

## Sobre la Ley de Dependencia y otros informes de salud



**E**n abril de 2006 se aprobó la, casi hoy eliminada, Ley de Dependencia (*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*), esta Ley supuso un importante avance en el desarrollo del Estado del Bienestar al reconocer al Sistema Nacional de la Dependencia como el cuarto pilar y aportar diversos tipos de ayudas sociales a las personas en situación de dependencia, reconociendo como un derecho este tipo de prestaciones.

En su momento, SEAPA manifestó su satisfacción por la aprobación de la Ley, así mismo, mostró su opinión con respecto al papel que deberían ocupar las enfermeras comunitarias en la valoración y gestión de necesidades de cuidados de las personas en situación de dependencia, destacando de forma elocuente que no podía quedar fuera de la llamada Ley del Cuidado al profesional clave del cuidado en Atención Primaria,

<http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Ley%20de%20la%20Dependencia/DOCUMENTO%20SEAPA%20SOBRE%20LA%20LEY%20DE%20AUTONOM%C3%8DA%20PERSONAL%20Y%20DEPEN%E2%80%A6.pdf>

En nuestra Comunidad Autónoma se optó por la formación de equipos de valoración externos al sistema sanitario integrados por diferentes profesionales, trabajadores sociales, enfermeras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Para acceder a las ayudas, en nuestra Comunidad Autónoma, los solicitantes deben presentar, entre otros documentos, un Informe de Salud, dicho informe consta de los datos del usuario, antecedentes personales, problemas de salud actuales, tratamientos farmacológicos y cuidados de enfermería.

La inclusión en un informe oficial de los cuidados de enfermería, firmados por la enfermera de familia del paciente, supone un gran avance en el reconocimiento del trabajo de las enfermeras. En este caso no podría ser de otra manera ya que lo que se precisa valorar, no son los problemas médicos del paciente sino las necesidades de cuidados de la persona en situación de dependencia.

Cabe recordar que en el Real Decreto (RD) 1093/2010, se aprueba el conjunto mínimo de datos que deben tener los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>, en su anexo VII se definen los datos que deben acompañar el Informe de Cuidados de Enfermería entre los que se encuentran los diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones según nomenclatura NANDA-NIC-NOC.

La regulación de los datos que deben incluir los informes es un gran avance para la organización sanitaria y la inclusión en el Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados, además de contribuir al avance de la organización, constituye un hito importantísimo para la profesión al incluir los datos de la enfermera responsable del paciente y las citadas taxonomías. El reconocimiento oficial de las taxonomías NANDA-NIC-NOC debiera facilitar el desarrollo de la metodología enfermera como método para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, además de facilitar la comunicación entre profesionales mediante un lenguaje universal de comunicación y favorecer la investigación en salud al unificar y normalizar los registros.

A partir de este RD todas las Comunidades Autónomas debieron incorporar, en un plazo de 18 meses, en las historias clínicas de Atención Hospitalaria y Atención Primaria los datos del Informe de Cuidados de Enfermería. En nuestra Comunidad, siguiendo esta normativa, se realiza para AP el Informe de Salud que tenemos incorporado en OMI-AP. Cabe recordar que un Real Decreto es de obligado cumplimiento, por tanto, todas las enfermeras deben conocer y efectuar lo establecido y los Servicios de Salud deben hacer cumplir esta regulación.

Resulta, por todo ello, paradójico y sorprendente que en algunos Centros de Salud las enfermeras no estén cumplimentando el informe de cuidados para los distintos informes de salud, incluido el necesario para tener acceso a cualquier prestación acogiéndose a la Ley de Dependencia; no se comprende la no realización de esta tarea de su competencia. Hemos conocido que en algunos casos los médicos del paciente, por desconocimiento, o por no darle importancia o por un acuerdo con el enfermero/a con quien comparte el cupo, cubren ese apartado del informe o simplemente el informe se entrega al paciente o familiar sin la parte que compete a la enfermera.

Desconcierta esa situación, más aún cuando se da con el beneplácito del enfermero/a. Hacemos un flaco favor a nuestra profesión pensando que son tareas burocráticas sin valor, prescindibles y realizables por otro profesional no competente en la materia; deberíamos considerarlo como una oportunidad de desarrollo profesional y no como una carga más de trabajo.

Sorprende también que esos informes incompletos no sean rechazados en el organismo competente, como lo serían si faltaran otros documentos.

Desde SEAPA queremos hacer un llamamiento a todos los compañeros/as para que esta situación se revierta, a los responsables de enfermería de los Centros para que promuevan con el resto de miembros de los EAP la organización que se precise para poder hacer efectiva la cumplimentación de los informes, a las direcciones de enfermería para que impulsen su obligado desarrollo y establezcan las pautas para dar uniformidad al contenido de los informes y al Servicio de Salud para la vigilancia en el cumplimiento, así como la exigencia a Servicios Sociales para que los informes incompletos no sean admitidos.

***Fernanda del Castillo Arévalo***  
*Presidenta de SEAPA*