto es donde internet presenta su mayor beneficio, ya que permite que los pacientes se involucren en el proceso de toma de decisiones, aumenta su satisfacción y permite un correcto manejo de los cuidados (Navas-Martin et al., 2012).

Es decir, se pueden destacar cinco puntos fuertes de Internet como fuente de información que son (Jain & Bickham, 2014):

- Fácil acceso a la información.
- Aumenta la involucración del usuario en cuanto a su salud.
- Permite la interacción.
- Existe información adaptada a la población general.
- Promueve la confidencialidad y el anonimato.

No obstante, internet presenta dos barreras como fuente de información: la fiabilidad y el grado de legibilidad (Lupiáñez-Villanueva, 2011). Para valorar el grado de alfabetización se utilizan diferentes instrumentos que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1 Análisis de los instrumentos de medida de la alfabetización en salud en patologías/poblaciones específicas.

AÑO	AES en Patología o grupo	ESCALA	AUTORES
2001	Diabetes	Literacy Assessment for Diabetes (LAD)	Nath, Sylvester, Yasek y Gunel.
2006	Cáncer	Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer Test (SIRACT)	Agre et al.
2007	Nutrición	Nutrition Literacy Scale (NLS)	Diamond.
2009	Reuma	Functional Health Literacy Test (FHLT)	Zhang, Thumboo, Fong, y Li,
2009	Salud bucodental	Oral Health Literacy Instrument (OHLI)	Sabbahi, Lawrence, Limeback, y Rootman
2010	Padres	Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT) 55 y dos versiones cortas: PHLAT-10 y PHLAT-8; y versión en español	Kumar et al.
2011	Diabetes	Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)	Fransen, Van Schaik, Twickler, y Essink-Bot
2012	Hipertensión arterial	High Blood Pleassure Health Literacy Scale (HBP-HLS)	Kim et al.
2012	Cáncer de colon	Assesment of Colon Cancer Literacy (ACCL)	Pendlimari, Holubar, Hassinger, y Cima.
2012	Diabetes	Special Diabetes Program for Indians Healthy Heart Health Literacy (SDPI-HH HL)	Brega et al.
2012	VHP y cancer de cervix	TALKDOC	Helitzer, Hollis Sanders y Roybal.
2013	Diabetes	Chinese Health Literacy Scale for Diabetes (CHLSD)	Leung, Lou, Cheung, Chan y Chi
2013	Salud bucodental	Oral Health Literacy Assessment in Spanish (OHLA-S) and English (OHLA-E)	Lee, Stucky, Rozier, Lee, y Zeldin
2013	Nutrición	Nutrition Literacy Assessment Instrument (NLAI)	Gibbs y Chapman-Novakofski
2013	VIH	HIV-Related Health Literacy Scale (HIV-HL)	Ownby et al.
2015	Salud Mental	Mental Health Literacy Scale (MHLS)	O'Connor M y Casey L.

Fuente: Elaboración propia.

Actualmente los instrumentos más utilizados en la medición de la AES son el TOFHLA, REALM y Newest Vital Sign (NVS). Ambas pertenecen al grupo llamado escalas de valoración objetiva.

El test TOFHLA (creado en 1995 por Parker et al.) es considerado la principal herramienta para la medición de la AES, y se divide en dos partes. La primera parte evalúa las habilidades numéricas de los pacientes para aprender pautas y/o dosis de medicamentos. La segunda parte mide la comprensión lectora. Existe una versión en español y una versión breve.

El test REALM fue el primer instrumento de medición de la AES, en el año 1991 por Davis et al. Es un test de reconocimiento de 125 palabras desarrollado para identificar pacientes con baja AES. El paciente tiene que leer todos los términos en voz alta, de esta forma se puntúa positivamente cuando su pronunciación es correcta y negativa cuando es incorrecta. Se han desarrollado numerosas versiones, desde versiones más cortas, adaptadas a adolescentes, adaptadas en la consulta del dentista, y adaptada para la población hispanohablante.

¿Qué implica una baja Alfabetización en Salud (AES) para los ciudadanos?

Las consecuencias de una baja AES son:

- Menor nivel de salud percibida (Ruiz-Cabello, 2015).
- Menor uso de los recursos preventivos (Baker et al., 2004) en contraste con una mayor tasa de hospitalización e hiperfrecuentación de los servicios de urgencias.
- Detección tardía de la enfermedad y de sus síntomas (Basagoiti, 2012).
- Peor comunicación médico-paciente.
- Peor conocimiento de la enfermedad y de sus síntomas en enfermos crónicos, y en definitiva, deficiente autogestión de la enfermedad (Gazmararian et al., 2003).
- Consumo inadecuado de los medicamentos, errores de dosificación y baja adherencia terapéutica (Paschal et al., 2016).
- Aumento de la tasa de mortalidad. Un estudio realizado en Inglaterra y publicado en el 2012, muestra que un nivel de AES deficiente se asocia a un mayor riesgo de muerte de más de cinco años, incluso teniendo en cuenta las circunstancias socioeconómicas y de salud de referencia (Bostock & Steptoe, 2012).

Asimismo, diversos estudios demuestran que una baja alfabetización en salud en los padres está relacionada con el uso indebido de las urgencias pediátricas y errores en la dosificación de los medicamentos de sus hijos (Stikes et al., 2015).

Es decir, las consecuencias de una baja AES influyen directamente sobre la salud individual y colectiva.

Individualmente influye en los grupos más vulnerables, sobre todo cuando la enfermedad en cuestión es grave y compleja, como en el caso del cáncer, dándose situaciones problemáticas en la comunicación médico-paciente con respecto a riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento o la no comprensión del consentimiento informado (Davis et al., 2002).

Colectivamente entorpece y encarece el funcionamiento del Sistema Sanitario, además de suponer un impacto económico significativo; de hecho, la National Academy on an Aging Society de Estados Unidos estima que una alfabetización en salud baja supone un coste adicional de 73 mil millones de dólares al año en los fondos que este país destina a su sistema de salud, una cifra nada desdeñable.

4. EL PROYECTO EUROPEO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD.

Han pasado 40 años desde que se creó éste término; y 18 años desde que se publicó en el Glosario de Términos de Salud Pública de la OMS.

Hasta hace unos años el desarrollo en investigación de AES se concentraba en Estados Unidos y Canadá. Entre los años 1991 y 2005 Europa proporcionaba menos de un tercio de publicaciones globales relacionadas con la AES (Falcón & Luna, 2012). Sin embargo en la última década se han abierto las fronteras internacionales.

En el año 2008, la Comisión Europea planteó una estrategia que duraría hasta el año 2013; el objetivo de ésta era afrontar los problemas de Salud Pública presentes en la población de los Estados miembros.

En el año 2009 se pone en marcha el Proyecto Health Literacy Survey European Project (HLS-EU) financiado por la Comisión Europea. En él se planteó la necesidad de contar con un instrumento adecuado para medir la Alfabetización en Salud, y documentar, por primera vez, datos sobre la AES en los países europeos y así, contar con indicadores para una vigilancia tanto a nivel nacional como de toda la Unión Europea (UE) y establecer una Red Europea de Alfabetización en Salud (Falcón & Luna, 2012).

Como consecuencia nace el marco conceptual citado anteriormente de Sorensen et al., (2012) y la escala HLS-EU-Q, que se tradujo a seis lenguas (búlgaro, holandés, alemán, griego, polaco y español).

Entre los 8 países Europeos que participaron en el Proyecto (Grecia, Irlanda, Polonia, España, Países Bajos, Alemania y Bulgaria) se administró un cuestionario validado aplicando los estándares del Eurobarómetro en sus procedimientos de muestreo y metodología. Los resultados fueron que “la alfabetización en salud del 12,4% de los europeos resultó inadecuada, mientras que un 35,2% tenía una alfabetización en salud problemática. En otras

palabras, una de cada dos personas en Europa tiene una alfabetización en salud limitada”. La muestra incluyó un total de 1.000 personas por país.

La muestra española fue recopilada por la empresa Intercampo, Investigación y Técnicas de campo S.A, entre el 5 y el 21 de Julio del 2011. Para recabar información se empleó la técnica de las encuestas personales asistidas por ordenador o CAPI. Las entrevistas guardaron la proporción con los estándares demográficos nacionales de las siguientes características sociodemográficas: edad, sexo, área de urbanización y distribución por Comunidades Autónomas. Los resultados de la muestra española fueron: 9,5% tiene un nivel excelente, el 32,6% nivel suficiente, el 50,8% nivel problemático y, finalmente, el 7, 5% tiene un nivel inadecuado. (Speros, 2011).

A la vista de lo encontrado, la pregunta es: ¿cómo se relaciona este concepto de Alfabetización con el papel que han de jugar las enfermeras como líderes de esta estrategia, y qué son capaces de aportar estos profesionales a la sociedad para su capacitación en Salud?

La Educación para la Salud es uno de los pilares más importantes en enfermería. De entre todos los profesionales del Sistema Sanitario Español, sin duda, el que más horas pasa al lado del paciente es el equipo de enfermería. Por ello es el más accesible y al que se suele recurrir en primera instancia en momentos de duda, desconocimiento o inquietud. Aunque es evidente que la Alfabetización en Salud está íntimamente relacionada con la enfermería, se puede contextualizar esta relación en un marco teórico-enfermero; éste podría ser el de Dorothea Orem.

Primero se podría relacionar la AES con la “Teoría del Autocuidado”. Para Orem el autocuidado es una conducta dirigida por las personas sobre sí mismas, los demás y el entorno, lo que ocasiona un beneficio. Este proceso tiene tres fases (García Martín, 1995):

- Fase I: La toma de conciencia, lo que implica capacidad cognitiva, procesar información y dar significado a una situación.
- Fase 2 : La toma de decisión, lo que exige motivación y pensar en la causa-efecto.
- Fase 3 : La ejecución de la acción, lo que implica la capacidad motora y persistir en el curso de la acción.

Speros, en el artículo “Promoting Health Literacy: A Nursing Imperative” realiza un símil entre una persona con baja Alfabetización en Salud y otra que acude a un servicio de urgencias en donde nadie habla su idioma. En este servicio de urgencias nadie se toma el tiempo de preguntarle si está entendiendo lo que le están diciendo, le preguntan cosas que no es capaz de traducir ni entender, y finalmente le entregan un montón de papeles que no entiende y le piden que los firme. Esta situación ocasiona confusión, frustración y pánico (Speros, 2011).

Acorde con el “sistema de enfermería de apoyo-comunicación” de Orem, las enfermeras juegan un rol de importancia en la facilitación de la comunicación y en definitiva en el proceso de promoción de la salud, evalúan las motivaciones individuales, identifican barreras en la comprensión, hacen que la información sea legible y accesible adaptando la información a cada persona. (García Martín & Sellán Soto, 1995). Estas estrategias, en definitiva, son las que promueven el empoderamiento del paciente.

En segundo lugar, existen algunas organizaciones sanitarias, la mayoría americanas, que han publicado un conjunto de recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios para mejorar y facilitar la alfabetización en salud en sus pacientes. Entre ellas, se destaca: The Health Literacy Universal Precautions Toolkit from the Agency for Healthcare Research and Quality (Darren et al., 2020). Estas recomendaciones son dadas por la Agency for Healthcare Research and Quality perteneciente al U.S. Department of Health & Human Services.

Además, se sugiere que los profesionales sanitarios, y por tanto a las enfermeras que ante un paciente desconocido, presupongan que tiene baja alfabetización en salud. El toolkit (“kit de herramientas”) proporciona una guía basada en la evidencia científica, para su fácil administración y aprendizaje se divide en cuatro apartados, que son:

- Comunicación hablada.
- Comunicación escrita.
- Automanejo y empoderamiento.
- Sistemas de apoyo.

En este toolkit también añade que los ciudadanos con baja AES, tienen menos probabilidad de hacer preguntas durante la entrevista clínica, buscan menos información en salud y tienen dificultades para entender la terminología y el argot sanitario o de salud.

5. CONCLUSIÓN.

Actualmente el concepto alfabetización en salud es casi desconocido y poco reconocido en España, además, en este país, los estudios que determinan el nivel Alfabetización en Salud (AES) en distintas poblaciones son mínimos. Sin embargo, esta situación es muy distinta en otros países como Estados Unidos, que se presenta como un país puntero en el estudio de la Alfabetización en Salud.

Entre la bibliografía científica, no se ha encontrado otro estudio que relacione la escala europea con la escala de valoración en eSalud. Si bien la valoración de las habilidades en eSalud se mide con la escala de Norman y Skinner (escala eHEALS), en la mayoría de estudios se utiliza una escala complementaria que analice la AES global o pruebas específicas con el ordenador e Internet (Falcón & Luna, 2012).

En el caso de la validación española, la autora relaciona la escala eHEALS con otras escalas de bienestar psicológico, obteniendo relaciones positivas significativamente estadísticas entre la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima.

Atendiendo a los datos recogidos en el Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud, el nivel de Alfabetización está fuertemente relacionado con la educación formal, es más, los datos recogidos en el proyecto muestran que aquellos países con mejores promedios de educación tienen unos menores porcentajes de población con alfabetización en salud limitada.

La enfermera puede ser el profesional capaz de ejercer un mayor liderazgo a la hora de trabajar desde el conocimiento del grado de Alfabetización en Salud de las poblaciones y desarrollar proyectos eficaces en lo que la capacitación en salud, entrenamiento en autocuidado y las acciones de promoción, mejoren la salud, la adherencia a los hábitos saludables y la calidad de vida de los ciudadanos.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *Journal of general internal medicine*, 19(3), 215-220.

Basagoiti, I. (2012) Alfabetización en salud. De la información a la acción. Recuperado el 2 de mayo de 2020 de <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>

Blanco Pérez, A., & Gutiérrez Couto, U. (2002). Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. *Revista española de salud pública*, 76, 321-331.

Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *Bmj*, 344, e1602.

Catalán, V. G., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26).

Darren A. DeWalt, M.D., M.P.H. Leigh F. , Callahan, Ph.D. Victoria H. Hawk, M.P.H., R.D., Kimberly A. Broucksou, M.S.W., M.P.A., Ashley Hink, M.P.H. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 2010 Revisión 2020). Recuperado el 16 de abril de 2020, from <https://www.ahrq.gov/health-literacy/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>

Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. *CA: a cancer journal for clinicians*, 52(3), 134-149.

EUROPEAN COMMISSION. Education and Training Monitor 2015, Country Analysis. p. 250-259. Recuperado en fecha de 16 de abril de 2020 de http://www.moec.gov.cy/aethee/chrisimo_yliko/education_training_2015/education_training_monitor_2015_vol2.pdf

Falcón, M., & Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98.

García Martín C, Sellán Soto M. (1995). Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería.

Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient education and counseling*, 51(3), 267-275.

Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras de población y censos demográficos / Proyecciones de población (2016). Recuperado el 2 de mayo de 2016 de http://www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob_inicio.htm

Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. 2015. Recuperado el 16 de abril de 2020. <http://www.ine.es/prensa/np933.pdf> Navas-Martin, M. Á., Albornos-Muñoz, L., & Escandell-García, C. (2012). Acceso a fuentes de información sobre salud en España: cómo combatir la infoxicación. *Enfermería Clínica*, 22(3), 154-158.

Jain, A. V., & Bickham, D. (2014). Adolescent health literacy and the Internet: challenges and opportunities. *Current opinion in pediatrics*, 26(4), 435-439.

Jovell, A. J. (2006). El paciente del siglo XXI. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 29, pp. 85-90). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Jovell, A. J., Rubio, M. D. N., Maldonado, L. F., & Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria*, 38(4), 234-237.

Lupiáñez-Villanueva, F. (2011). Salud e internet: más allá de la calidad de la información. *Revista española de cardiología*, 64(10), 849-850.

Mestre, A. G. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería clínica*, 24(1), 67-73.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI). Los ciudadanos ante la e-Sanidad. 2012. Recuperado el 10 de mayo de 2016 http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf

OCDE. Panorama de la educación, Interim Report 2015. Recuperado el 1 de Mayo de 2020 de <https://www.educacionyfp.gob.es/inee/indicadores/indicadores-internacionales/ocde/2015-report.html>

OECD. Health at a Glance 2015. ¿Cómo compara España? (2015). Recuperado el 2 de mayo de 2020 de <https://www.oecd.org/spain/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-SPAIN-In-Spanish.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Salud 2020. Un marco político y una estrategia europea para el siglo XXI. (2012). Recuperado el 2 de mayo de 2020 de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública. (2014) Recuperado el 2 de mayo de 2020 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf

Paschal, A. M., Mitchell, Q. P., Wilroy, J. D., Hawley, S. R., & Mitchell, J. B. (2016). Parent health literacy and adherence-related outcomes in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 56, 73-82.

Perestelo-Pérez, L., Pérez-Ramos, J., Abt-Sacks, A., Rivero-Santana, A., & Serrano-Aguilar, P. (2013). Promoción de la participación ciudadana en cuidados de salud a través de PyDEsalud. com. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 466-467.

Ruiz-Cabello, A. L. (2015). La alfabetización en salud de la población española: variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud (Doctoral dissertation, Universidad de Murcia).

Sanchez, Bayle, M. (15 de abril de 2010). La sostenibilidad del sistema sanitario público. *El País*. Recuperado el 2 de mayo de 2020 de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/04/15/actualidad/1271282402_850215.html

Sarmiento, P. B., Gutiérrez, M. F., Méndez, M. P., & Piris, M. F. (2015). Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psychologia Latina*, 6(1), 1-11.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1-10.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.

Speros, C. I. (2011). Promoting health literacy: a nursing imperative. *Nursing Clinics*, 46(3), 321-333.

Stikes, R., Arterberry, K., & Logsdon, M. C. (2015). A nurse leadership project to improve health literacy on a maternal-infant unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(5), 665-676.

Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. & Ayonayon, H. N. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 806-812.

Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 1086-1090.

Epílogo

Recibido: 02/03/2020

Aceptado: 03/05/2020

...¿QUÉ SERÍA EL MUNDO SIN LAS ENFERMERAS?...

JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ GARCÍA

Responsable de Centros de Dirección Asistencial Centro.

Gerencia Atención Primaria Madrid.

abbocatt2011@hotmail.com

M^a LUISA TORRE BURGOS

Supervisora de Unidad de Psiquiatría.

Hospital Universitario del Henares. Madrid.

PALABRAS CLAVE

Enfermeras Clínicas, atención de enfermería, enfermería práctica, servicios de enfermería, enfermería holística.

RESUMEN

En este artículo se pretende describir por un lado, las vivencias, las sensaciones, así como las preocupaciones, los miedos e ilusiones de dos profesionales desde que comenzaron a formarse hasta el momento actual en el ejercicio de su profesión como enfermeras; para ello, se identifican experiencias y pensamientos vividos. Y por otro lado, se describe y se cuantifica la aportación y el compromiso que el rol del enfermero da al individuo, a las familias, y a la comunidad; en definitiva, a la sociedad, mediante los datos de la memoria de actividad del año 2018 de la comunidad donde se ejerce; en este caso, la Comunidad de Madrid. Se pretende además que con la información que se expone el lector del artículo sea capaz de responder a la pregunta del artículo.

KEYWORDS

Nurse Clinicians, nursing care, nursing, practical, nursing services, holistic nursing.

ABSTRACT

This article aims to describe, on the one hand, the experiences, feelings, as well as concerns, fears, and illusions of two professionals since they began to train up to the present moment in the practice of their profession as nurses. and lived thoughts and on the other hand, the contribution and commitment that the nursing role gives to the individual, to families, to the community, and ultimately to society, is described and quantified, using data from the 2018 activity report of the community where it is practiced, in this case the Community of Madrid. It is also intended that with the information presented the reader of the article is able to answer the question in the article.

1. INTRODUCCIÓN.

La enfermería forma parte de las conocidas como ciencias de la salud, adquiriendo su formación en las universidades. Al ser una carrera más, su nivel de formación puede llegar a ser hasta doctorado. Las mujeres y los hombres que se forman en la universidad tienen asumido y reconocido el término *Enfermera* independientemente del sexo; y ha sido así al estar compuesto mayoritariamente por mujeres tal y como indica García Martín-Caro (2007).

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, personas con discapacidad y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (CIE, 2002).

La Dra. Virginia Henderson, enfermera (1966) expone que “La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

Ya antes de la Dra. V. Henderson, Florence Nightingale (1863), considerada como la propulsora de la enfermería moderna, hablaba de una serie de cualidades/acciones que las enfermeras tenían que realizar para un buen ejercicio del arte del cuidar; así, la observación indica cómo está el paciente, la reflexión indica qué hay que hacer, y la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.

Por otra parte, los cuidados de enfermería tienen un pilar básico relacionado con la humanización donde se centra en la relación humana. Así Medina (1999) habla de que “La práctica del cuidado de la salud y la enfermedad se sustenta en componentes éticos, y como tal, se basa en principios humanistas, fundamentalmente, comprensión, implicación y compasión, entre otros, materializados a través de la ayuda, la promoción de la salud y la protección como acciones más importantes. La empatía hace posible el desarrollo de estos atributos. Se trata de la capacidad de sentir con el “otro” (Roca, 2007).

No nos podemos olvidar de la satisfacción de los usuarios, así Donabedian (1984) ya lo hablaba como uno de los pilares básicos para poder evaluar los servicios sanitarios, es más, se hace complejo esa valoración si no se cuenta con el punto de vista, porque es difícil ver si las cosas se hacen bien o no, si se cumplen sus expectativas sin haber preguntado. De

esta manera, los barómetros sanitarios del Ministerio de Sanidad (2004-2017), nos están indicando la buena valoración reflejada y el buen hacer del enfermero, siendo así considerado por la ciudadanía como algo importante en la sociedad y en sus vidas.

2. DESARROLLO Y DISCUSIÓN.

Un día cualquiera de otoño, bajo los rayos sutiles del mes de noviembre, me encontraba junto a mi café de la mañana, antes de acostarme tras una larga noche en el hospital, ya relajada y en estado de ligera somnolencia, me vino a la cabeza un pensamiento que me retornaba a mi juventud, haciéndome la pregunta de por qué decidí ser ENFERMERA.

Creo que esta pregunta me la he hecho más de una vez, sobre todo cuando salgo del turno de noche... y siempre llego a la misma conclusión: el amor por los demás, dignificando cualquier situación en que se encuentren.

Cuando tomé la decisión de estudiar enfermería, entonces llamado Ayudante Técnico Sanitario (ATS), también practicantes, tenía 18 años *-qué nostalgia... y cuántos cambios he vivido desde entonces, nos convertimos en Diplomados de Enfermería y más recientemente ya somos Graduados, hasta Doctores, ¡Qué logros! Hemos pasado de unos cuidados informales a realizar actualmente cuidados con una base científica y gran rigor. Podría haberme dedicado a cualquier otra profesión, sin embargo, quise que mi vida se encaminase a cuidar, quizá es algo que se tiene de forma innata- o no-*, pero en ese momento, no me planteaba más allá de mi entusiasmo por querer ayudar a los demás.

En esa época donde muchos fantaseábamos y teníamos ideas revolucionarias, sólo encontraba bondades en la profesión, llevándolo al estado más idílico, donde yo era una heroína "la salvadora de vidas". *-Más bien era muy ilusa... ya descubriría que no siempre las vidas se pueden salvar-*. A lo largo de mi trayectoria profesional también descubrí que, si bien son muchos los momentos de felicidad y satisfacción, existen otros muy amargos, en la soledad más absoluta, ya que no puedes compartir con tu familia o amigos las desgracias o miserias de las personas a las que cuidas y acompañas.

Seguía sentada, dando tragos lentos a ese café, contemplando el infinito y absorta profundamente en muchos recuerdos que me asaltaban de forma inconexa en mi mente, experiencias de vida que han forjado mi carácter, mi manera de actuar y de sentir.

Comencé a hacer un recorrido por los más de 30 años que llevo dedicándome a esta profesión vocacional, de entrega a los demás, donde los horarios entran en conflicto con mi vida personal y familiar, pero con la recompensa y satisfacción de escuchar a un paciente o acompañante una palabra de agradecimiento o una mirada cómplice de alguien al que has dedicado esas horas, a veces intempestivas, cuidándole, dándole ánimo, resolviendo sus

dudas, calmándole emocionalmente ante una mala noticia o simplemente cogiendo su mano para transmitirle que “estás ahí, a su lado, que no está sólo sino acompañado y arropado”.

Haciendo balance, más de la mitad de mi vida la he dedicado a cuidar, en el aspecto más amplio de la palabra, no sólo he cuidado a nivel físico sino también a nivel mental y emocional, eso que llamamos “alma” –*esto es de lo más difícil, porque son las heridas que no vemos pero que son tan profundas o más que las que puede hacer cualquier metal clavado en nuestro cuerpo-*.

He dado cuidados tanto a personas individualmente como a la familia en su conjunto y acompañado y dado consejos de salud a lo largo de su vida, desde el nacimiento hasta esos momentos tan delicados como es la despedida para siempre a un ser querido; pasando por una enfermedad sobrevenida, empatizando con ellos, comprendiéndoles y siempre buscando la mejor manera de ayudarles con una base científica, pero también desde el lado más humano. Por lo que no sólo me preocupa el aspecto biológico sino lo que sienten y cómo lo sienten, y cómo podemos hacer para, al menos sino resolverlo, disminuir su angustia, sus miedos, sus preocupaciones.

Pero es más no sólo atendemos a individuos sanos o enfermos, sino a las familias, integrando dentro de los cuidados todo su entorno. Así una persona a la que se le da el alta del hospital, pero con gran dependencia de cuidados nos preocupamos por sus cuidadores (pareja, hijos...) y cómo van a gestionar una situación límite como es la atención veinticuatro horas al día de su ser querido, en su domicilio a veces no acondicionado y sin conocimientos adecuados. Así mismo, también es fundamental el cuidado en la comunidad, trabajamos para que los entornos sean más saludables, minimizando los problemas de salud.

Y entre todos esos pensamientos concretos y abstractos a la vez, que iban y venían esa mañana de otoño, me surgió la pregunta ¿Qué sería el mundo sin las enfermeras? ¿Qué ocurriría si no hubiese personas dedicadas a los demás, preocupadas por su salud, sus incertidumbres? ¿Estaríamos deshumanizados...?

Ahora se habla mucho de HUMANIZACIÓN en la enfermería, *-la verdad no conozco profesión más humana-*, ¿será para enfatizarlo más aún?

¿Qué hubiese ocurrido a la humanidad si en la prehistoria, con un entorno sumamente hostil, las mujeres no hubieran comenzado el cuidado de los miembros de sus clanes, limpiando sus heridas tras la caza o entablillando e inmovilizando extremidades fracturadas? O si en las guerras, las enfermeras no hubiesen jugado el papel clave de atender a los heridos... ¿Sólo quedarían los más fuertes? ¿Hubiese habido mucho más dolor?

Probablemente si no hubiésemos dedicado nuestra vida al cuidado de los demás, el mundo estaría deshumanizado, la sociedad no hubiese avanzado como tal, sino que se evolucionaría a nivel mucho más empobrecido y egoísta. Nos perderíamos el poder de acudir a una consulta a contar nuestras dolencias, preocupaciones, curiosidades. A buscar un profesional que nos repare las heridas, nos vacune o saque sangre *-(aunque duela)-*, mitigando el dolor con su cariño y atención; o simplemente a ser escuchado.

Si no hubiese decidido a los 18 años ser enfermera no habría tenido tantas sensaciones como las que he ido experimentando a lo largo de estos años y todavía sigo recibiendo grandes lecciones cada día.

La primera lección la recibí con mi primer paciente. Me destinaron a una planta de cirugía general donde había muchas personas con diferentes patologías, muchos de ellos con procesos duros, difíciles y con sufrimiento.

Había pasado en unos quince días de ser una estudiante, protegida por las enfermeras que me tenían a su cargo y a las que podía preguntar cualquier duda, a ser yo la responsable de los pacientes. Y aunque me manejaba bien, la sensación de estar “huérfana profesionalmente” me daba cierto temor. Afortunadamente las cosas no son como uno las imagina, tuve la suerte de tener compañeros alrededor que me ayudaron, sintiendo que cada día me afianzaba en mis tareas y habilidades.

En ese momento para mí lo más importante era curar las heridas tras las cirugías, poner los tratamientos, estar pendiente que las pruebas se hicieran y si fuese necesario poner oxígeno, una sonda o una inyección. Todavía no había reparado que el proceso por el que pasa una persona cuando está en un hospital, es mucho más complejo y va más allá de lo físico.

Como muchas otras veces, fue un paciente el que me enseñó esta gran lección, a preocuparme también por lo emocional y tener en cuenta las circunstancias que le rodeaban, ya que al final somos un todo, y cada uno de esos aspectos influye en la recuperación, por lo que no se pueden dejar de lado ni obviar.

Manuel había pasado por una cirugía compleja de resección de parte del estómago, y pese a que mis cuidados profesionales eran excelentes, sin embargo, yo le veía que estaba triste y muy decaído. Tras haber pasado varios días como enfermera responsable de él, no había reparado que nunca tenía visitas; fue por lo menos hasta que había transcurrido al menos una semana, cuando mientras le hacía la cura rutinaria sonó el teléfono de la habitación (*entonces no había móviles...*), lo cogí y era una voz de mujer, poco entendible y me dijo que era la mujer de Manuel, se lo pasé y le dejé un rato mientras hablaba con ella.

Al regresar a la habitación, ya había colgado, pero observé que su gesto era de preocupación, le pregunté, Manuel me relató la situación que estaban viviendo en casa: su esposa había sufrido recientemente un ictus y no podía ir a visitarle, por las secuelas que tenía, además la situación económica en su caso no era muy boyante, ya que Manuel trabajaba de fontanero y desde que estaba enfermo no podía trabajar, llevaban unos meses tirando de los ahorros, por lo que la mujer no podía contratar a nadie que le ayudase. Tampoco tenían más familia en la ciudad, sólo alguna vecina echaba una mano a su mujer. Por lo que toda aquella situación angustiaba a Manuel.

Desde ese día ya no sólo me dedicaba a poner el tratamiento o curar la herida de Manuel, también dedicaba un rato a charlar con él, dejando que me contase sus preocupaciones, si estaba más animado, qué pensaba hacer cuando saliera del hospital... hablábamos de su trabajo, de su mujer. Cogimos más confianza, incluso, cuando no me tocaba trabajar en el pasillo donde estaba la habitación de Manuel, siempre sacaba un rato para ir a verle y mantener una pequeña conversación con él. *–La verdad yo también me sentía bien–.*

El día que dieron el alta a Manuel, éste me sonrió, me dijo que pese a mi juventud había mostrado gran madurez y me animó a seguir con mi profesión con el entusiasmo que tenía, y me reconoció que los ratitos que le había dedicado a escucharle le habían servido tanto o más que la operación que le habían practicado los cirujanos.

Esto no lo he olvidado nunca y quizá fue uno de los motivos por los que decidí dedicarme a trabajar en una planta de salud mental, *–había entendido qué tan importante era tratar lo físico como lo psíquico–.* Porque hay heridas que no las podemos ver y que duelen tanto que a veces, los pacientes verbalizan que es mejor morir que tener ese sufrimiento *–cada vez que oigo esto se me parte el alma–.* Su sufrimiento es tan grande y tan poco comprendido por la sociedad..., *–quizás por desconocimiento, prejuicios infundados o por haber sido mal tratados en los medios de comunicación–.*

Pero lo que nunca se me olvidará fue otra situación al poco de comenzar a trabajar en una unidad de medicina interna donde había muchas personas mayores con diferentes patologías, muchos de ellos con procesos duros, difíciles y dolorosos.

Recuerdo lo importante que era curar las heridas, poner los tratamientos, estar pendiente de que las pruebas y que la alimentación fuera como estaba determinado, pero mi prioridad me hacía ir más allá, pretendía que mis pacientes no tuvieran dolor, que tuvieran una mano amigable, un tiempo para poder hablar o quizás simplemente escuchar sus temores, sus dudas y qué sé yo más... de todos los pacientes que tenía esos primeros días me fijé especialmente en una señora muy mayor, que estaba confusa, y que tristemente estaba sola, no había tenido hijos, y de vez en cuando según contaba un familiar de la cama de al lado, venía una sobrina a ratos.

Esa señora viéndola como estaba me producía una sensación de impotencia y al mismo tiempo ternura por la sensación de vulnerabilidad y sentía que podía hacer algo, así esos días aparte de mis idas y venidas para cumplir con el resto de mis pacientes a mi cargo, intentaba aprovechar cualquier momento para ir con ella, hablarla, ponerle bien el oxígeno, hidratar los labios, y un sin fin de cosas con la intención que al menos sintiera que se le intentaba mantener la dignidad humana.

Así pasaron varios días, y cualquier momento era bueno para echarle un ojo, para intentar que estuviera confortable y sintiera cercanía, sabía que ella en alguna parte podría sentir esos cuidados o al menos quería pensar que era así. Al cabo de unos días, volvía a mi turno como era de costumbre, y al hacer el relevo, mi compañera del turno anterior me informo que la señora no había superado la noche, su corazón fatigoso y dolido por su dura vida decidió que era tiempo de parar, en ese momento me invadió una sensación de pena enorme y al mismo tiempo mi cerebro decía “*ya descansa*”, pero sin saber por qué la pena me recorrió por todo el cuerpo como una brisa de viento helado del invierno. Debía entender que era parte de la vida y que de alguna manera había que aceptar la realidad.

Pasaron los días una tarde acudió una señora preguntado por mí, yo no la conocía de nada y me quede extrañada, no sabía para qué quería hablar conmigo, mi cabeza empezó a dar vueltas como una peonza, *¿Había hecho algo mal? ¿Qué podía ser?*

Durante el casi minuto que tardé en atravesar el largo pasillo mi corazón latía a mil, cuando por fin llegué, y le pregunté qué necesitaba, lo único que me dijo fue que era la sobrina de la señora que había fallecido y que lo único que quería era darme las gracias por lo que había hecho con su tía, me abrazó y se puso a llorar, yo de forma instantánea, me quedé perpleja y con una sensación de extrañeza, comencé también a llorar.

Por eso merece la pena haber hecho el recorrido de estos treinta años, de los que más de la mitad los he dedicado a salud mental, porque como dije, entendí la importancia del ser humano como un todo unitario, donde no se puede ni se debe separar el cuerpo de la mente. Y ahora soy feliz dedicándome a estos pacientes, aunque a veces, como esta noche, acabe agotada, apurando ya este vaso de café para irme a descansar.

Y esta es simplemente una pequeña parte de mi historia, pero somos muchas las enfermeras y enfermeros que dedicamos nuestra vida a cuidar en el más amplio sentido de la palabra, acompañando durante todo el trayecto de la vida a las personas, nuestra labor es en el día a día, en silencio. Por eso sentimos en general el respeto y aprecio de la sociedad.

Esto es sólo la narración más humana de la experiencia de una enfermera, pero ¿qué significa cuando intentamos cuantificar el trabajo diario? Si miramos la memoria 2018 en la Comunidad de Madrid nos informa que:

“Hay que tener en cuenta que en Madrid tienen tarjeta sanitaria 6.675.501 usuarios y si además sumamos las personas desplazadas, personas que son de otras comunidades o países y que están por un tiempo determinado, se llega a los 6.800.000 usuarios en el Servicio Madrileño de Salud” (Servicio Madrileño de Salud, 2018).

En cuanto a los servicios sanitarios, existen 266 centros de salud, 163 consultorios y un centro adscrito. Total 430 centros dependientes de Atención Primaria.

Por otra parte, existen 35 hospitales en la red sanitaria madrileña, una unidad central de laboratorio, una unidad de radiodiagnóstico, y un centro de transfusión. Todo esto se traduce en una capacidad de más de 14.300 camas.

El número de enfermeras que trabajamos en el Servicio Madrileño de Salud, ronda los 20.500 pero que además se suman las matronas que llegan a 700. Todas ellas en los diferentes ámbitos de actuación Atención Primaria, Atención Hospitalaria, SUMMA...

Si cuantificamos la carrera profesional (tiene cuatro niveles), cuyo objetivo es valorar nuestra formación, investigación, docencia... podemos observar que casi 9.000 profesionales tienen algún nivel de cuantificación, lo que indica un nivel importante de compromiso personal de seguir avanzando en su conocimiento.

Si reparamos en el número de consultas que realizan a las enfermeras los ciudadanos en atención primaria, estamos hablando de 15.048.086 visitas durante 2018. De tal manera que la frecuentación que es promedio de consultas al año por ciudadano estaríamos en 2,29 visitas. Pero no hay que despreciar la presión asistencial de las enfermeras en sus consultas 18,06 por día.

Si analizamos algunos procesos/ cartera de servicios, podemos observar que la atención a la población infantil en Atención Primaria con respecto a la detección precoz de problemas en la infancia, está en más de 1.000.000 de visitas, las vacunaciones en la infancia 342.000, en el seguimiento y desarrollo en casi 850.000 visitas, y cerca de 800.000 visitas en la promoción en la infancia de hábitos saludables.

Con respecto a la atención a la mujer, podemos identificar que la atención a la embarazada está en las 51.000 visitas, así como la preparación al parto en torno 25.000. Y si nos fijamos en la atención a la mujer en el climaterio destacan las 212.095 visitas.

Por otra parte, si nos fijamos en la atención al adulto, la vacunación antigripal se administra a 845.499 usuarios y si profundizamos en la vacunación en general, más de 2.800.000 usuarios estarían al menos vacunados en alguna de las vacunas presentes en el calendario vacunal del adulto.

Hay que destacar que casi 2.000.000 de usuarios están de alguna manera con algún tipo de actividad, información, cuidado, etc... relacionado con la promoción de estilos de vida saludable.

Son importantes toda una serie de actividades relacionadas con el manejo de patologías crónicas en su seguimiento y/o prevención de complicaciones especialmente relacionadas con Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Obesidad, Diabetes Mellitus, donde más de 1.000.000 de usuarios están siendo cuidados por las enfermeras.

Y por último, no podemos dejar de recordar toda una serie de actividades tan importantes como son la Educación para la Salud (ES), las Actividades Comunitarias (AC), donde de alguna manera u otra se realizaron 2.406 grupos de ES y cerca de 1.900 AC.

Resaltar la atención directa hospitalaria, donde la actividad enfermera está inmersa en la actividad conjunta junto con otros profesionales, de tal forma que el número de pacientes ingresados en 2018 fueron casi 325.000 usuarios, siendo además la actividad de urgencias en el hospital de 3.378.220, sin olvidarnos la actividad quirúrgica que ronda las 500.000 intervenciones.

Son de especial interés los datos de la atención del SUMMA, servicio de urgencias y emergencias de la Comunidad de Madrid, donde los datos muestran una actividad muy importante de atención directa por parte de las enfermeras, así los consejos directos por parte de las enfermeras estaríamos en casi 30.000 actos; las intervenciones por las unidades móviles en los domicilios de forma directa rondarían los 9.000 actos. Por otra parte, los datos directos de atención en las unidades de los servicios de atención continuada rondan los 100.000 actos.

Mención especial son los agradecimientos que la población realiza a sus enfermeras; así del volumen total de agradecimientos, un 43% está dirigido al colectivo de enfermería. Este dato muestra además que en Atención Primaria la libre elección que puede ejercer el usuario está siendo utilizado de forma clara y positiva.

Todos estos datos de información expuestos a lo largo de este artículo muestran la punta del iceberg y hay que tener en cuenta que existen comisiones, proyectos, protocolos, etc. dónde las enfermeras están presentes. Sin olvidar proyectos de seguridad y calidad de la asistencia.

Tal como indican los datos de la memoria expuestos se refleja de forma objetiva la presencia y la cuantificación del trabajo enfermero en valor absoluto, sería interesante poder realizar estudios que pudieran plasmar la calidad de esta actividad en cada una del ítem.

Por otro lado, las experiencias vividas por los profesionales y las formas de vivirlas son únicas porque cada ser humano es único y es su verdad vivida; eso no quita para que muchas experiencias, sensaciones, pensamientos, miedos... coincidan con otros profesionales.

3. CONCLUSIONES.

Desde el principio de los tiempos los cuidados han estado presentes en el ser humano, al principio de una forma informal, a través de las mujeres que cuidaban de la familia. Hoy en día el cuidado familiar sigue existiendo, pero los cuidados especializados están prestados por las enfermeras, a veces con cuidados más básicos y otros más técnicos.

Con este artículo se ha pretendido mostrar lo importante y lo imprescindible que es la figura de la enfermera como parte esencial del sistema sanitario trabajando de forma independiente en su cuidado o colaborando con otros profesionales para poder dar un servicio profesional sin perder nunca la cercanía, la humanización, el buen hacer, como parte de su ser; favoreciendo que nuestros usuarios estén lo mejor cuidados favoreciendo su salud o, en el peor de los casos, disminuyendo el dolor y sufrimiento.

Como ha sido, es y será, las enfermeras y enfermeros estaremos los 24h del día, los 365 días del año cuidado a nuestros pacientes prestando atención, en la esfera física, psicológica y social.

4. BIBLIOGRAFÍA.

Alfaro-LeFevre, R. (2017). Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico (6a. ed.). Barcelona: Elsevier.

Carrasco, C., Márquez y Arena, J. (2005). Antropología Enfermera y perspectiva de género. Cultura de cuidados. Barcelona: Elsevier.

Consejo Internacional de Enfermeras (2019). Definiciones. Consultado 19 diciembre 2019 de: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>.

Donabedian (1984). La calidad de la atención médica. A. La prensa mexicana. México.

García Martín-Caro, C. y Martínez Martín, M.L. (2007). Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado. Madrid: Elsevier.

Martínez Martín, M^a. L^a. & Chamorro Rebollo, E. (2017). Evolución Histórica del cuidado enfermero (3a. ed.). Barcelona: Elsevier.

Ministerio Sanidad (2017). Barómetro Sanitario 2017. Consultado el 14 diciembre 2019 de: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>.

Nightingale, F. (1991). Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Salvat.

Roca N, Vega C. Diversidad cultural: actitudes, valores y saberes de los estudiantes de enfermería. II Congrés d'etnografia i educació. Barcelona: 5-8 setembre, 2007.

Servicio Madrileño Salud (2018). Memoria anual de los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid 2018. Madrid: Servicio Madrileño Salud.

Toledo Lara, G. (2018). El desarrollo de la reforma universitaria en España y el Espacio Europeo de Educación Superior. España: Bosch Edición.

Jóvenes investigadores

PENDIENTES DE LA DEPENDENCIA. UN ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DE ESPAÑA Y NORUEGA

SERGIO GONZÁLEZ PÉREZ

Doctorando en Sociología y Antropología por la Universidad Complutense de Madrid. Sociólogo y Máster en Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales (UCM).

segonz02@ucm.es

A lo largo de las últimas décadas las sociedades avanzadas han experimentado importantes cambios sociodemográficos que han incidido significativamente en sus estructuras poblacionales. El aumento de la esperanza de vida y un importante descenso de las tasas de natalidad, siendo uno de los condicionantes de este declive la incorporación progresiva de las mujeres al mercado laboral desde los años ochenta, han provocado un progresivo envejecimiento de la población, una realidad que ya está empezando a poner a prueba el alcance de los diferentes Estados de Bienestar, dejando al descubierto sus particulares deficiencias. Con la tendencia actual, se estima que a lo largo de las próximas décadas el peso poblacional de las personas con 65 años y más en Europa, se dispare hasta proporciones difíciles de sostener económicamente. Y no se está hablando únicamente de las pensiones, sino de una de las consecuencias asociadas a este envejecimiento: el aumento de la demanda de cuidados de larga duración.

Históricamente, cada país ha protegido de diferente forma y alcance a las personas en situación de dependencia. Mientras que en los países nórdicos el Estado ha provisto de importantes cantidades de servicios y prestaciones que han garantizado el bienestar de los/as afectados/as y sus familias, en la Europa del Sur ha sido precisamente ésta, la familia, la que ha cubierto las necesidades de las personas dependientes. Ahora bien, los importantes cambios sociales ocurridos en el seno de las sociedades unidos a este envejecimiento poblacional, han puesto en una encrucijada a los tradicionales sistemas de dependencia. En países como España, con un Estado de Bienestar familista, el incremento de la participación laboral femenina unido a las importantes dificultades para conciliar las vidas laboral y familiar de los ciudadanos ha provocado serias dificultades a la hora de poder seguir suministrando los cuidados que requieren las personas en situación de dependencia (Esping-Andersen y Palier, 2010, p.24; NorSpar, 2015, p.22).

Esta transformación de roles producida en las estructuras familiares ha incidido directamente en los regímenes de bienestar europeos, los cuales han modificado el ámbito privado de los cuidados de larga duración con nuevas formas de socialización del riesgo que varían de intensidad en cada país, al estar influidas por la tradición de cada Estado en política social, así como las reformas que llevan a cabo y en las que intervienen los distintos agentes sociales. Esta creciente responsabilidad del sector público no ha modificado la esencia de los cuidados, su privacidad, por lo que la socialización se ha concentrado en una parte del coste que suponen, siendo los hogares los que se siguen ocupando de la organización de los mismos (Rodríguez y Marbán, 2013).

Se observa que los diferentes sistemas nacionales europeos de cuidados de larga duración han venido a reforzar el rol tradicional de la familia, implantándose una serie de programas universales que incluyen unos mínimos garantizados de servicios y prestaciones topadas que sirven como apoyo a los hogares con personas en situación de dependencia (Rodríguez y Marbán, 2013, p.240). Se comprueba que sólo de manera muy excepcional (únicamente en los países nórdicos) se ha producido una sustitución real de lo que hoy día sigue siendo una responsabilidad intergeneracional (Daatland, 2015, p.37). La familia demanda ayudas para poder compatibilizar la función de cuidados con la inserción laboral, además de estrategias de conciliación entre cuidados informales y empleo que favorezcan un reparto más igualitario de las tareas de cuidados (Rodríguez y Marbán, 2013, p.240).

En este trabajo se han recogido los principales rasgos de los sistemas de cuidados de larga duración de Noruega y España, los cuales, influidos por sus respectivas tradiciones en materia de bienestar, están respondiendo de diferente forma a los cambios producidos en el seno de sus sociedades.

En relación con Noruega, el Estado ha sido el principal proveedor de cuidados de larga duración para aquellos ciudadanos que lo necesiten. Con un sistema de dependencia basado en la provisión de servicios y apenas en prestaciones económicas, las ayudas se centran en la asistencia en residencias, viviendas tuteladas y servicios de ayuda y asistencia sanitaria en el domicilio, siendo este último el tipo de ayuda más extendido (Sundström et al. en Daatland, 2015, p.42), lo que guarda relación con la máxima del sistema de dependencia noruego de priorizar el envejecimiento en el hogar. Este sistema de cuidados es financiado mediante impuestos generales y se encuentra descentralizado en su mayor parte, siendo los municipios los principales encargados de su gestión, destinando los recursos proporcionados por el Estado sobre aquellos servicios de cuidados que consideren más necesarios. Si bien es cierto que Noruega no ha seguido la misma tendencia privatizadora de los cuidados a personas dependientes que sí han seguido otros países de su entorno pertenecientes al mismo tipo de régimen de bienestar, como Suecia o Dinamarca, ya hay voces que señalan pequeños 'brotes' de esta deriva, considerando los servicios de vivienda tutelada una forma de privatización, ya que son los beneficiarios quienes asumen los gastos de la vivienda a excepción de la atención sanitaria que reciben (Daatland, 2015).

En España, donde la familia ha sido la tradicional encargada de atender las necesidades de este colectivo y el Estado apenas ha intervenido de forma subsidiaria y asistencial, fenómenos como la rápida incorporación de la mujer al mercado laboral o el importante descenso en las tasas de natalidad, si cabe aún más acentuado que en el resto de Europa, evidenciaron la necesidad de un cambio en el modelo de cuidados de larga duración (Moreno, 2015). En enero de 2007 entraba en vigor la llamada «Ley de Dependencia», la cual ponía en marcha un nuevo sistema de cuidados que, sobre el papel, tomaría como referencia sistemas de cuidados a personas en situación de dependencia como el noruego, donde se priorizase la prestación de servicios a los afectados frente a las prestaciones económicas. Pero el estallido de la crisis de 2007 y los sucesivos recortes en materia de dependencia supusieron un importante freno a un sistema de dependencia que se encontraba en las primeras etapas de su desarrollo. Ante tal coyuntura no han sido pocas las tensiones entre los diferentes niveles de gobierno sobre una materia que es competencia de las CCAA pero en la cual el Estado también interviene y es responsable (Rodríguez Cabrero y Marbán, 2013). En el año 2015, ocho años después de la puesta en marcha del nuevo sistema, la realidad no podía ser más desoladora.

En líneas generales, el acceso de los afectados a las prestaciones del sistema ha experimentado importantes retrasos temporales, lo que unido al fallecimiento de beneficiarios que ya se encontraban percibiendo algún tipo de ayuda, ha producido la paradoja de que el sistema, en diferentes épocas, haya incluso perdido beneficiarios en vez de aumentarlos. La Administración Central redujo su contribución económica al sistema, lo que provocó -dependiendo de la Comunidad Autónoma- un aumento de la aportación económica al mismo por parte de los gobiernos regionales o mayores niveles de copago y menores prestaciones para los beneficiarios (Barriga et. al, 2014; Moreno, 2015). Debido a ello nos encontramos con un sistema de cuidados español desarrollado geográficamente de forma muy desigual, con diferentes plazos de acceso al mismo, con diferentes niveles de privatización en la prestación de servicios o distinto volumen de servicios públicos de los que poder beneficiarse. Además, las prestaciones económicas por cuidados informales de familiares -que la normativa contempla como excepcionales- son, de lejos, el tipo de ayuda más extendida, lo que ha provocado una cierta perpetuación del modelo familista de cuidados (IMSERSO, 2015).

En Noruega y España se constatan dos modelos y dos tendencias distintas a la hora de hacer frente a un mismo problema. Mientras que la crisis económica ha incidido fuertemente en el desarrollo del sistema de dependencia español, no ha sido así en el noruego, que con mayor trayectoria, ha resistido mejor el envite. Ante la tendencia y previsiones demográficas que existen, Gøsta Esping-Andersen y Bruno Palier (2010) señalan un, más que probable, aumento futuro del gasto público en ayudas a personas dependientes y sus familiares. Privatizar tampoco reducirá la factura, por lo que parece sensato cambiar la lógica y empezar a pensar en el gasto en servicios sociales, como la dependencia, más como una inversión que como un coste (Palier, p.14).

En esta situación, es una evidencia que el futuro de las personas en situación de dependencia no está del todo claro. Pendientes de la Dependencia se titula este trabajo, porque el futuro en esta materia dependerá en gran medida de la salud de este colectivo, de su peso poblacional, de sus demandas de cuidados, así como del papel que el Estado y la familia jueguen en su futura provisión de bienestar.

BIBLIOGRAFÍA.

Barriga Martín, L. A. [et al.] (2014). Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la ley de promoción de la autonomía. XII Dictamen del Observatorio, Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales.

Daatland, S. O. (2015). Cuidados de larga duración en Noruega: legados, tendencias y controversias. En F. J. Moreno Fuentes, y E. Del Pino Matute (Coords.), *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*. Madrid: TECNOS (pp. 31-53).

Esping-Andersen, G. y Palier, B. (2010). Familia y revolución del papel de la mujer. En G. Esping-Andersen, y B. Palier. *Los tres grandes retos del Estado del Bienestar*. Barcelona: Ariel (pp. 19-54).

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (30 de agosto de 2015). Base Estatal de Datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) [en línea]. Recuperado de: <https://www.imserso.es>

Moreno, F. J. (2015). Retos y reformas de las políticas de cuidados del larga duración en España. En F. J. Moreno Fuentes, y E. Del Pino Matute (Coords.), *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*. Madrid: TECNOS (pp. 55-80).

NorSpar (2015). Los nuevos riesgos sociales y las reformas del Estado de Bienestar. En F. J. Moreno Fuentes, y E. Del Pino Matute (Coords.), *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*. Madrid: TECNOS (pp. 11-29).

Palier, B (2010). Un Estado del Bienestar para las envejecidas sociedades posindustriales. En G. Esping-Andersen, y B. Palier. *Los tres grandes retos del Estado del Bienestar*. Barcelona: Ariel (pp. 7-18).

Rodríguez Cabrero, G. y Marbán Gallego, V. (2013). La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. En E. Del Pino Matute, y M. J. Rubio Lara (Coords.). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada*. Madrid: TECNOS (pp. 237-261)

NURSING NOW

Índice

- 1. La importancia de las enfermeras en el Sistema de Atención Primaria.**
- 2. El papel de las enfermeras en la escuela de cuidados.**
- 3. Seguridad y calidad en enfermería.**
- 4. Alfabetización en salud.**
- 5. ¿Qué sería del mundo sin las enfermeras?**
- 6. Diferencia entre el sistema de cuidados a personas dependientes en España y en Noruega.**

1. La importancia de las enfermeras en el Sistema de Atención Primaria.

Esmeralda Torralba Molina

Enfermera. Centro de Salud María Auxiliadora. Madrid.

Este artículo pretende mostrar cual es la realidad de las enfermeras que trabajan en el Sistema de Atención Primaria en España y demostrar la importancia de estas profesionales para el cuidado de la salud.

El Sistema de Atención Primaria es el que se ocupa de las necesidades básicas de la salud.

El primer servicio al que vamos normalmente cuando nos duele algo o queremos prevenir una enfermedad.

Las personas cada vez vivimos más años.

Este hecho obliga a tener en cuenta aspectos de la salud que antes no eran necesarios.

Por eso hace falta una especialización en el campo de la medicina

y, por supuesto, en el de la enfermería.

Estudios actuales demuestran que las enfermeras del Sistema de Atención Primaria cada vez son más importantes para que las personas aprendan a cuidarse por sí mismas y puedan tener los cuidados que necesitan, en su propio hogar.

Es necesario trabajar en un modelo en el que los pacientes sean más responsables de su propia salud y aprendan a cuidarse, a través de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades.

Hace falta un modelo centrado en la atención al paciente, a sus familias y sus cuidadores.

El objetivo es que las personas que viven en cada hogar sean capaces de gestionar temas tan fundamentales como: mantener habilidades de la vida diaria o atención a la soledad.

Todas estas intervenciones y muchas más se llevan a cabo desde los Equipos de Atención Primaria,

gracias, la mayoría de las veces, a la labor de las enfermeras que trabajan allí.

Las enfermeras son las profesionales que más experiencia tienen en atender situaciones relacionadas con la prevención y el cuidado de personas en situaciones de la vida diaria. Y por lo tanto, son las que más formadas están para hacer este trabajo tan fundamental para la salud.

Del análisis de este estudio se sacan dos conclusiones:

- Las enfermeras deberían ser el profesional de referencia para los pacientes que van a los centros de Atención Primaria. Son profesionales capacitadas para ofrecer cuidados adecuados a necesidades complicadas y particulares.

No se trata de crear conflictos entre profesionales sanitarios para ver quién es más importante.

Al contrario, el objetivo es que cada uno haga las funciones para las que tiene más preparación.

- Con más intervención de las enfermeras en Atención Primaria se conseguiría más coordinación entre especialidades médicas. Esto ayudaría a que un mismo paciente no acudan a varias consultas y evitaría gastos innecesarios.

Los sistemas de salud que siguen las pautas que marca la Organización Mundial de la Salud indican que las enfermeras podemos dirigir equipos y beneficiar así al sistema sanitario.

Se nos debe permitir hacerlo porque sabemos, queremos y podemos hacer muchos cambios para que el sistema sanitario sea público, accesible y se pueda prestar a toda la población que lo necesite.

2. El papel de las enfermeras en la escuela de cuidados.

Carmen Ferrer Arnedo

Enfermera. Jefe de Servicio de Atención al Paciente.

Coordinadora de la Escuela de Pacientes Vulnerables y Personas

Cuidadoras del Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid.

Paloma Calleja Toledano

Enfermera. Técnico de Gestión del Servicio de Admisión.

Hospital de Guadarrama.

Zaira Vila Benayas

Enfermera. Entrenadora en la Escuela de Cuidadores del Hospital de Guadarrama y en la Escuela de Pacientes Vulnerables y

Personas Cuidadoras del Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid.

Rosa Salazar Guerra

Gerente del Hospital de Guadarrama.

Las personas que están ingresadas en el hospital, su familia y sus cuidadores pueden aprender habilidades para cuidarse y mantener la salud cuando vuelvan a sus casas.

Las enfermeras que trabajan en el hospital son quienes enseñan estas habilidades a los pacientes y a sus cuidadores.

También son quienes se coordinan con las enfermeras de los Centros de Atención Primaria para que continúen el trabajo cuando el paciente sale del hospital.

Con este objetivo se creó en el año 2011 la primera Escuela de Cuidadores del Hospital de Guadarrama.

En las escuelas de cuidadores las enfermeras ofrecen cursos y talleres individuales y personalizados a las familias y cuidadores de los pacientes que están ingresados.

Esta escuela también tiene un apartado on line disponible en la página web y un correo electrónico para hacer consultas que serán atendidas y respondidas por enfermeras del hospital.

Después de varios años de funcionamiento se ha demostrado que la escuela de cuidados es un servicio útil y necesario por los siguientes motivos:

- Este servicio cubre una necesidad real porque los cuidadores tienen dudas, problemas y dificultades a la hora de cuidar a otra persona en su domicilio.
- Las enfermeras de la escuela de cuidados entrenan a los cuidadores en los conocimientos y habilidades que necesitan.
- No hacen falta recursos nuevos para poner en marcha este servicio, ya que los recursos necesarios ya están en el hospital. Las enfermeras organizan su jornada de trabajo para poder formar y entrenar a los cuidadores en la escuela de cuidados.
- La modalidad de escuela on line es muy accesible porque todo el material está disponible en la página web del Hospital Guadarrama.

Pero es necesario volver a diseñar y mejorar la página web para que la parte on line esté más activa y llegue a más personas.

- La escuela de cuidados debería estar reconocida como parte de los servicios de los hospitales por la función que cumple.

3. Seguridad y calidad en enfermería.

Llanos González Espinosa.

Enfermera EUE Cruz Roja 1979.

Experta en Enfermería Médico-Quirúrgica.

Máster en Enfermería de práctica avanzada en la Atención del paciente crónico.

Rulber Duque Alzate.

Enfermero. Universidad de Caldas, Colombia 2000.

Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá 2006.

Máster MBA en Dirección de Recursos Humanos, TAGO.

Barcelona 2015.

Máster en Metodología de Ciencias del Comportamiento y de la Salud, UCM-UAM-UNED. Madrid 2019.

El objetivo de este artículo es tratar diferentes ámbitos en medicina en los que la enfermería es muy importante en los equipos, para dar un servicio de calidad y un entorno seguro al paciente.

Para ello se han revisado y analizado más de 60 artículos que tratan sobre la figura de la enfermera, en distintas bases de datos como Google Académico y Pubmed.

La conclusión de estos estudios es que para garantizar la seguridad del paciente hace falta contar con un entorno adecuado, organizado y lo más normalizado posible.

Las enfermeras son las profesionales más preparadas para conseguir este entorno seguro, ya que entre sus ocupaciones diarias están: seguimiento de los pacientes, descubrir sus necesidades, prevención y organización de actividades que les ayuden a conservar o recuperar su salud.

Esta labor es muy importante, ya que dar una atención segura hará que surjan menos complicaciones de salud en los pacientes. Además, al surgir menos complicaciones de salud habrá que gastar menos dinero en atención sanitaria.

Por lo tanto, la seguridad que proporcionan las enfermeras es necesaria y beneficiosa para la salud del paciente y para la economía del sistema sanitario.

Teniendo en cuenta la situación actual del trabajo de enfermería habría que hacer cuatro recomendaciones sobre aspectos a mejorar:

- **Formación.** En los planes de estudio de enfermería tendría que haber una asignatura obligatoria que tratara el tema de calidad en la asistencia a los pacientes.

Esto enseñaría técnicas a los futuros profesionales para ofrecer un entorno más seguro y de calidad en su trabajo.

- **Especialización** de los profesionales de enfermería. Sería necesario contar con profesionales especializados en diferentes áreas.

Existen especialidades como salud mental o matrona, pero faltan muchas más.

La Organización Española de Representantes de la Enfermería lucha para que se creen más especialidades necesarias.

Sin embargo, las autoridades que tendrían que aprobar este proceso no lo están haciendo.

- **Información fiable y segura.** Las enfermeras no reciben, en muchas ocasiones, la información que necesitan para dar un servicio de calidad en la asistencia a pacientes.

Sin embargo, hacen una labor fundamental y muchas veces vital en el cuidado de las personas que atienden.

Por lo tanto, se debería de contar con un buen sistema de información coordinado por las enfermeras, en el que se asegurara que todos los profesionales entienden lo mismo y tuvieran vías para informar de posibles errores.

Esto ayudaría a mejorar la salud y a no poner en peligro la vida de los pacientes.

- **Imprevistos no deseados.** Las enfermeras son las profesionales que viven más de cerca la situación de los pacientes cuando están ingresados, porque son quienes más les visitan. Por este motivo deben contar con los medios necesarios para solucionar imprevistos no deseados.

Es importante que tengan a su disposición mecanismos de control y poder comprobar que se cumplen.

También es fundamental que haya un sistema de registro fiable en el que todo el equipo de enfermería pueda anotar y dejar constancia de los imprevistos no deseados que sucedan.

4. Alfabetización en salud.

Carmen Busquets Ferrer

Enfermera Hospital Santa Cristina. Madrid.

Daniel Muñoz Jiménez

Enfermero Universidad Pontificia de Salamanca. Salus Infimorum.

En los últimos años se ha desarrollado el concepto de “Paciente activo y empoderado”.

Se llama así a los pacientes que se preocupan por su salud, controlan como va su enfermedad y se encargan de tener la mejor asistencia sanitaria posible.

Este tipo de paciente pide más información sobre su estado de salud para poder tomar sus propias decisiones y no dejar toda la responsabilidad en el personal sanitario.

Por eso es importante que los ciudadanos se formen en temas de salud, aprendan conocimientos que les permitan comprender qué les pasa

y decidan qué tratamientos o cuidados quieren recibir.

Para que las personas aprendan a cuidar su salud y valorar qué es lo más adecuado para ellas se ha creado la Alfabetización en salud.

La Alfabetización en salud son un conjunto de conocimientos y habilidades que ayudan a la persona a conocer la información básica sobre la salud y a tomar las decisiones más apropiadas en cada momento.

Las personas que tienen poca Alfabetización en salud sufren las siguientes consecuencias:

- Tienen menos salud.
 - Previenen menos las enfermedades.
- y pasan más tiempo en el hospital y en los servicios de urgencias.
- Descubren más tarde los síntomas y las enfermedades.
 - No se comunican bien con el médico.
 - Tienen poco conocimiento de sus enfermedades crónicas

y de cómo tratarlas.

- Toman mal los medicamentos, se confunden en la dosis y no siguen los tratamientos.
- Tienen más posibilidad de morir por su enfermedad.

Además, diversos estudios señalan que los padres con baja Alfabetización en salud no llevan a los niños al médico de forma adecuada y cometen errores cuando tienen que darles medicación.

El Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud demuestra que los países en los que sus habitantes tienen más nivel educativo y académico también tienen más conocimientos de Alfabetización en salud.

En España este concepto todavía es casi desconocido, por lo que está muy poco valorado.

La enfermera puede ser el profesional más capacitado para apoyar la Alfabetización en salud en la población,

enseñar hábitos saludables de autocuidado
y mejorar la calidad de vida de las personas.

5. ¿Qué sería del mundo sin las enfermeras?

José Manuel Sánchez García

Responsable de Centros de Dirección Asistencial Centro.

Gerencia Atención Primaria Madrid.

María Luisa Torre Burgos

Supervisora de Unidad de Psiquiatría.

Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Este artículo quiere mostrar lo importante y necesaria que es la labor de las enfermeras dentro del sistema sanitario. Es una labor fundamental cuando trabajan con otros profesionales y también cuando lo hacen ellas solas.

Con su trabajo y dedicación, hacen que las personas tengamos más salud, sintamos menos dolor y menos sufrimiento.

Florence Nightingale está considerada como la primera enfermera de la era moderna.

Ella indicaba que, para hacer un buen trabajo,

las enfermeras tienen que:

- Observar cómo está el paciente.
- Reflexionar sobre qué hay que hacer.
- Tener habilidades para saber cómo hacerlo.

En este artículo una enfermera actual explica que eligió esta profesión por su entusiasmo en querer ayudar a los demás.

Habla de la enfermería como la profesión más humana y asegura que una sociedad sin enfermeras estaría más empobrecida y sería más egoísta.

Destaca que no tendríamos un profesional de referencia que nos cure las heridas, nos vacune, saque sangre y calme nuestro dolor con atención y cariño.

Cuenta dos historias que ha vivido ella misma en las que aprendió que las enfermeras también curan las heridas psíquicas, las que no se ven, pero existen.

Una de estas historias es la de Manolo,
un hombre al que le acababan de operar,
su mujer no podía ir a verle
y ella estuvo con él para que no estuviera solo.

La otra historia es la de una mujer mayor que no tenía familia.
También pasó con ella ese momento
para que se sintiera acompañada.

La realidad muestra que, aunque el cuidado familiar sigue existiendo,
las enfermeras son quienes dan los cuidados especializados
a las personas que los necesitan.

6. Diferencia entre el sistema de cuidados a personas dependientes en España y en Noruega.

Sergio González Pérez

Doctorado en Sociología y Antropología por la Universidad Complutense de Madrid.

Sociólogo y Máster en Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales por la Universidad Complutense de Madrid.

En las últimas décadas, la población en Europa está cada vez más envejecida.

Los motivos son que nacen menos niños y que las personas viven más años.

Al haber un gran número de personas con más de 65 años hacen falta más cuidados de larga duración porque es normal que las personas de más edad tengan problemas de salud y necesiten más cuidados.

A lo largo de la historia, cada país ha buscado la fórmula

que ha creído más conveniente para cuidar a sus personas mayores y darles la atención que necesitan.

En los países del norte de Europa, el Estado ha puesto los servicios necesarios y ayuda para cubrir las necesidades de estas personas.

Sin embargo, en los países del sur de Europa, como España, son las familias quienes se han ocupado en su mayoría de atender y cuidar a sus mayores.

Pero la incorporación de la mujer al trabajo fuera de casa y la dificultad de compaginar la vida familiar y laboral hace necesario que el sistema público del sur de Europa dé nuevas soluciones para el cuidado y bienestar de las personas mayores.

Esta es precisamente la demanda que hacen las familias, ya que las prestaciones y servicios del sistema público no son suficientes para cubrir su necesidad actual.

Las familias son quienes siguen llevando la mayoría de la carga

del cuidado de sus mayores y personas dependientes.

En este trabajo se recogen las características principales de los cuidados para personas dependientes que se prestan en Noruega y en España.

En Noruega, el Estado y los municipios se encargan de que las personas que lo necesitan reciban servicios como: ingreso en residencias, viviendas tuteladas o ayuda y asistencia sanitaria a domicilio.

En España se creó la Ley de la Dependencia en el año 2007 con la intención de poner en marcha un sistema de cuidados parecido al de Noruega.

Sin embargo, ha resultado ser un sistema lento en el que muchas veces se tarda demasiado tiempo en conceder a la persona el servicio que necesita.

Además, las ayudas que más se conceden

son dinero a las familias para que atiendan a la persona mayor que tienen en casa.

Por lo tanto, el cuidado de las personas dependientes sigue siendo labor de la familia, en muchas ocasiones.

Con esta situación, el futuro de las personas en situación de dependencia en España dependerá de:

- Su estado de salud.
- Las demandas que hagan a la sociedad.
- El papel que el Estado y las familias asuman para el bienestar de las personas dependientes.



Este logo identifica los materiales que siguen las directrices internacionales de la IFLA (International Federation of Library Associations and Institutions) e Inclusion Europe, en cuanto al lenguaje, al contenido y a la forma a fin de facilitar su comprensión. Lo otorga la Asociación Lectura Fácil Madrid.





FUNDACIÓN CASER
Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid
Tel.: 91 214 65 69
email: fcaser@fundacioncaser.org
web: www.fundacioncaser.es