

**Autoras:**<sup>1</sup>Rosamaría Alberdi Castell<sup>2</sup>Núria Cuxart Ainaud<sup>1</sup>Enfermera. Profesora. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de las Illes Balears.<sup>2</sup>Enfermera. Directora de Programas del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona**Dirección de contacto:**Rosamaría Alberdi Castell  
C/ Passatemps, 116. 07120 Palma  
E-mail: rosamaria.alberdi@uib.es**Fecha de recepción:** el 27/01/2013.**Aceptada su publicación:** el 4/11/2013.

## Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud

### Resumen

Los alarmantes cambios ocurridos en los principios y las prestaciones del Sistema Nacional de Salud español en el último año y las consecuencias sobre el trabajo enfermero, constituyen el contenido de este artículo. Se ha estructurado en dos partes. La primera se centra en contestar a la pregunta sobre ¿qué está significando la crisis y especialmente las medidas contenidas en el RDL-16/2012, en relación al derecho a la salud que tienen reconocido las ciudadanas y ciudadanos en España? La segunda parte trata sobre la responsabilidad que tienen las enfermeras frente a la defensa del derecho a la salud, haciéndose énfasis en las dificultades éticas que plantea la norma y en la necesidad de mantener el cuidado como eje de toda actuación. Al final del artículo se exponen algunas propuestas sobre el compromiso a desarrollar por las enfermeras en la defensa de dicho derecho básico.

**Palabras clave**

Política nacional de salud; universalización; equidad.

**Cómo citar este artículo:**Alberdi Castell R, Cuxart Ainaud N. Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. *Metas Enferm* 2013; 16(10): 21-27.

### Abstract

#### **Nurses and the Right to Healthcare: Defending the National Healthcare System**

*This article addresses the alarming changes occurred in the principles and services provided by the Spanish Healthcare System during the past year, and their consequences on the nursing activity. It has been structured into two parts. The first part focuses on answering the question: What is the impact of our present crisis, and particularly of the measures included in Law RDL-16/2012, on the right to healthcare recognized for Spanish citizens? The second part addresses the responsibility of nurses regarding the defense of the right to healthcare, highlighting the ethical difficulties posed by the rule, and the need to keep healthcare as the axis of all actions. At the end of the article, some proposals are expressed about the commitment to be held by nurses in order to defend said basic right.*

**Key words**

National Healthcare Policy; globalization; equity.

## Introducción

*“La sumisión y la tolerancia no es el camino moral, pero sí con frecuencia el más cómodo”, sirva la frase de Martin Luther King para enmarcar este artículo.*

En el último año, las normativas promulgadas bajo el argumento de que es indispensable reducir el gasto sanitario han cambiado profundamente el modelo de atención sanitaria que se ha venido desarrollando en España desde la creación de la Seguridad Social, modelo que tuvo como eje fundamental la Ley General de Sanidad de 1986 y las legislaciones que desarrollaron los derechos que en ella se contemplaban. En realidad, estas medidas lo que han hecho es cambiar de manera radical los valores y, por tanto, el tipo de atención al que tendrán derecho las y los ciudadanos españoles, sin influir de forma decisiva en la corrección de las ineficiencias que afectan al sistema sanitario.

A partir de estas premisas y tras un detenido estudio del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (1), ha surgido esta reflexión, que se ha estructurado en dos bloques: el primero, sobre derechos y responsabilidades, se centra en contestar a la pregunta sobre ¿qué está significando la crisis y especialmente las medidas contenidas en el RDL-16/2012, en relación al derecho a la salud que tenemos reconocido ciudadanas y ciudadanos? y, el segundo, está dedicado al trabajo enfermero en tiempos de crisis y a la responsabilidad que tienen las enfermeras frente a la defensa del derecho a la salud, haciendo énfasis en las dificultades éticas que plantea la norma y en la necesidad de que las y los profesionales estén especialmente atentos a mantener el cuidado como eje de toda actuación. Para terminar, se plantean algunas propuestas sobre el compromiso a desarrollar por las enfermeras en la defensa del derecho a la salud.

En el presente artículo, y siguiendo usos internacionales, se utiliza el término enfermera para hacer referencia a los profesionales de ambos sexos.

## Crisis y derecho a la salud

Al empezar, es indispensable dejar claramente establecido que no es la crisis la que está teniendo graves consecuencias en relación al derecho a la salud, sino las medidas políticas que se toman para “combatirla”, que, en realidad, no están resultando eficaces tampoco en el terreno económico. Para demostrar que dichas medidas están cambiando de forma radical los valores y características que definen el derecho a la salud y la atención sanitaria alcanzados en España, es necesario pararse un momento a tratar sobre el Estado de Bienestar y los servicios públicos.

## Sobre el Estado de Bienestar

Moreno lo define como: *“El conjunto de instituciones públicas proveedoras de políticas sociales dirigidas a la mejora de las condiciones de vida y a promocionar la igualdad de*

*oportunidades entre los y las ciudadanas”* (2). El Estado de Bienestar tiene como fundamentos (3):

1. El reconocimiento de que todos los ciudadanos tienen los mismos derechos.
2. La existencia de una voluntad decidida de intervenir sobre el medio social para corregir las desigualdades de origen.

Pero estos fundamentos por sí solos no generan el Estado de Bienestar, sino que lo que lo genera son las decisiones políticas que derivan en leyes que reconocen los derechos y las condiciones en que esos derechos pueden exigirse. Además, lo que desarrolla el Estado de Bienestar son también decisiones políticas que aseguran el compromiso del conjunto de la ciudadanía para que la legislación y los recursos destinados a la educación, la sanidad, la seguridad social y la atención a las personas en situación de dependencia, que forman sus cuatro pilares, sirvan para proveer el derecho, actuar como correctores de las desigualdades de origen y como elementos para el progreso social.

## El Estado de Bienestar en España

Con el objetivo de enmarcar adecuadamente la cuestión de la crisis y el derecho a la salud en nuestro entorno, parece interesante enfatizar algunos aspectos del Estado de Bienestar conseguido en España, que surge a partir de la Constitución de 1978, en la que se reconocen los derechos fundamentales de las y los españoles.

Actualmente, existe una intención política clara, sostenida por los grupos ideológicos que abogan por la disolución de dicho estado, que consiste en demostrar que este es insostenible. Pero para desmontar esa falacia, y una vez explicada la extensión humana y moral de ese concepto que denominamos Estado de Bienestar, es necesario recordar que en España (4):

- El gasto público y el porcentaje del PIB dedicado a gasto social es el más bajo de la Unión Europea de los 15 (UE-15).
- Los servicios públicos del Estado de Bienestar español están muy poco desarrollados, ya que solamente una persona de cada diez trabaja en los servicios públicos en España, mientras que en Suecia (el país europeo con este estado más desarrollado) es uno de cada cuatro.
- El PIB *per capita* de España es el 94% del PIB *per capita* promedio de la UE-15, y en cambio se gasta en Estado de Bienestar el 74% del promedio de lo que se gastan los países de la UE-15.

Si en España se gastara el mismo porcentaje (el 94% en lugar del 74%), los servicios públicos del estado recibirían 66 mil millones de euros más de lo que reciben ahora, cantidad que, naturalmente, dejaría a nuestros servicios públicos, sin los actuales problemas de financiación.

Se ha dicho que la creación del Estado de Bienestar es una decisión política, como lo es su mantenimiento. En estos momentos, en España, se están tomando decisiones políti-

cas que limitan el mantenimiento de dicho estado. Para poder valorar el alcance de estas limitaciones, es importante detenerse para examinar algunos datos sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) español.

### **El Sistema Nacional de Salud español**

Tal como se ha recordado es en 1978, con la promulgación de la Constitución, que surge el Estado de Bienestar. Posteriormente, la Ley General de Sanidad, de 1986, se constituye como el pilar fundamental que permitió desarrollar el Sistema Nacional de Salud. La construcción del SNS ha sido una tarea de enorme complejidad, cuya finalización aún estaba pendiente cuando se han empezado a socavar los principios que lo sostienen.

Aun así, durante 26 años, el SNS español ha contribuido de forma eficaz a *“redistribuir la riqueza y a compensar las desigualdades sociales que se derivan de las enfermedades y ha sido, junto con la educación pública, una potente palanca de vertebración social y de democratización ciudadana”* (3). Todos los indicadores que pueden encontrarse ponen de manifiesto que la sociedad tiene una percepción muy favorable del sistema sanitario español y que este tiene una gran consideración internacional.

Martínez Riera considera que aprovechando la crisis *“se está trasladando a la opinión pública la ineficiencia y los problemas de funcionamiento (del sistema sanitario)”,* y añade que *“habrá que aclarar si es tal la alarma trasladada o se trata de aprovechar maliciosamente la situación con objetivos políticos o económicos poco claros”* (5).

No sin razón plantea dicho autor su duda, porque en realidad el SNS español es barato y eficiente, tal como destaca la Organización Mundial de la Salud en la publicación *“Estadísticas sanitarias mundiales, 2010”* (6).

Se ha venido sosteniendo que el reconocimiento de derechos y el desarrollo del Estado de Bienestar y de los servicios públicos que lo sustentan, son decisiones políticas. De la misma manera que es una decisión política, fundada en un modelo ideológico ultraliberal, la que está recortando de manera drástica el derecho a la salud y el sistema de provisión de la atención sanitaria en España.

Es necesario insistir en que no es la crisis la que está cambiando el derecho a la salud y a la atención sanitaria, sino las decisiones políticas erróneas que se toman con la excusa de combatirla, del mismo modo que tampoco es cierto que la única manera de salir de la crisis sea laminando el Estado de Bienestar.

Economistas de prestigio como Joseph Stiglitz (7), Paul Krugman (8) o Vicente Navarro (9), por citar únicamente a tres de los más destacados, vienen denunciando la ineficacia y también la inmoralidad de los recortes en aspectos básicos, sin compensarlos con políticas de incentivos para el desarrollo o planes consensuados para combatir el desem-

pleo. Pero a pesar de las advertencias, la promulgación del Real Decreto-ley 16/2012, ha establecido unos profundos recortes que han cambiado de forma radical el derecho a la salud y las bases sobre las que se sustenta el Sistema Nacional de Salud.

### **Consecuencias del Decreto-Ley 16, de abril de 2012, sobre el derecho a la salud**

La base de esta reflexión es el documento elaborado por la Dirección de Programas del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (10), cuya lectura completa se recomienda.

En este artículo se ha optado por un análisis breve, pero muy concreto, del contenido del Real Decreto-ley, a fin de destacar solamente los aspectos que cambian el modelo de sistema sanitario del que se ha disfrutado hasta ahora en España.

#### **Se pierde universalidad, al perderse el derecho a la salud reconocido por ser ciudadanos y ciudadanas**

El apartado introductorio I del RDL-16/2012 establece que el Sistema Nacional de Salud tiene “vocación” universal, por lo que deja de tener el “carácter” de universalidad reconocido en la exposición de motivos de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (11). El concepto de “carácter” es indicador de la naturaleza de algo, mientras que el término “vocación” se refiere a inclinación o interés, pero no tiene la connotación de la obligatoriedad.

Es decir, en España deja de haber un Sistema Nacional de Salud y se vuelve a un modelo de prestación parecido al de Seguridad Social, con lo que ello conlleva de pérdida en el derecho a la salud. Todas las normativas anteriores habían sido un avance hacia la consolidación de que el derecho a la salud tuviera una doble vertiente: la atención sanitaria cuando esta se necesita (prevención, promoción, rehabilitación, etc.), pero también la lucha contra las desigualdades de origen o, lo que es lo mismo, el reequilibrio de los determinantes sociales que afectan a la salud, de ahí que con esta nueva disposición el Sistema Nacional de Salud pierde su condición estructural de universalidad.

#### **Se vincula el derecho a la salud al trabajo, dando nuevo protagonismo al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**

A través del establecimiento, en el apartado introductorio II del Real Decreto-ley, de la vinculación del derecho a la atención sanitaria al trabajo o a una situación de dependencia de una persona que trabaja. Así, se pasa de ser “titulares” del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, a ser “asegurados” o “beneficiarios”, no siendo la sociedad solidaria y comprometida la que decide, a través de una ley, quién tiene el derecho, sino que este deriva del hecho de tener un trabajo.

A partir de los presupuestos de 1999, el Estado asumió totalmente la financiación de la asistencia sanitaria y las cotizaciones a la Seguridad Social pasaron a financiar exclusi-

vamente las prestaciones sociales (jubilación, invalidez, desempleo, etc.), produciéndose de este modo la desvinculación total de la sanidad y la seguridad social. A pesar de que se han seguido nombrando los dispositivos del SNS como centros de la seguridad social, lo cierto es que la seguridad social y la atención sanitaria siguen caminos separados y la financiación de la sanidad se hace íntegramente a través de los impuestos.

El Real Decreto-ley (RDL) 16, en su capítulo I, art. 1, apartado 2, hace recuperar el protagonismo al INSS, estableciendo que el reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario corresponde íntegramente a aquel.

La pérdida de la condición de universalidad hace que en España se hayan debido recuperar las prácticas sanitarias de "beneficencia". "Volver a la beneficencia", significa, tal como muy bien destaca Sánchez-Cuenca (3), que las acciones que se hacen desde este prisma no tienen el objetivo de modificar las situaciones de desigualdad. La beneficencia es graciable y quien la recibe (al no estar respaldado por ninguna ley), no tiene derecho a exigirla, solamente puede agradecer lo que se le ofrece.

En muchos momentos de la historia de España, especialmente en aquellos en que las graves desigualdades sociales y la falta de un Estado comprometido con la defensa de aquellos y aquellas que las sufren, las acciones de beneficencia han sido indispensables. Por eso, lo preocupante y desalentador es que, una vez conseguido el gran avance social del Estado de Bienestar, la beneficencia deba substituir a los servicios públicos.

### Se pierde gratuidad y aumenta el copago

El RDL 16/2012 que se analiza tiene disposiciones que hacen que se pierda gratuidad respecto a las prestaciones con cambios en la cartera de servicios y con la implantación de nuevas tasas para los medicamentos.

Con relación a la cartera de servicios, se introducen tres modalidades (básica, suplementaria y de servicios accesorios) y la única de ellas que no exige repago es la básica (se utiliza el concepto de "repago" porque, en realidad, los servicios del SNS son gratuitos en el punto de dispensación ya que han sido abonados previamente por todos los ciudadanos y ciudadanas a través de sus impuestos). Las otras dos modalidades son de copago y pago total respectivamente.

Para dar una visión del importantísimo cambio en la accesibilidad económica provocado por el RDL 16/2012, vale la pena señalar que de la cartera "suplementaria" (que incluye el transporte sanitario no urgente para diálisis y rehabilitación y también las sillas de ruedas, muletas, etc.) debe abonarse el 40% del precio de venta de todo lo que incluye, sin ningún límite de cuantía.

El segundo golpe que le da el RDL a la gratuidad son los tramos de renta establecidos para el pago de los medica-

mentos. Dichos tramos son: 60% del precio de venta al público (PVP) para las personas aseguradas y beneficiarias con renta superior a 100.000 €, 50% del PVP para personas con rentas entre 18.000 y 100.000 €, 40% del PVP para las personas con rentas inferiores a 18.000 € y 10% del PVP para las personas pensionistas.

Aunque estos tramos y el sistema de reconocerlos son profundamente injustos, aún parece más grave que lo que se esté estableciendo sean, la propia norma así lo reconoce, medidas de carácter disuasorio. O sea, que no tienen la finalidad de responsabilizar a la ciudadanía sobre su salud, sino que pretenden "disuadirla" del uso de medicamentos y prestaciones a través de un pago cuando la persona se encuentra mal y cuando un profesional ha tomado una decisión en relación a lo que puede mejorar su estado de salud. No se trata, pues, de promover el autocuidado, sencillamente se castiga a los ciudadanos y ciudadanas a pagar por la atención sanitaria que ya ha sido abonada previamente.

La Asociación Española contra el Cáncer (AECC), en las conclusiones de un reciente estudio (12), da idea de la gravedad de la situación a la que están llevando las medidas de aumento del copago sanitario al afirmar:

- *Cuando una familia con ingresos medios de 1.182 € mensuales se encuentra con uno de sus miembros enfermos de cáncer, asume una serie de gastos extras que desajustan su economía gravemente, (...) llegando a tener que reducir en los gastos de primera necesidad, (...) o tomar la decisión de no seguir con el tratamiento prescrito por no poder hacer frente a los gastos que supone.*
- *El gasto más elevado derivado del cáncer se produce en los 8 meses consecutivos al diagnóstico cuando se produce el tratamiento (debe dedicar un 19% del total de sus ingresos), dando lugar a un aumento de su riesgo de pobreza y exclusión social al ser un gasto elevado y concentrado en un periodo relativamente corto de tiempo. En el caso de una familia en la que se encuentra una persona superviviente de cáncer, el gasto que asume es igualmente elevado si se trata de una familia bajo el umbral de riesgo de pobreza, suponiendo un gasto sostenido en el tiempo (un 8% de su presupuesto total).*

Del mismo modo, también se pierde equidad extendiendo el repago a las personas pensionistas y excluyendo de las prestaciones a un importante número de colectivos, disminuyendo su igualdad de oportunidades frente al acceso al sistema de salud.

A modo de resumen, puede decirse que la pérdida de equidad es consecuencia directa del altísimo impacto que la aplicación de las medidas contenidas en el RDL 16/2012 tiene en las personas de las clases y grupos sociales más vulnerables, que cargan con el peso de los recortes, sufriendo un gran incremento en el copago de los medicamentos y la reducción o limitación de las prestaciones a las que tienen derecho, agrandando la fractura social que la crisis ha evidenciado.



## El trabajo de las enfermeras en tiempos de crisis: la lucha por el derecho a la salud

### La responsabilidad profesional frente a los recortes

Las instituciones representativas (parlamentos, nacional y autonómicos, ayuntamientos y demás instituciones con responsabilidad legislativa) establecen, a través de la promulgación de diversas normas, las condiciones en que los derechos pueden exigirse, pero esto se quedaría solamente en la teoría si los profesionales, empleados/as públicos o privados, no convirtiesen estos derechos en realidad tangible, ya que son ellos los que tienen la responsabilidad de proveer, de forma segura y eficiente, el ejercicio del derecho.

Es cierto que hay cuestiones que pueden marcar alguna diferencia entre los empleados públicos y las personas que trabajan en empresas privadas, fundamentalmente relacionada con la forma en que se establece la relación laboral de servicio pues, independientemente de las responsabilidades que derivan de su profesión, las enfermeras que trabajan en una institución privada tienen su relación de servicio con el propietario (individual o colectivo) de dicha institución, que es quien puede establecer las prioridades de su trabajo, cuando las enfermeras que son empleadas públicas, generalmente establecen directamente su relación de servicio con la persona a la que atienden, si bien, a todas y todos nos concierne la responsabilidad, como se ha dicho, de proveer, de forma segura y eficiente, el ejercicio del derecho.

En el contexto de este trabajo se utilizar el término "proveer" con el significado que le otorga el Diccionario de Uso del Español (13) de "prevenir, disponer las cosas, dar, suministrar". Es interesante la matización que hace dicho diccionario en relación a que "proveer", implica que la cosa que se provee es necesitada por la persona o cosa a que o a quien se provee. De este modo, las enfermeras tienen como principal compromiso, asegurar, proveer, el derecho a la salud en la doble vertiente que tiene este derecho básico dentro de un Estado de Bienestar: ofreciendo la prestación sanitaria necesaria, es decir, proporcionando el cuidado, y actuando como correctora de las desigualdades de origen.

Para dar mayor solidez a esta idea, hay que recordar el mandato del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (14), en relación a que "*La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de Enfermería*".

### Las contradicciones éticas de la norma

El RDL 16/2012 contradice los fundamentos esenciales que dan sentido a la profesión enfermera, que se sustentan en la dignidad y en el respeto a los derechos humanos. Para poner de manifiesto esta profunda contradicción se utilizará el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de Enfermería (Código CIE) y el Código Deontológico de la Enfermería Española del Consejo General de Enfermería (15) (Código CGE).

La primera colisión ética grave se produce con la obligación de toda enfermera, establecida en el primer apartado del Código CIE, de promover "*un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad*". En este mismo sentido, el artículo 53 del Código CGE, instaura que "*La enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados*".

Es imposible conjugar esta obligación ética con las limitaciones que establece el RDL ya que restringe la prestación del cuidado y discrimina, pues pudiéndose garantizar la atención a la salud a todas las personas en realidad se limita, puesto que el cuidado no se da a quien lo necesita, sino que se facilita o no, en función de parámetros ajenos a su necesidad. No se puede pedir a un colectivo que actúe contra los derechos humanos pero este hecho se convierte en aún más inaceptable cuando quien lo pide es el mismo Estado que es quien debe garantizar, precisamente, el respeto y la protección a estos derechos.

En este mismo sentido, advertir que la aplicación del artículo 54 del Código CGE ("*La enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona*") aboca a las enfermeras españolas a proteger a los y las pacientes contra el gobierno que ha promovido el RDL 16/2012.

El Código CIE establece como principios:

- *La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.*
- *La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.*

Son aspectos éticos que constituyen el fundamento de la conciencia y la actitud profesional enfermera y que se obligan a conculcar con las medidas establecidas en el RDL 16/2012.

Debe preocupar profundamente el conflicto de valores que genera esta medida legislativa y que ya está provocando posturas de incumplimiento anunciado, desobediencia y/o objeción de conciencia (profesional), entendiéndose como el hecho de negarse a cumplir una orden determinada, exigida por una ley, un reglamento o un protocolo institucional, por razones morales o de conciencia.

### En tiempos de crisis, el cuidado como eje

En los últimos años, se ha puesto en evidencia que la aportación que las enfermeras hacen a la sociedad es única, indispensable e insustituible y se ha teorizado sobre ello. Estas teorizaciones han recibido críticas que han resultado poco útiles porque se hacen desde una perspectiva sesga-

da. Consideran quienes opinan que no es necesaria la teorización, que nuestra profesión evoluciona del mismo modo que las otras (la abogacía, la medicina, la arquitectura, etc.), sin advertir que diferentes causas, todas de peso y que no afectan a otras profesiones (la feminización, el patriarcado, el poder médico, los intereses farmacéuticos, etc.), ponen obstáculos constantes al desarrollo de la influencia que la orientación cuidadora debe tener en las políticas sociales y en el sistema de salud.

En tiempos de crisis e incertidumbre, esta orientación es aún más importante y está especialmente amenazada y, por eso, en este apartado, se va a volver a insistir sobre la trascendencia de no perder el eje del cuidado, teniendo claro que cuando se habla del cuidado, se hace referencia al conjunto de actuaciones que hacen las enfermeras a las personas en situación de carencia de autonomía porque no tienen el conocimiento, la fuerza o la voluntad para hacerlas por ellas mismas (formulándolo desde el modelo de V. Henderson) y con el objetivo último de promover la vida.

Aunque el concepto es hermoso, no se trata solo de literatura. Se trata de aquello que las enfermeras aportan de manera única y que tiene consecuencias tangibles y evaluables en términos de resultados de salud, teniendo siempre como objetivo profesional satisfacer las necesidades de cuidado de forma personalizada y efectiva, lo que incluye que, quien es cuidado, pueda asumir lo antes posible su máximo potencial de salud.

Esta es la tarea y la responsabilidad que cada día desarrollan la inmensa mayoría de las enfermeras, pero en momentos de crisis, deben estar especialmente atentas a que no se las aparte de la misma, desviando su tiempo y energía hacia otras actividades (de mantenimiento de la estructura o de suplencia de responsabilidades médicas) que puede que sean importantes pero que las alejan de la aportación que únicamente las enfermeras saben y pueden hacer. "Aportación", y ahí está la clave del planteamiento de esta reflexión, a la que los ciudadanos y ciudadanas tienen pleno derecho como parte inherente del derecho básico a la salud.

### Propuestas para la lucha por el derecho a la salud

Algunas de las ideas de este apartado fueron desarrolladas en la conferencia inaugural del XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental y parten del hecho evidente de que desde que han empezado a producirse los recortes económicos y los cambios organizativos que, con la excusa de la crisis, ponen en peligro el derecho a la salud de la ciudadanía y los propios fundamentos del Sistema Nacional de Salud en España, las enfermeras están respondiendo, individual y colectivamente, demostrando su rechazo frente a todos los cambios que posponen el cuidado frente a cuestiones económicas (16).

Para reforzar estas actuaciones, se ofrecen una serie de propuestas basadas en dos premisas. La primera es que se trata de propuestas ajustadas a la medida individual. En otros mo-

mentos han sido importantes las acciones de cambio que han exigido el trabajo cooperativo de diferentes niveles y colectivos. Son ejemplos, la implantación de nuevos modelos de gestión o la reforma de la Atención Primaria. Pero ahora, que están siendo puestos en riesgo los valores fundamentales que sustentan la práctica profesional y el modelo de sistema de atención que tenemos en España, parecen especialmente oportunas las propuestas que "dependen de la decisión directa de las enfermeras" con las personas que atienden o como participantes de un grupo. La segunda premisa es que es tiempo para, sin renunciar a la teorización necesaria, centrarse en la "efectividad del cuidado".

### Propuestas a la medida del grupo

Se dirigen a cada una de las enfermeras, animándolas a que, en este tiempo de crisis, participen en los grupos que defienden su trabajo: las asociaciones y también los colegios y los sindicatos (y si no lo defienden adecuadamente, es el momento idóneo para exigirlo). Estos grupos deben centrar sus esfuerzos en:

- **Promover estudios de coste-efectividad**, dándoles soporte para su realización, defendiéndolos, utilizándolos en sus argumentaciones, difundiéndolos y, si es posible, imponiéndolos. Trabajo altamente eficaz para que la ciudadanía conozca toda la dimensión de la aportación a la salud de las enfermeras.
- **Hacer "acción política"**. Propuesta que se concreta explicando la visión enfermera a los partidos políticos, a los políticos locales, autonómicos y nacionales, a las asociaciones científicas de otras disciplinas y a las asociaciones de usuarios. Debe darse a conocer el trabajo y las propuestas de las enfermeras como defensoras del derecho a la salud, pero también la concepción sobre el sistema sanitario que se necesita y los motivos que la sustentan.

### Propuestas a la medida individual

La primera de ellas es muy sencilla y, aunque ya se realiza cotidianamente, vale la pena remarcarla: se trata únicamente de que las enfermeras "se expliquen" ante cada usuario y usuaria de sus servicios. Cuando las personas se explican, siempre lo hacen en una doble vertiente: frente a sí mismas, lo que promueve la autoestima porque permite constatar cuán importante es lo que se aporta, y frente a la otra persona, porque sirve para que conozca la incidencia del cuidado enfermero en su proceso de salud. Es importante recordar especialmente que las enfermeras son también las encargadas de asegurar que los ciudadanos pueden ejercer su completo derecho a la salud.

La segunda propuesta a la medida individual es que hay que apelar a la "desobediencia". El establecimiento y el mantenimiento del Estado de Bienestar es el resultado de decisiones políticas que demuestran el compromiso del conjunto de la ciudadanía con un modelo de sociedad. Sin embargo, ahora, a través también de decisiones políticas, ya no se tiene derecho a la salud por el hecho de ser ciudadano o ciudadana y el sistema de salud en España ya no es equitativo ni universal ni gratuito.

Frente a ello, la propuesta es que las enfermeras utilicen el arma poderosísima del "cuidado" para "desobedecer" este mandamiento injusto y lo hagan, al menos, de cuatro maneras:

- **Desobedezcan, atendiendo a todo el mundo**  
No es fácil, pero existen asociaciones y colegios profesionales que dan soporte para ejercer la objeción de conciencia o la desobediencia civil a las enfermeras que así lo desean. Por ejemplo, los Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, de Baleares y los de la Comunidad Valenciana, entre otros, han hecho pronunciamientos en este sentido y asesoran a las enfermeras que así lo solicitan.
- **Desobedezcan cuidando como hacen cada día:**
  - Responsabilizando a cada persona de su autocuidado.
  - Modificando estilos de vida.
  - Adaptando y fidelizando tratamientos.
  - Mejorando la autonomía.
  - Resolviendo síntomas.
  - Aumentando el confort.
- **Desobedezcan, especialmente, utilizando el cuidado para contrarrestar los efectos perjudiciales de la crisis y, sobre todo, los recortes que se aplican:**
  - Dando alternativas de cuidado a la medicalización.
  - Mejorando la alimentación con el mismo dinero.

- Paliando el aislamiento, ayudando a comunicarse mejor y a interactuar socialmente.
- Ayudando, con el cuidado, a gestionar las pérdidas del puesto de trabajo, de las cosas que dan seguridad y si es necesario, a gestionar la pérdida de los sueños.

- **Desobedezcan el mandato injusto e inhumano**, activando las conciencias de los ciudadanos y ciudadanas que confían en las enfermeras, de manera que nunca se olvide que en España hemos tenido el derecho amplio a la salud, con todo lo que ello significa para la vida de cada persona y que debe recuperarse.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

**Introduce estos términos:**  
**encuentra@**  
ENFERMERA INTELIGENTE

Política nacional de salud; universalización; equidad.



**Contacta con los autores en:**

rosamaria.alberdi@uib.es

## Bibliografía

1. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (Boletín Oficial del Estado, nº 98, de 24 de abril de 2012). [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
2. Moreno L. Estado de bienestar y "mallas de seguridad". Madrid: Unidad de políticas comparadas, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2001. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/1497/1/dt-0203.pdf>
3. Sánchez-Cuenca López P. Defensant l'Estat del benestar. Suma-t'hi, Revista de la Xarxa per a la Inclusió Social, EAPN-Illes Balears i EAPN- Espanya; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://xarxainclusio.org/wp-content/uploads/2012/07/REVISTA-EAPN-3.pdf>
4. Comisión Europea. Hechos y cifras clave de la Unión Europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2007. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: [http://ec.europa.eu/archives/publications/booklets/eu\\_glance/66/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/archives/publications/booklets/eu_glance/66/index_es.htm)
5. Martínez Riera JR. Crisis y enfermeras. Rev ROL Enferm. 2012; 35(2):108-119.
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. Ginebra: OMS; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS10_Full.pdf)
7. Stiglitz JÉ. Las crisis posteriores a la crisis. El País, viernes 18 de enero de 2013. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: [http://economia.elpais.com/economia/2013/01/18/actualidad/1358514586\\_493136.html](http://economia.elpais.com/economia/2013/01/18/actualidad/1358514586_493136.html)
8. Krugman P. Los halcones del déficit, de capa caída. El País, viernes 25 de enero de 2013. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: [http://economia.elpais.com/economia/2013/01/25/actualidad/1359142429\\_953158.html](http://economia.elpais.com/economia/2013/01/25/actualidad/1359142429_953158.html)
9. Navarro V. Mitos de la sabiduría convencional. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.vnavarro.org/?p=8373>
10. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. Anàlisi provisional des de la Direcció de Programes del COIB sobre el "Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones"; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.coib.cat/Genericques.aspx?idpagina=1443>
11. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, nº 128, de 28 de mayo de 2003). [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
12. Fernández Marcos A, Del Castillo R, Eguino A. Anàlisi de las medidas del Real Decreto-Ley 16/2012 en las prestaciones sanitarias y su impacto en el colectivo de pacientes de càncer. Asociación Española Contra el Càncer; 2013. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: [https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Informe\\_Impacto\\_RDL16\\_2012\\_aecc2013.pdf](https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Informe_Impacto_RDL16_2012_aecc2013.pdf)
13. Moliner M. Diccionario de Uso del Español. 3ª ed. Madrid: Gredos; 2007.
14. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería, Revisado en 2012. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.icn.ch/es/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>
15. Consejo General de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Enfermería de España; 1989. [En línea] [fecha de acceso: 21 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.enfermeriademurcia.org/attachments/article/112/codigo-deontologico.pdf>
16. Alberdi R. La aportación enfermera: Un compromiso continuado con el cuidado y el derecho a la salud. En: XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental [CD-ROM] Madrid: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2013.