

Contenidos

Enfermería: ¿hacia dónde vamos? Enfermería de Salud Pública

Prescripción de promoción de salud en las consultas de Atención Primaria

Hábitos alimenticios de los enfermeros

La Enfermería Comunitaria en los albores de la anticoncepción contemporánea. Apuntes biográficos sobre Margaret Sanger

Salud, transparencia y participación social



La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RIdEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RIdEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RIdEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español y portugués son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

902 22 01 02

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:
dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual

	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en:
<http://revista.enfermeriacomunitaria.org/normasDePublicacion.php>

ISSN: 1988-574

COMITÉ EDITORIAL

COORDINADOR

- Dr. José Ramón Martínez Riera

DIRECTORA

- Dra. Ángela Sanjuán Quiles

COMITÉ EDITORIAL

- Dra. M^a José Cabañero Martínez
- Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
- Dr. Juan Diego Ramos Pichardo
- Mirella Ladios Martín

COMITÉ ASESOR

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España) • Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España) • M^a José Dasí García (Valencia-España) • Esperanza Ferrer Ferrandis (Valencia-España) • Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España) • Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España) • Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España) • Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España) • Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España) • María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España) • Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España) • Manuel Mañá González (Galicia-España) • María Paz Mompert García (Madrid-España) • Pilar Vilagrassa Ortí (Barcelona-España) • Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña) | <ul style="list-style-type: none"> • Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal) • Marinha Mendonça (Portugal) • Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil) • Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil) • Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México) • Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México) • Julia Teresa López España (Nuevo León-México) • M^a Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México) • Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México) • María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquía-Colombia) • Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile) • Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile) • Dra. M^a Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile) • Dra. Olivia Inés Sanhuesa Alvarado (Concepción-Chile) • Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile) • Olga María Rivero González (Cuba) |
|---|--|



Sumario • Summary

Vol. 5 - nº 1 enero-junio 2012

Editorial

Crisis, gestores y enfermeras. <i>José Ramón Martínez Riera</i>	4
---	---

Firma invitada

Enfermería: ¿hacia dónde vamos? Enfermería de Salud Pública <i>Nursing: where are we headed? Public Health Nursing</i>	5
<i>Enrique Ramalle Gómara</i>	

Originales

Prescripción de promoción de salud en las consultas de Atención Primaria <i>Prescribing health promotion in Primary Care consultation offices</i>	11
<i>Rosa María Gómez González, Jerónimo Fernández González, María Luisa Martín Arrate, María Mercedes Dorta Espiñeira, Eusebio Guillermo García, Rosa Milagros León Rodríguez</i>	
Hábitos alimenticios de los enfermeros <i>Eating habits in nurses</i>	23
<i>Pedro Jorge Araujo</i>	

Revisiones

La Enfermería Comunitaria en los albores de la anticoncepción contemporánea. Apuntes biográficos sobre Margaret Sanger <i>Community Nursing at the dawn of modern contraception. Biographical notes on Margaret Sanger</i>	34
<i>Enrique Oltra Rodríguez</i>	

Opinión

Salud, transparencia y participación social <i>Health, transparency and social participation and involvement</i>	38
<i>Jorge Mínguez Arias, José Ramón Martínez Riera</i>	

Noticias RIdeC

La AEC participa en la XI Conferencia Latinoamericana de Educación en Enfermería	43
El presidente de la AEC elegido nuevo secretario general de ALADEFE	44
I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Programa preliminar	45

Editorial

Crisis, gestores y enfermeras

Nadie es ajeno a la crisis que desde hace algunos años se ha instalado en nuestra sociedad y que se resiste a abandonarnos. Esta situación está ocasionando no solamente graves problemas financieros sino que se ha convertido, sin duda, en uno de los principales problemas de salud para la población que padece sus consecuencias (paro, recortes sociales, penurias económicas, etc.).

Ante estas graves circunstancias, sin embargo, se está respondiendo por parte de la Administración Pública con importantes recortes en la sanidad que provocan desabastecimiento, retrasos en la prestación de atención o demanda insatisfecha, entre otros, para los usuarios y recortes salariales, empeoramiento de las condiciones de trabajo, recortes en las plantillas, etc., para los profesionales de la salud.

Los políticos y los gestores sanitarios (que vienen a ser lo mismo dados los mecanismos de acceso a los puestos de responsabilidad en las organizaciones sanitarias públicas), ante la magnitud de la crisis han considerado que la mejor manera para ahorrar es meter la tijera en el sistema sanitario por entender que es lo que más gasto genera. Confunden, desde su ignorancia e inoperancia, la racionalización con el racionamiento.

Los mismos políticos y gestores que durante las épocas de vacas gordas tan solo estaban preocupados por dejar huella de su paso con grandes proyectos de infraestructuras o de programas de dudosa rentabilidad y eficacia social son los que ahora, ante tan importante problema de salud como es la crisis, no solo no son capaces de responder con eficiencia sino que eliminan o restringen drásticamente servicios básicos y cargan en los profesionales de la salud su torpeza con recortes, congelaciones y despidos.

La salud, como derecho fundamental de toda persona, no puede y no debe estar condicionada por gestores caracterizados por la mediocridad y el servilismo político del que hacen gala muchos de los actuales y que son los auténticos responsables de lo que sucede en el sistema sanitario público más allá de los efectos que sobre el mismo tiene la crisis.

Han logrado una sociedad profundamente medicalizada y "hospitalcentrista" en la que no únicamente aumenta de forma incesante el número de enfermedades que se conocen, sino que se han convertido en tales muchas situaciones y etapas vitales que antes no lo eran. Han conseguido instaurar la idea del "mal latente", es decir, el concepto de que todos podemos estar enfermos aunque nos creamos con buena salud. Ya no es suficiente sentirse sano para estarlo, la certificación de la

salud debe venir desde fuera, desde la "expertez" o, lo que es casi lo mismo, desde la tecnología. Desde este modelo medicalizado y medicamentado se ha enajenado a la población del control sobre su propia salud.

Se ha establecido una creencia en la omnipresencia de desórdenes médicos, idea que se refuerza en cualquier medio de comunicación y que puede llevar a pensar que finalmente "vivir es perjudicial para la salud", dado que todos los aspectos de nuestra vida diaria conllevan elementos de riesgo para la salud, es decir, la paradoja de una sociedad que enferma de salud. Todo esto es a costa de la destrucción sistemática de la Atención Primaria, teniendo en cuenta que lo que se invierte en salud en España está dos puntos del PIB por debajo de la media europea y que las decisiones que se están adoptando nos pueden conducir a un peor posicionamiento y, lo que es más grave, una peor atención.

Las enfermeras en general, y las enfermeras comunitarias en particular, han sido durante mucho tiempo ejemplo de eficiencia y de racionalización de recursos sin que nunca o en muy pocas ocasiones se haya reparado en ello o se les haya escuchado en sus múltiples propuestas de reorganización o planificación. El modelo que la profesión enfermera desarrolla, de capacitación de la población para los autocuidados, de autorresponsabilidad, de educación enfocada a la promoción de hábitos saludables, etc., toma en estos momentos de crisis una especial relevancia.

Aún se está a tiempo de poder corregir los desórdenes ocasionados. La crisis, sin despreciar lo que de negativo tiene, que es mucho, debe ser identificada también como una gran oportunidad para mejorar. En esto las enfermeras tenemos contrastada capacidad, voluntad y aptitudes para liderar muchas estrategias de cuidados y de gestión que permitan dar una respuesta eficaz y eficiente a las necesidades sentidas y requeridas por las personas, las familias y la comunidad. Para ello se requiere que tengan plena capacidad en la toma de decisiones en todos los niveles del sistema sanitario, y no como hasta ahora.

Esperemos que no se siga ignorando el capital enfermero actual y de futuro inmediato (especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria) para hacer frente a la crisis.

José Ramón Martínez Riera
Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Firma invitada

Enfermería: ¿hacia dónde vamos? Enfermería de Salud Pública

Enrique Ramalle Gómara
Enfermero. Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Jefe de Sección de Información Sanitaria. Servicio de
Epidemiología y Prevención Sanitaria. Gobierno de La Rioja.

Dirección de correspondencia: General Espartero 5, 11A. 26003-Logroño
E-mail: eramalle@gmail.com

Resumen

- La Enfermería de Salud Pública ha tenido un largo desarrollo desde las propuestas iniciales que llevaron a la fundación en 1862 en Liverpool de la primera Escuela de Enfermería de Salud Pública del mundo.
- El artículo recorre el camino seguido y las vicisitudes formativas de las enfermeras en el campo de la Salud Pública, para terminar mostrando las discrepancias entre la formación que las futuras enfermeras recibirán en el campo de las competencias y habilidades en Salud Pública y lo que las administraciones reclaman de ellas.

Palabras clave: salud comunitaria, Salud Pública, Libro Blanco de la Enfermería, necesidades de salud.

Abstract

Nursing: where are we headed? Public Health Nursing

- Public Health Nursing has had a long development from the initial proposals that led to the foundation in 1862 in Liverpool of first School of Public Health Nursing in the world.
- The article covers the path followed and the training vicissitudes of nurses in the field of Public Health, to finish showing the discrepancies between the training future nurses will receive in the field of competencies and skills in Public Health and what the administration expect of them.

Key words: Community Health, Public Health, Nursing White Paper, health needs.

El contexto de la Enfermería de Salud Pública

La Salud Pública es un campo semántico de difícil definición. Por ello, trataré de acercarme a su significado a través de diferentes aproximaciones. Hace 90 años, Winslow propuso esta definición de Salud Pública: "la Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (1).

La Declaración de Alma-Ata (1978) introducirá un cambio en la concepción de la Salud Pública. La nueva Salud Pública (o salud comunitaria) supone la transición de una visión

en la que son los profesionales sanitarios los que deciden qué es mejor para la población a otra en que es la población quien define sus prioridades y preferencias sobre la salud en su comunidad. Es decir, introduce el concepto de participación comunitaria en la toma de decisiones. Desde una perspectiva técnica (la de los profesionales) se ha pasado a una perspectiva participativa (profesionales y ciudadanos). En el año 2001, la Organización Panamericana de la Salud (2) explicitó 11 funciones básicas de la Salud Pública:

- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de Salud Pública, investigación y control de riesgos y amenazas para la Salud Pública.
- Promoción de la salud.
- Participación social en la salud.
- Formulación de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en Salud Pública.

- Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en Salud Pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios básicos de salud.
- Formación de recursos humanos y capacitación en Salud Pública.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.
- Investigación en Salud Pública.
- Reducción de emergencias y desastres en salud, lo que abarca prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación.

Los anteriores definiciones y planteamientos permiten disponer de una aproximación suficiente a una visión de la Salud Pública que puede denominarse clásica y que se resume en el "esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas" (3). Esta Salud Pública, de corte clásico, suele estar separada de las funciones asistenciales de los sistemas sanitarios y en manos de profesionales "especialistas": epidemiólogos, salubristas, educadores sanitarios, etc.

Sin embargo, por otro lado, la Salud Pública o Comunitaria también puede entenderse como parte de las actividades que se llevan a cabo en el nivel de Atención Primaria de la salud. Este es el enfoque que recoge, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), al definir que la Enfermería de Salud Pública es "uno de los siete servicios básicos de una unidad sanitaria local", cuyas funciones se integran en un programa sanitario general de fomento de la salud, mejora de las condiciones del medio social y material, prevención de las enfermedades e incapacidades físicas y rehabilitación. De igual forma, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) especifica que la Enfermería Comunitaria es "aquella disciplina que desarrolla la Enfermería mediante la aplicación integral de los cuidados, en el continuum salud-enfermedad, fundamentalmente al individuo, la familia y la comunidad, todo ello en el marco de la Salud Pública. Esta disciplina contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado". La enfermera comunitaria conjuga la asistencia clínica con la Salud Pública (exámenes infantiles de salud, vacunaciones, educación para la salud, etc.).

Podemos entender, por tanto, que la Enfermería de Salud Pública incluye tanto a los profesionales "especializados" que trabajan en las estructuras de Salud Pública de las Direcciones Generales de Salud Pública como a las enfermeras de Atención Primaria, en cuanto que proporcionan cuidados directamente a la familia y la comunidad. También podrían incluirse las enfermeras que trabajan en el ámbito de los servicios de medicina preventiva hospitalaria o de salud laboral.

En este texto me centraré en el primer grupo y trataré de describir qué debieran hacer y qué hacen las enfermeras que trabajan en los servicios centrales de Salud Pública.

Los antecedentes de la Enfermería de Salud Pública

Es común considerar a Florence Nightingale (1820-1910) como precursora de la Enfermería de Salud Pública, ya que ella distinguió la "Enfermería para la salud" de aquella otra que estaba centrada en la figura de la enfermera hospitalaria y que denominó "Enfermería para la enfermedad". En 1862 un comerciante inglés, William Rathbone, orientado por las propuestas de Nightingale, fundó en Liverpool la primera Escuela de Enfermería de Salud Pública del mundo. Una buena revisión de los orígenes y la trayectoria de la Enfermería de Salud Pública en España puede leerse en los trabajos de Álvarez-Dardet (5), Garisoain (6), Gómez (7) o Banegas (4), y, a grandes rasgos, se expone a continuación.

Uno de los primeros intentos de formar un grupo de enfermeras especializadas en Salud Pública se produjo durante la Segunda República, cuando se creó en España el Cuerpo de Enfermeras Visitadoras y Sanitarias, quienes trabajaban básicamente en los siguientes grupos de actividades (4):

- Enfermeras visitadoras de higiene rural, dedicadas a fomentar la salud en la comunidad por medio de visitas domiciliarias y educación en hábitos saludables.
- Enfermeras psiquiátricas visitadoras que visitaban a las familias con enfermos psiquiátricos, atendían a los enfermos cuando estaban ingresados, facilitaban la inserción familiar y social y colaboraban con otros profesionales a nivel asistencial, docente e investigador.
- Enfermeras visitadoras de lucha antivenérea, quienes trataban de identificar focos de contagio, aplicaban tratamientos e impartían educación sanitaria a población de riesgo (prostitutas y militares).
- Enfermeras visitadoras de dispensarios antituberculosos que ofrecían educación e información y visitas domiciliarias.
- Enfermeras visitadoras puericultoras, que fomentaban la lactancia, prestaban cuidados a las embarazadas en los últimos meses, y trataban de disminuir la mortalidad infantil.

Posteriormente, en 1946, se aprobó el reglamento de la Escuela Central de Instructoras Sanitarias, donde las enfermeras recibían una formación de Salud Pública, evidentemente en el contexto de los conocimientos en Salud Pública de esa época y de otros conocimientos también producto del momento. Así, además de recibir enseñanzas en materias tales como cultura general (aritmética y gramática, ciencias naturales, geografía, historia y arte), religión, educación física, música, ciencias domésticas y nacionalesindi-

calismo, se formaban en epidemiología, enfermedades infecciosas, exámenes de salud, higiene general, tuberculosis, puericultura y maternología, alimentación y prácticas de laboratorio, medicina y cirugía y deontología de la profesión (7).

Con el paso del tiempo, sobre todo a partir de los años ochenta del siglo pasado, se cambió la orientación de los servicios de Salud Pública, hasta entonces llamados de Sanidad e Higiene, hacia modelos más integrados y eliminando progresivamente lo que en aquel tiempo se denominaron "estructuras paralelas": desaparecieron dispensarios antituberculosos, antivenéreos o de puericultura, cuyos servicios se integraron en la red asistencial tradicional de atención primaria o de atención especializada. Las enfermeras que trabajaban en estos servicios, que tenían un carácter asistencial, tuvieron que adaptarse a una nueva situación, más orientada a la promoción de la salud, la educación sanitaria o la vigilancia epidemiológica y forjaron el inicio de las Direcciones generales de Salud Pública de las diferentes Comunidades Autónomas. La integración de estos profesionales en estructuras específicas de Salud Pública no ha propiciado la existencia en España de una especialidad, por lo que las estrategias de formación en este campo han ido por otros caminos, poco reglados y azarosos. Las enfermeras tuvieron que autoformarse, pero han logrado alcanzar una excelente capacitación profesional.

Capacitación profesional de la Enfermería de Salud Pública

El trabajo de Davó et ál. (3) establece las competencias profesionales que están definidas en los libros blancos de las titulaciones sanitarias que se elaboraron para adaptar dichas titulaciones al Espacio Europeo de Educación Superior y que fueron presentadas a la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). En Salud Pública las competencias profesionales se refieren a las actitudes y capacidades necesarias para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente. Las tres funciones básicas de la Salud Pública son (3):

- Valorar las necesidades de salud de la población.
- Desarrollar las políticas de salud.
- Garantizar la prestación de servicios sanitarios.

En el Libro Blanco de la Enfermería las competencias que aparecen relacionadas con estas funciones son:

Valorar las necesidades de salud de la población

A su vez, este apartado se subdivide en varios:

- Analizar la situación de salud de la comunidad: proporcionar cuidados, respetando derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, emitir juicios y decisiones basados en valoraciones integrales y evidencias

científicas y utilizar sistemas de registro y de gestión de la información.

- Describir y analizar la asociación y el impacto de los factores de riesgo, de los problemas de salud y el impacto de los servicios sanitarios: actualizar conocimientos tecnológicos y compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.
- Controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia. En este apartado no existen funciones definidas en el Libro Blanco de la Enfermería.

Desarrollar las políticas de salud

No existen funciones definidas en el Libro Blanco de la Enfermería para los subapartados de:

- Contribuir a definir la ordenación del sistema de salud.
- Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales.
- Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias, es decir, disponer de habilidades para intervenciones y actividades para proporcionar cuidados: intervenciones ligadas a la educación y la promoción de la salud.
- Fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud.
- Proporcionar información adaptada a las necesidades del interlocutor.
- Liderazgo, gestión y trabajo en equipo: garantizar la calidad en los cuidados a las personas, las familias y las colectividades.

Garantizar la prestación de servicios sanitarios

- Gestionar servicios y programas:
 - Disponer de habilidades para intervenciones y actividades para proporcionar cuidados: intervenciones ligadas a la educación y la promoción de la salud.

No existen funciones definidas en el Libro Blanco de la Enfermería para los subapartados de:

- Evaluar servicios y programas.
- Realizar inspecciones y auditorías.
- Elaborar guías y protocolos.

Una primera consideración que puede hacerse es que en el Libro Blanco de los estudios de Enfermería enviado para ser evaluado por la ANECA, no se han incluido competencias en Salud Pública en Enfermería en varias de las funciones básicas de la Salud Pública, por lo que las futuras enfermeras que se formen con el plan de estudios resultante no adquirirán competencias en 6 de 11 (54%) de estas competencias básicas.

Qué hacen (en la práctica) las enfermeras de Salud Pública

Una vez que se han presentado las competencias esperadas para los profesionales sanitarios en Salud Pública, cabe preguntarse qué correspondencia existe entre lo que deben hacer y lo que hacen. Para ello, sin ánimo de exhaustividad ni con criterios técnicos de representatividad muestral, elaboré y envié, durante el mes de febrero de 2010, un pequeño cuestionario a los Servicios de Salud Pública de las Comunidades Autónomas españolas, con el fin de que indicaran en qué grado realizaban las distintas competencias definidas en el Libro Blanco de la Enfermería. Se pedía que establecieran un orden de prioridad basado únicamente en el tiempo promedio que dedicaban en su jornada laboral a cada una de las funciones antes definidas.

A este cuestionario contestaron 35 enfermeras de Salud Pública de la Comunidad Valenciana, Baleares, País Vasco, Murcia, Canarias, Castilla y León, Navarra, La Rioja y del Instituto de Salud Carlos III.

La Tabla 1 y la Figura 1 muestran las principales funciones que las enfermeras realizan. En ellas destaca lo que pueden denominarse actividades relacionadas con la vigilancia y el control, tales como analizar la situación de salud o controlar las enfermedades o situaciones de emergencia. Tradicionalmente este grupo de actividades es al que más esfuerzo dedican los profesionales de la Salud Pública española, no solo las enfermeras: lo que más pesa en los presupuestos de Salud Pública es el gasto dedicado a cubrir los costes de personal de los sanitarios que realizan tareas de vigilancia y control de tipo ambiental, ali-

mentario y epidemiológico (8). Sin embargo, tal y como hemos visto en el apartado anterior, el Libro Blanco de la Enfermería no presta atención a este tipo de actividades.

Por otro lado, entre el 57 y el 67% de las enfermeras no llevan a cabo funciones relacionadas con la ordenación del Sistema de Salud, el fomento de la participación de los ciudadanos ni la realización de inspecciones y auditorías.

Algunas líneas de futuro

Del análisis de los datos anteriores parece desprenderse una cierta discrepancia entre la formación que las futuras enfermeras recibirán en el campo de las competencias y habilidades en Salud Pública y lo que las administraciones reclaman de ellas. En todas las competencias definidas en el Libro Blanco de los estudios de Enfermería hay porcentajes que varían entre el 13 y el 67% de enfermeras que no dedican su esfuerzo laboral a estas competencias. Su trabajo está orientado sobre todo a lo que se conoce como sistemas de información y vigilancia de Salud Pública.

El Espacio Europeo de Educación Superior pretende acercar el mundo empresarial y el mercado a la universidad, de forma que los estudiantes tengan una formación académica más adaptada a las necesidades que la sociedad demanda de ellos, en lo que se ha llamado "el compromiso con la empleabilidad" (9). Los nuevos planes de estudio del Grado en Enfermería parece que no se ajustan a lo que el mercado solicita, entendido este como los servicios de Salud Pública que la administración española demanda de estos profesionales sanitarios, quizá porque el programa formativo del

Tabla 1. Funciones realizadas por las enfermeras

Actividad	No realiza	1ª elección	2ª elección	3ª elección
Analizar la situación de salud de la comunidad: utilizar sistemas de registro y de gestión de la información	13%	63%	7%	0%
Describir y analizar la asociación y el impacto de los factores de riesgo	23%	3%	17%	7%
Controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia	20%	3%	37%	13%
Contribuir a definir la ordenación del Sistema de Salud	57%	3%	0%	7%
Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales	-	-	-	-
Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias	30%	13%	7%	20%
Fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud	60%	0%	7%	7%
Gestionar servicios y programas	37%	3%	7%	10%
Evaluar servicios y programas	37%	3%	7%	10%
Realizar inspecciones y auditorías	67%	3%	0%	0%
Elaborar guías y protocolos	23%	7%	13%	10%

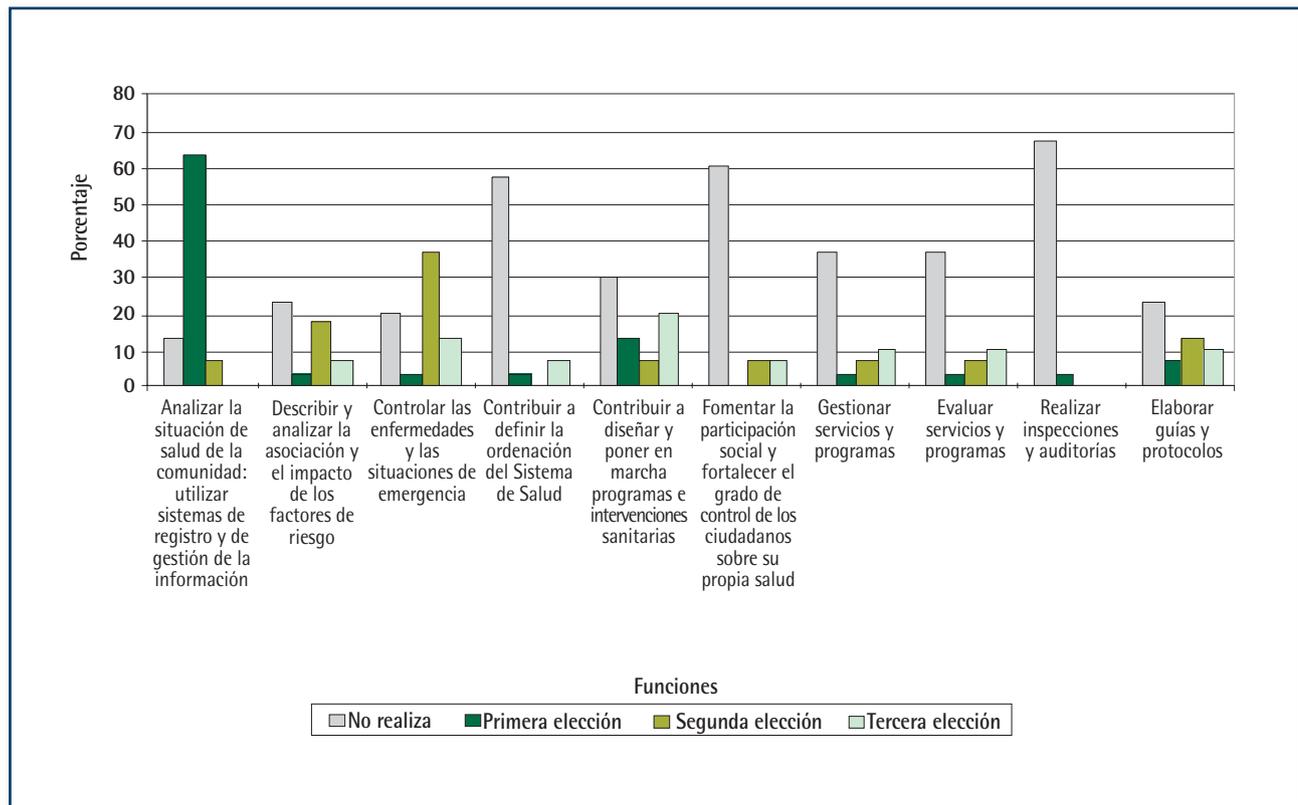


Figura 1. Funciones realizadas por las enfermeras

Grado en Enfermería responde a una formación generalista que luego necesita ser complementada con formación adicional, tal y como se perciben en la actualidad los estudios de máster.

A este respecto es interesante la propuesta que ha formulado recientemente la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), en palabras de su presidente, en cuanto a la formación en epidemiología (10). Es evidente que la Salud Pública es una ciencia multidisciplinar donde, además de profesiones tradicionalmente vinculadas a este campo como enfermeras, médicos o veterinarios, se han incorporado matemáticos, sociólogos, economistas, ingenieros o fisioterapeutas (11). Por ello, la postura de la SEE es "que se cree un tronco propio de Salud Pública, donde estarían los médicos de Medicina Preventiva y Salud Pública, junto a otros profesionales de la Salud Pública como veterinarios, farmacéuticos, enfermeras, etc., con un primer año común del máster en Salud Pública". La capacitación en Salud Pública de las enfermeras podría venir a través de este máster, que proporcionaría también contacto y una formación compartida con el resto de profesionales con responsabilidades en Salud Pública.

El papel de la investigación

Si bien no está contemplada específicamente en las com-

petencias del Libro Blanco de la Enfermería, varias de las enfermeras encuestadas respondieron que realizan investigación sobre problemas de salud y que también imparten formación o asesoría a otros profesionales sanitarios. La investigación en Salud Pública debe ser promovida y estimulada, ya que es una de las formas de obtener conocimiento sobre la situación de un colectivo. Es conocido el esfuerzo de la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería del Instituto de Salud Carlos III (Investén-ISCIII) (12) para impulsar la investigación de Enfermería en España, esfuerzo que comenzó a mediados de los años noventa (13) y que recogía las iniciativas del Grupo de Trabajo de Enfermería del Fondo de Investigación Sanitaria (14). Aunque este grupo fomenta la investigación (sobre todo clínica), la investigación en Salud Pública es una actividad a la que la ciencia enfermera no puede renunciar, ya que toda disciplina debe generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir su realidad desde su propia perspectiva (15).

Agradecimientos

Agradezco la colaboración de las enfermeras que contestaron al cuestionario. Igualmente a D^a Carmen Quiñones Rubio, por la lectura crítica de versiones previas de este manuscrito.

Bibliografía

- (1) Winslow CEA. The Untilled Fields of Public Health. *Science* 1920; 51(23):33.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. La Enfermería de salud pública y las Funciones Esenciales de salud pública: bases para el Ejercicio Profesional en el siglo XXI. Washington: PAHO; 2001. [En línea] [fecha de acceso: 11 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/HSO07/PHN-garfielspan.pdf>
- (3) Davó MC, Gil González D, Vives Cases C, Álvarez Dardet C, Ronda E, Ortiz Moncada R et ál. Quiénes y qué pueden hacer en salud pública: las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gac Sanit* 2009; 23(1):5-12.
- (4) Banegas JR, Díez Gañán L, Toledano MJ. Enfermería en salud pública. En: Piédrola G (ed.). *Medicina preventiva y salud pública*. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- (5) Álvarez Dardet C, Gascón E, Alfonso M, Almero A. Los orígenes de la enfermería de salud pública. *Gac Sanit* 1988; 9(2):290-293.
- (6) Garisoain V, Marino R. Enfermería de salud pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo. *An Sis Sanit Navar* 1997; 20(3). [En línea] [fecha de acceso: 11 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n3/enfer.html>
- (7) Gómez J, Domingo M. Historia de la enfermería de salud pública en España. *Cultura de los Cuidados* 1999; 5:20-28.
- (8) Villalbí JR. Profesionales y servicios de salud pública: saber, saber hacer y hacer. *Gac Sanit* 2009; 23(1):14-15.
- (9) Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales. (Boletín Oficial del Estado núm. 260, de 30 de octubre de 2007).
- (10) Benavides FG. La formación en epidemiología. *SEE Nota* 2010; 1(2):1.
- (11) Delgado M. ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? *Gac Sanit* 2009; 23(1):13.
- (12) Fuentelsaz Gallego C, Navalpotro Pascual N, Ruzafa Martínez M. Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII). *Enferm Clin* 2007; 17(3):117-127.
- (13) Fuentelsaz C, Ramalle Gómara E. Promoción de la investigación en enfermería desde el Instituto de Salud Carlos III: Grupo Investén-ISCIII. *Enferm Clin* 1999; 9:29-33.
- (14) Grupo de Trabajo de Enfermería. La investigación en enfermería en España. *Med Clin* 1993; 102:584-588.
- (15) Triviño Z, Sanhuesa O. Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y Enfermería* 2005; XI(1):17-24.

¹Rosa M^a Gómez González
²Jerónimo Fernández González
³M^a Luisa Martín Arrate
⁴M^a Mercedes Dorta Espiñeira
⁵Eusebio Guillermo García
⁶Rosa Milagros León Rodríguez

Prescripción de promoción de salud en las consultas de Atención Primaria

^{1,2,3,4} Centro de salud de Tacoronte. Santa Cruz de Tenerife

⁵ Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

⁶ Centro de salud La Orotava Dehesas. Santa Cruz de Tenerife

Dirección de correspondencia:

Rosa M^a Gómez González
 Carretera General del Norte, km 21
 38350 Tacoronte (Santa Cruz de Tenerife)

E-mail:
 meinata73@yahoo.es

Resumen

Objetivo: cuantificar actividades de promoción de salud (PS) (2008-2009) en la zona básica de salud (ZBS) de Tacoronte y los profesionales participantes, así como determinar la opinión y necesidad de formación de usuarios sobre actividades sanitarias.

Material y método: estudio observacional descriptivo transversal. Muestreo aleatorio simple: usuarios que acudieron al centro de salud entre febrero y marzo de 2010 y registros de actividades sanitarias (2008 y 2009). Fuentes: registros de actividades en hoja de datos Excel; variables: categoría profesional, nombre del taller, número de participantes y duración de la actividad. Cuestionario diseñado y pilotado en el centro y dirigido a usuarios; 16 ítems respuestas múltiples, variables: sexo, edad, nivel académico, profesión, patologías previas, hábitos de vida, motivo de visita, frecuentación a consultas, percepción de salud y de información recibida por profesionales.

Resultados:

- Se realizaron 73 actividades sanitarias con un total de 681 horas, dirigidas a 4.257 usuarios.
- Contestaron el cuestionario 253 usuarios. Como datos reseñables destacan que el 51% no trabajaba, un 13% eran diabéticos, el 20% fumaban diariamente, el 68,4% realizaba ejercicio, el 44,27% tenía consulta con medicina y el 32% acudía sin cita a consulta de enfermería. De todos ellos el 52,17% opinaba que el profesional podía dar información de su salud estando sanos.

Conclusiones: el personal de enfermería realizó PS mayoritariamente. Los usuarios tenían buena percepción de su salud. Sus necesidades prioritarias de conocimiento fueron alimentación, ejercicio e higiene postural.

Palabras clave: educación en salud, Atención Primaria, promoción de salud, rol de enfermería.

Abstract

Prescribing health promotion in Primary Care consultation offices

Objectives: To quantify health promotion activities (HPA) (2008-2009) in the basic health area (BHA- catchment area) in Tacoronte and the participating professionals, and to determine the views and the need for user training on health activities.

Material and method: Cross-sectional observational study. Simple random sampling: users who attended the clinic between February and March 2010 and records of health activities carried out (2008 and 2009). Sources: record of activities (activity logs) in Excel spread data sheet; variables: professional category, name of workshop, number of participants and duration of the activity. Questionnaire designed and piloted in the center and aimed at users, 16 multiple-choice items, and variables: sex, age, educational level, occupation, previous diseases, lifestyle, and reason for consultation, frequency of consultations, health perception and information received from the professionals.

Results:

- 73 health activities were conducted with a total of 681 hours, aimed at 4,257 users.
- 253 users answered the questionnaire. Worth pointing out is that 51% of the users did not work, 13% were diabetic, 20% smoked daily, 68.4% exercised, 44.27% had a medical consultation and 32% presented to the nursing consultation office without an appointment (walk-ins). 52.17% of these users felt that the professional could give them health information to remain healthy.

Conclusions: The nursing personnel mainly performed health promotion activities. Users had a good perception of health. Their priority needs were nutrition, exercise and posture hygiene (body mechanics).

Key words: health education, primary care, health promotion, nursing role.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) llama movimiento de promoción de salud (PS) al proceso por el que "se proporciona a la población los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla" (Carta de Ottawa, 1986) y determina que la PS es clínicamente segura y éticamente no perjudicial (Declaración de Yakarta) (1, 2). La Ley General de Sanidad establece la responsabilidad de las Instituciones Públicas en PS. La LOGSE indica que la actividad educativa debe dirigirse a la formación personalizada e integrada de conocimientos, habilidades y actitud de los alumnos, tanto en su vida familiar como social (3, 4).

Según el modelo de Nola Pender de 1996 (modelo de PS), la PS está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano a lo largo de toda la vida, modelo que intenta ilustrar la naturaleza multifacética de la persona que interactúa con su entorno. El individuo valora la conducta promotora de salud en una balanza de beneficios y barreras. Según el modelo y modelado de roles (Helen Erickson, 2002) la enfermería es la ayuda holística a personas en actividades de autocuidado, en relación con su salud, e implica el uso de conocimientos, recursos personales y ambientales y acción para llegar a la salud holística (5).

Es objetivo de la PS capacitar con habilidades sociosanitarias a la población a través de información y conocimiento de diferentes recursos que los profesionales tenemos a nuestra disposición, para aumentar la calidad de vida a nivel social y familiar y con el fin de mejorar el sistema sanitario y disminuir los costes.

La equidad en salud es objetivo fundamental de casi todas las estrategias de promoción de la salud, centrado en el ideal de que toda persona disfrute de igualdad de oportunidades para llevar una vida sana (6, 7).

La alfabetización sanitaria supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permita adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de estilos de vida y de condiciones personales (8, 9).

La protección de la salud, la PS y la medicina preventiva convergen para mejorar la salud del individuo y del ambiente externo (10,11).

En el marco de un determinado estilo de vida se han identificado conductas de riesgo como consumo de tabaco y tóxicos, sedentarismo, dieta inadecuada, bajo nivel de higiene, ansiedad y estrés o práctica sexual de riesgo (12).

La salud es un derecho fundamental. El dinero que se gasta en este concepto está justificado. Es una actividad prospectiva que recorre un largo camino que da siempre frutos, es un gasto de bajo riesgo y un dinero bien empleado. La

meta no es lo que importa, sino los logros conseguidos por el camino (13).

La evidencia demuestra que la desigualdad de condiciones sociales y económicas es un determinante clave del bienestar sanitario y humano (14) y que las estrategias de promoción en salud mental reducen problemas y patologías de la población (15).

Ha aumentado la esperanza de vida, pero por el contrario ha surgido una legión de personas con enfermedades crónicas, dependientes y dementes que nuestros sistemas de salud no están preparados para solventar. La mitad de las muertes del mundo industrializado son resultado de la patología cardiovascular y disminuirla, apoyándonos en actividades de PS, forma parte de nuestro cometido (16). La discapacidad en la tercera edad (50% de los costes de atención sanitaria en países de la UE) requiere un porcentaje importante de recursos personales para su cuidado.

El papel clave de la PS consiste en incrementar, por medio de la información y de la formación, la comprensión de los temas sanitarios y ayudar en la medida de lo posible a que las personas realicen elecciones positivas para favorecer un estado óptimo de salud. Debe transcurrir un tiempo antes de que los efectos de un entramado de estrategias y procesos coherentes y relacionados comiencen a mostrar resultados medibles. Es más eficaz si se aplica en el medio laboral, en el sanitario o en el escolar (17). Las intervenciones de PS en los centros educativos transmiten conocimiento y comportamientos idóneos para desarrollar un crecimiento saludable.

Los programas integradores y holísticos relacionan los centros escolares con los organismos públicos y los sectores encargados de la salud y deben desarrollarse durante varios años para valorar su rendimiento. Prestamos atención especial a la formación de los profesores en promoción de la salud porque también el educador se convierte en un vehículo de enseñanza para su entorno, ya sea familiar o escolar. El concepto de escuelas promotoras reconoce que el sector sanitario solo no puede aportar grandes cambios a las conductas orientadas a la salud y depende de la acción coordinada con otros sectores (18).

Hace poco las enfermeras nos dedicábamos al proceso de enfermar y hace nada dirigíamos las enfermedades de nuestros pacientes. Es hora ya de potenciar capacidades, de enseñar a mejorar y a decidir qué les conviene, tanto en autogestión de su salud como en elecciones responsables con toda la información en mano (19). Con una vez que hagamos este esfuerzo, el conocimiento les acompañará toda la vida y solamente por eso ya el esfuerzo habrá valido la pena (20).

Prescribir salud es una oferta que no podemos obviar. Facilitar y adiestrar habilidades debe entrar en nuestra consulta diaria para indicarlo como terapia. En nuestra Geren-

cia, el Programa de Aulas de Salud (21) sigue este encomiable objetivo. Ha aunado la educación sanitaria como fusión entre la educación y las actividades sanitarias propiamente dichas. Además forma parte de la cartera de servicios desde el año 2007.

Hemos querido, basándonos en todo lo expuesto, relacionar cuántas actividades hemos realizado desde la implantación del programa y qué profesional se ha implicado más, así como identificar cuál era la percepción del estado de salud de nuestros pacientes y qué actividades percibían como necesarias para mantener o aumentar unos niveles correctos de salud. De ahí los objetivos planteados.

Objetivos

Los principales objetivos son:

- Cuantificar las actividades de promoción de salud que se realizaron en 2007-2009 en la zona básica de salud (ZBS) de Tacoronte y cuántos profesionales del Centro de Salud participaron en ellas.
- Determinar la opinión y satisfacción de los usuarios del centro sobre su salud, cuál fue el motivo de la consulta y cuál su necesidad de conocimientos.
- Establecer cuáles son las necesidades percibidas presentes o de un futuro próximo de esta población sobre actividades de promoción de la salud.

Material y método

Se realizó un diseño observacional descriptivo transversal.

Muestra

Se pasó un cuestionario (Anexo 1) a los usuarios que accedieron al centro sanitario y a los consultorios periféricos de Ravelo, Agua García, San Juan y El Sauzal unos días determinados: la última semana de febrero y las dos primeras de marzo de 2010. Los criterios de inclusión fueron asistencia a cualquier servicio de administración de la ZBS y los de exclusión la negativa a contestar el cuestionario.

También se realizó un análisis de los datos de las hojas de registro de las actividades de promoción (Programa de Aulas de Salud) correspondientes a los años 2008 y 2009 (Anexo 2 y Anexo 3). El formato de registro es igual para todos los centros de salud de la Gerencia de Atención Primaria (GAP). Las variables estudiadas de esta base de datos fueron: categoría profesional, nombre del taller, número de participantes, duración de la actividad y, además, en las hojas del año 2009 se obtuvieron el número de horas que el profesional sanitario invertía en la preparación de las actividades.

La fuente de datos para determinar la opinión del usuario

sobre su salud y para detectar las necesidades de formación sanitaria fue un cuestionario diseñado para el estudio, con 16 ítems, previo pilotaje en el propio centro por usuarios que acudieron una jornada determinada al servicio de fisioterapia. Este cuestionario fue anónimo y voluntario (Anexo 3). Para la entrega y recogida del cuestionario se capacitó al personal del Servicio de Atención al Usuario, a fin de evitar sesgos y generar una distancia suficiente con el profesional sanitario.

Las variables estudiadas fueron las siguientes: sociodemográficas, sexo, edad, nivel académico y profesión.

Otras variables fueron: patologías previas, hábitos de vida (alimentación y actividad física), motivo de visita al centro, frecuentación de consultas, percepción de su salud y de información recibida por los profesionales, así como de expectativas frente a la cobertura de información sobre sus patologías.

Al abordar al usuario se le solicitó rellenar de forma anónima el cuestionario, previo consentimiento informado verbal. Si el usuario no quería contestar, se excluía.

La encuesta era recogida posteriormente y entregada al investigador.

Resultados

Registro Aulas de Salud

- Horas de promoción presenciales realizadas por el equipo de Atención Primaria (EAP) de Tacoronte en el periodo estudiado: 681 h de las cuales 450 h (66,1%) eran realizadas por enfermeras. Número de actividades: 73, incluyéndose la celebración de días mundiales propuestos por Salud Pública con el 83,3% de participación enfermera (63).
- Profesionales participantes: 18 enfermeras, 7 médicos, 7 auxiliares administrativos, un auxiliar enfermería, una matrona, un fisioterapeuta y un pediatra (Gráfico 1).
- Actividades: diabetes, alimentación y relaciones afectivo-sexuales.
- Asistencia total: 4.257 usuarios.

Cuestionario

- Muestra: 253 usuarios, el 74% eran mujeres. La edad media fue de 41 ± 11 años, con una moda de 36 años.
 - El 51% de los encuestados no trabajaba. El 38% poseía el graduado escolar y casi el 17% refería tener estudios universitarios.
 - El 47% manifestaba no padecer ninguna enfermedad; el 15% eran hipertensos e hipercolesterolémicos y un 13% manifestaba ser diabético (Gráfico 2).

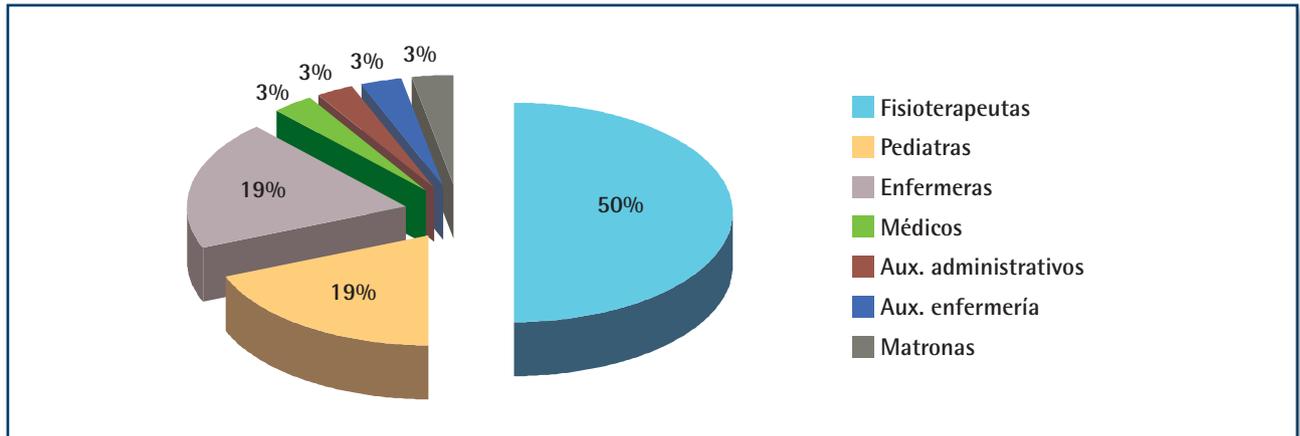


Gráfico 1. Profesionales que participaron en el programa de promoción de salud durante el periodo estudiado

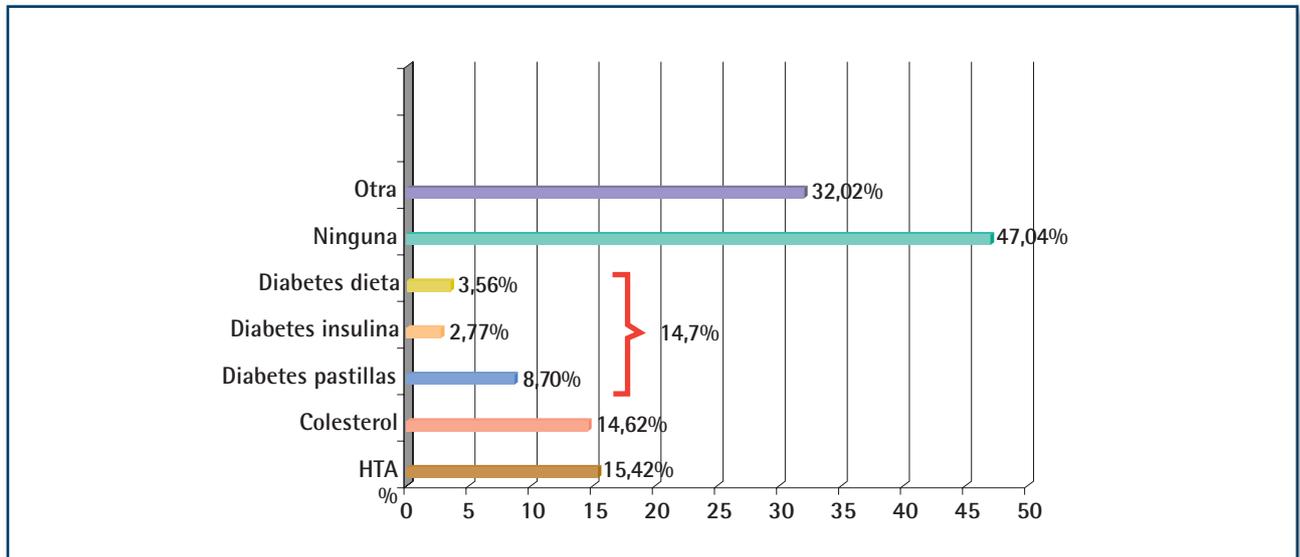


Gráfico 2. Enfermedades que padecen los encuestados

- Motivo de consulta (día de cumplimentación del cuestionario): un 44,27% asistía a consulta concertada con medicina de familia, el 22,13% a repetir recetas en su mayoría, el 9% para consulta concertada con enfermería y un 7,3% manifestaba acudir para otras actividades propias del profesional enfermero (curas, electrocardiogramas, toma de tensión arterial, etc.) (Gráfico 3).
 - Hábitos de salud: el 68,4% realizaba algún ejercicio físico (mayoritariamente caminar) unas dos o tres veces por semana (30%). Es destacable que el 14% de los mismos lo hacían más de cinco veces por semana. Casi un 20% fumaban diariamente, el 4% había consumido drogas no autorizadas y el 6% ingería alcohol una media de tres veces por semana. El 46,25% manifestaba no tener ningún hábito tóxico.
 - Hábitos dietéticos: el 66% desayunaba antes de salir de su casa, el 65% realizaba cuatro comidas al día, el 11,4% no comía ni frutas ni verduras a diario y el 47,4% intentaba evitar las grasas en su alimentación normal.
- El 32% de los usuarios acudía a la consulta de enfermería cuando lo necesitaba, menos de una vez al año, y el 15,42% lo hacía una vez al mes. Sin embargo, el 26% acudía una vez al mes a consulta de medicina y un 24% lo hacía cuando lo necesitaba.
- La percepción de su salud de los encuestados era buena (45,1%) o regular (42,3%). Se veían con normopeso el 46,3% de los encuestados y el 10,3% no opinaba al respecto (Gráfico 4).
- Más de la mitad de los encuestados (52,17%) opinaba que

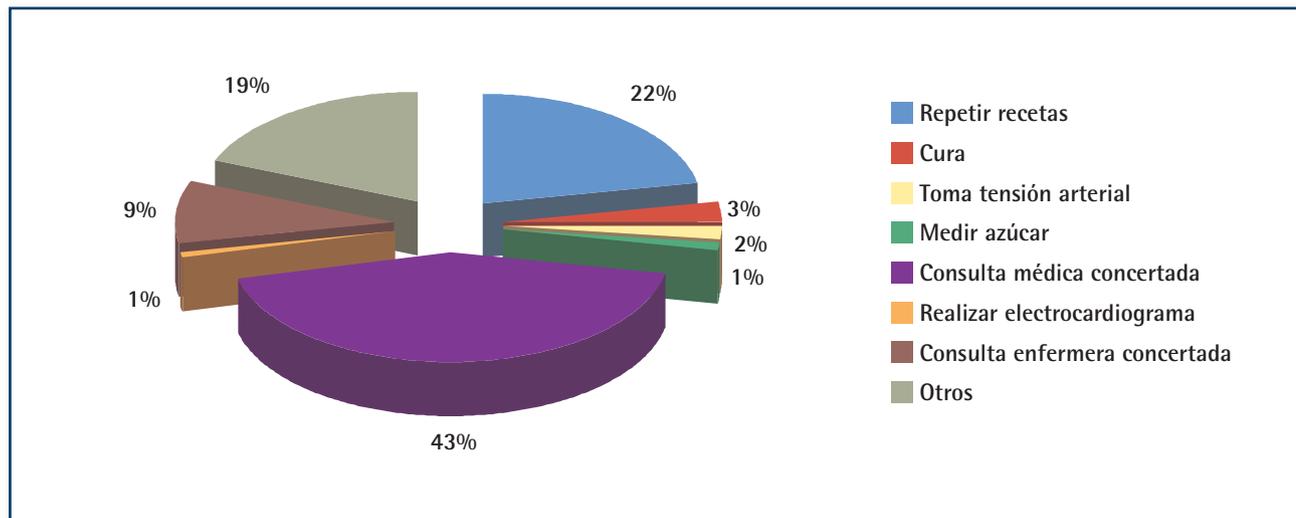


Gráfico 3. Motivo de consulta en el día de cumplimentación del cuestionario

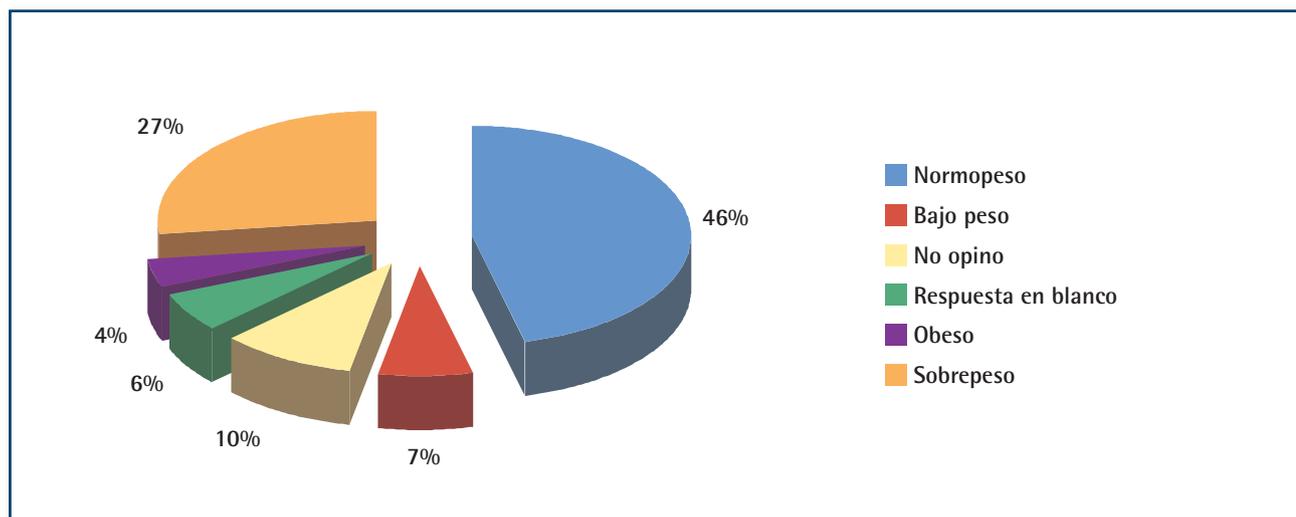


Gráfico 4. Percepción de los encuestados sobre su aspecto físico

los profesionales sanitarios podían dar información sobre la salud, pero casi el 29% creían que únicamente lo hacían cuando estaban enfermos (Gráfico 5).

El 52,2% de los encuestados percibía la necesidad de tratar temas de salud relacionados con la alimentación, con el ejercicio físico el 40,3% y con la higiene postural el 39,1%. Más del 41% acudiría a dichas actividades de cualquier forma y casi un 10% no asistiría por falta de interés en dichos temas. El mejor horario para las mismas sería las tardes, dos días por semana.

Discusión

El médico solo colabora en estos programas, teniendo una mayor carga en labores asistenciales por su rol.

La consulta programada de pacientes crónicos y actividades preventivas, valoración clínica inicial al paciente, curas, electrocardiograma (ECG), atención domiciliaria y otras actividades de enfermería van dirigidas a la prevención, curación o al mantenimiento del estado de salud óptimo pero, cuando estas fracasan, es preciso realizar actividades de rehabilitación y hasta de cuidados paliativos.

La propia profesión enfermera, por ser dinámica y evolutiva, genera nuevas expectativas como la incorporación en el trabajo diario de la metodología enfermera, donde los cuidados tienen especial protagonismo. Sin embargo, parece que todo esto no es suficiente para demostrar su importancia dentro del equipo, puesto que el número de enfermeras no solamente no aumenta como el de otros

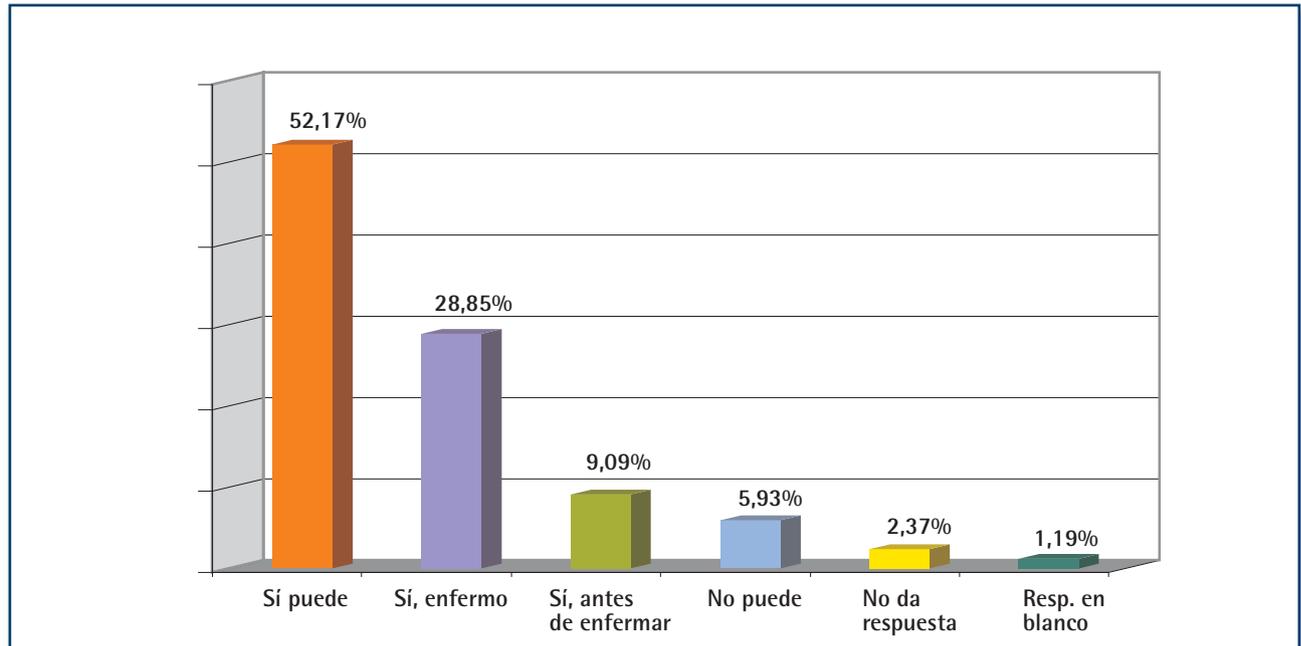


Gráfico 5. Opinión de los encuestados sobre si los profesionales sanitarios pueden dar información sobre la salud en general a la población

profesionales, sino que en muchos casos disminuye, aunque sea de forma proporcional.

Su papel en la prevención de enfermedades ha sido siempre relevante. Su formación en metodología de enfermería y continuidad de cuidados ha marcado una diferencia con el colectivo médico, más acostumbrado a tratar con patologías que con actitudes de salud y más adiestrado a dirigir los tratamientos que a ofertarlos. Es hora por tanto de prescribir promoción de salud como un modo de que entre en nuestras mentes y nuestras consultas.

La presión asistencial, de uno y otro colectivo, hace que tengamos que buscar soluciones óptimas para ambos, soluciones que deben ser atractivas para el usuario, el paciente (22). La consulta de PS puede ser esta solución, es decir, un recurso permanente en el centro de salud desde donde se programara, por ejemplo, la terapia grupal para dejar de fumar (23), la educación diabetológica, la educación grupal para pacientes con anticoagulantes orales, lactancia materna, etc. Debe ser accesible para el usuario que demande este tratamiento según sus necesidades con una resolución y puesta en marcha de estos tratamientos en forma real como, por ejemplo, se puede programar un control de tensión arterial (TA) en un paciente con hipertensión (24).

La acción en prevención o en promoción no debe ser sustituida por la rehabilitación. El coste de esta es muy superior a programar actividades que lo eviten.

La educación reglada debería contemplar estos contenidos que creemos válidos. Numerosas asociaciones trabajan en el

ámbito escolar integrando programas educativos cuyo objetivo es la adquisición de habilidades correctas para mantener un nivel de bienestar duradero y continuado en el tiempo (25).

Es una evidencia que los niños son los mejores perceptores de contenidos, habilidades y actitudes (26-28) incluso en lo referente a la salud. De hecho, este objetivo se establece en la Red de Escuelas Promotoras de Salud (29).

Conclusiones

- La PS fue realizada mayoritariamente por profesionales de enfermería.
- El principal motivo de consulta de los usuarios fue acudir a consulta concertada con el médico. Esto podría ser subsidiario de cambio si se dota de contenido a las consultas de PS mediante una oferta terapéutica.
- La mitad de los encuestados opinaban que los profesionales sanitarios podían informarles sobre su salud aunque no estuvieran enfermos. Esto indica la confianza del paciente en su sanitario de referencia.
- Los usuarios tienen buena percepción de salud, siendo sus necesidades de conocimiento temas como la alimentación, el ejercicio y la higiene postural. Todas estas actividades se engloban en la PS.
- El Programa Aulas de Salud es un proyecto eficaz y eficiente que puede ayudarnos en la prescripción tanto médica como de enfermería. Esta prescripción mejoraría el

estado de salud del individuo y de la comunidad, como indican los distintos estudios realizados.

Bibliografía

- [1] OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 1986. Ginebra: OMS; 1986.
- [2] OMS. Declaración de Yakarta. Promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud. Yakarta: OMS; 2007.
- [3] Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986).
- [4] Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (BOE núm. 238, de 4 de octubre de 1990).
- [5] Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- [6] OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 2005. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- [7] OMS. V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México: OMS; 2000.
- [8] OMS. Glosario (Health literacy). [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.eps-salud.com.ar/glosariooms.htm>
- [9] Baum F. Researching public health: beyond the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine* 1995; 55(4):459-468.
- [10] Piédrola Gil G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11ª ed. Madrid: Masson; 2008.
- [11] Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Med Clin* 1994; 102(Supl 1):5-12.
- [12] Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega Sánchez-Pinilla F, Nebot Adell M, Megido Badía MJ, et ál. Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2007; 39(Supl 3):27-46. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2007/27-46_estilo_vida.pdf
- [13] Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British Medical Journal* 1996; 312:1215-18.
- [14] Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. Ginebra: OMS; 2008. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- [15] Jané Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004; 24(89):67-77.
- [16] SNS. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>
- [17] La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/evidencia.htm>
- [18] Went S. A Healthy Start. Holistic Approaches to Health Promotion in School Communities. Melbourne: Monash University; 1992.
- [19] Cattan M, White M. Developing evidence-based health promotion for older people: a systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion* 1998; 13:1-10.
- [20] Susser M. The tribulations of trials: intervention in communities. *American Journal of Public Health* 1995; 85:158.
- [21] Servicio Canario de Salud. Programa Aulas de Salud. Consejería de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno Autónomo de Canarias; 2007.
- [22] Bouma H, Graafmans JM (eds). Studies in health technology and informatics. Gerontechnology. Amsterdam: IOS Press; 1992.
- [23] Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 2. Oxford: Update Software Ltd. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.update-software.com>
- [24] Dychtwald K. The determinants of prescription drug expenditure and what to do about. *Modern Geriatrics* 2005; 12(5).
- [25] Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar. Jornada Científica de Actualización en Enfermería Escolar. Teruel-Murcia: SCE; 2010.
- [26] Reinehr T, Wabitsch M. Obesidad Infantil. Opinión actual en lipidología 2011; 22(1):21-25.
- [27] Stevenson JS, Topp R. Effects of moderate and low intensity long-term exercise by older adults. *Res Nurs Health* 1990; 13:209-221.
- [28] WHO/UNESCO/UNICEF. Comprehensive School Health Education: Suggested Guidelines for Education. *Hygie* 1992; 11(3):8-15.
- [29] Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Documento informativo. *Salud Pública. Educ. Salud* 2001; 1(1):23-27.

ANEXO 1. Cuestionario de preguntas de hábitos en la vida diaria

Se va a intentar averiguar cuáles son sus necesidades de conocimientos sobre las enfermedades que pueden afectar-le y sobre qué puntos debemos nosotros preocuparnos de informarles. Sus respuestas serán para fines científicos, confidenciales y anónimas.

PRIMERA PARTE: DATOS PERSONALES: (Indique la que proceda)

Sexo: Hombre Mujer

Edad: _____ años

Trabaja: Sí No

Nivel de estudios:

Analfabeto.

Sabe leer.

Graduado escolar.

Bachillerato.

Formación profesional.

Universitario.

SEGUNDA PARTE: SITUACIÓN PERSONAL

Enfermedades que padece (Marque con una cruz todas las que correspondan)

Hipertensión.

Colesterol alto.

Diabetes con pastillas.

Diabetes con insulina.

Diabetes solo con dieta.

Ninguna enfermedad.

Otra enfermedad. En este caso señale cuál: _____

¿Cuál es el motivo de su visita al centro hoy?

Repetir recetas.

Cura.

Tomar la tensión arterial (TA).

Medir azúcar.

Consulta concertada con el médico.

Realizar electrocardiograma (ECG).

Consulta concertada con enfermería.

Otros. En este caso señale cuál: _____

TERCERA PARTE: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

(Señale con una cruz la respuesta que crea más acertada para su vida diaria)

¿Realiza ejercicio físico como caminar, correr, nadar, etc.?

No realizo ejercicio.

Sí. En este caso indique cuál: _____

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia realiza ejercicio físico?

Una vez por semana.

2-3 veces por semana.

4-5 veces por semana.

Más de 5 veces por semana.

¿Tiene algún hábito tóxico? (fumar, beber, etc.) (Conteste todas las respuestas que le identifiquen)

Sí, alguna vez he fumado.

Sí, fumo a diario.

Sí, alguna vez he tomado drogas. ¿De qué tipo? _____

Sí, tomo drogas a diario. ¿De qué tipo? _____

Sí, tomo alcohol 3 veces a la semana.

Sí, tomo alcohol esporádicamente.

No, nunca he tenido relación con hábitos tóxicos.

¿Cuáles son sus hábitos dietéticos? (Marque todas las respuestas que le identifiquen)

Sí, desayuno antes de salir de casa. Siempre tomo lácteos, fruta o cereales.

- Sí, realizo al menos cuatro comidas al día: desayuno, almuerzo, merienda, cena.
- Sí, como fruta y verduras a diario.
- Sí, evito grasas, frituras y bollería industrial.
- No desayuno antes de salir de casa.
- No realizo cuatro comidas al día.
- No como fruta ni verduras a diario.
- No evito grasas, frituras ni bollería industrial.

CUARTA PARTE: ASISTENCIA SANITARIA

¿Cuántas veces acude a la consulta de enfermería? (Conteste la respuesta que le parezca más acertada)

- Una vez por semana.
- Una vez cada dos semanas.
- Una vez al mes.
- Una vez cada dos meses.
- Una vez al año.
- Otros: _____

¿Cuántas veces acude a la consulta del médico? (Conteste la respuesta que le parezca más acertada)

- Una vez por semana.
- Una vez cada dos semanas.
- Una vez al mes.
- Una vez cada dos meses.
- Una vez al año.
- Otros: _____

¿Cree que el personal sanitario puede darle información sobre sus problemas de salud?

- Sí, puede informarme sobre todos los problemas de salud.
- Sí, pero solo me informa cuando estoy enfermo.
- Sí, me informa antes de tener el problema de salud.
- No puede darme información.
- No me la da.

QUINTA PARTE: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

¿Cómo ve su salud?

- Muy buena.
- Buena.
- Regular.
- Mala.
- Muy mala.

¿Cómo ve su aspecto físico?

- Obeso.
- Con sobrepeso.
- Con normopeso.
- Con bajo peso.
- No tengo opinión.

SEXTA PARTE: EXPECTATIVAS DE EDUCACIÓN

¿Cree necesario tratar temas de salud de forma habitual en el centro?

- Sí, temas sobre diabetes.
- Sí, temas sobre hábitos tóxicos o de adicción.
- Sí, temas sobre beneficios del ejercicio físico.
- Sí, temas sobre alimentación.
- Higiene postural (p. ej.: cómo hacer movimientos para evitar dolor).
- Patologías de la mujer, prevención y tratamiento.
- No, no creo necesario tratar de temas de salud.
- Otros temas como: _____

¿Acudiría usted a un curso de salud impartido por su enfermero o médico?

- Sí, pero no tengo tiempo porque cuido a un familiar.
- Sí, pero trabajo.
- Sí, pero vivo lejos.
- Sí, acudiría de cualquier forma.
- No acudiría, no me interesa.

ANEXO 3.

Hoja de registro 2009. Información

<p>ZONA BÁSICA DE SALUD</p> <p>ANAGA ADEJE AÑAZA ARICO ARONA - VILAFLO ARONA COSTA I (Los Cristianos) ARONA COSTA II (El Fraile) BCO. GRANDE Bº LA SALUD CANDELARIA CASCO-BOTÁNICO DR. GUIGOU FINCA ESPAÑA GRANADILLA GUÍA DE ISORA SANTIAGO DEL TEIDE GUIMAR ICOD LA CUESTA LA GUANCHA LA VICTORIA LA MATANZA LAG - GENETO LAG - MERCEDES LOS GLADIOLOS LOS REALEJOS LOS SILOS OFRA - DELICIAS OFRA - MIRAMAR ORO - DEHESA ORO - SAN ANTONIO PARQUE MARÍTIMO PTO. CRUZ - LA VERA SALAMANCA STA. ÚRSULA TACO TACORONTE TEJINA - TEGUESTE TOSCAL - CENTRO GERENCIA AP</p> <hr/> <p>ACTIVIDAD</p> <p>ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y/O LÚDICAS</p>	<p>CONCURSO CONSEJO DE SALUD CONSEJO ESCOLAR CONSEJO MUNICIPAL EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL EDUCACIÓN SANITARIA INDIVIDUAL ENCUENTRO INFANTIL Y/O JUVENIL MESA INFORMATIVA COMUNITARIA MESA INFORMATIVA EN EL C.S./C.P. OTRA OTROS CONSEJOS</p> <hr/> <p>ÁREA TEMÁTICA</p> <p>SALUD INFANTIL ATENCIÓN A LA INFANCIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR ATENCIÓN A LA ADOLESCENCIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR PREVENCIÓN Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN LA ECV ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO TABACO DIABETES HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONSUMO RESPONSABLE DE MEDICAMENTOS SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA ATENCIÓN A LA MUJER ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ATENCIÓN AL MAYOR ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA SALUD MENTAL HIGIENE POSTURAL SEGURIDAD PROMOCIÓN DE LA SALUD INFORMACIÓN DE PATOLOGÍAS OTRA</p> <hr/> <p>ACCIÓN</p> <p>AULAS DE SALUD CONSULTA JOVEN DÍAS MUNDIALES</p>	<p>ECCA FERIA DE LA SALUD OTRA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PLANES Y/O PROYECTOS COMUNITARIOS RED DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD SEMANA DE LA SALUD SEMANA TEMÁTICA</p> <hr/> <p>LUGAR</p> <p>EN EL CENTRO DE SALUD FUERA DEL CENTRO DE SALUD</p> <hr/> <p>CATEGORÍA</p> <p>CELADOR AUXILIAR ADMINISTRATIVO AUXILIAR ENFERMERÍA ENFERMERA ENFERMERA DE ENLACE FISIOTERAPEUTA MATRONA HIGIENISTA DENTAL DENTISTA TRABAJADOR SOCIAL MÉDICO PEDIATRA</p> <hr/> <p>POBLACIÓN DIANA</p> <p>LACTANTES (hasta 1 año) INFANTES (1-3 años) NIÑOS (4-6 años) JÓVENES (7-12 años) ADOLESCENTES (13-18 años) POBLACIÓN GENERAL EMBARAZADAS MADRES, PADRES Y FAMILIARES PROFESORADO MUJERES CUIDADORES ANCIANOS DISCAPACITADOS OTROS</p>
--	---	--

Pedro Jorge Araujo

Hábitos alimenticios de los enfermeros

Licenciado en Enfermería. Máster Internacional en Nutrición y Dietética.

Dirección de correspondencia:
C/ Delgado nº 8, Gáldar (35460), Las Palmas de Gran Canaria.

E-mail:
pedroja25@hotmail.com

Resumen

Objetivo: conocer los hábitos alimenticios de los enfermeros de la Clínica San Roque.

Material y método: estudio observacional descriptivo y transversal realizado en una población de 39 enfermeros mediante un cuestionario de 19 preguntas.

Resultados: un 35,90% nunca desayuna (los motivos de no hacerlo son por costumbre y por falta de tiempo); hay un 46,15% que desayuna en el trabajo; un 35,90% realiza las cinco comidas principales del día; un 33,33% bebe 1 litro y medio de agua al día; y un 84,62% de los enfermeros no sigue en el momento actual ningún tipo de dieta.

Conclusión: la mayoría de los enfermeros sigue las recomendaciones de la SENC (2004) respecto al consumo de lácteos, cereales, frutas, aceite de oliva y bebidas alcohólicas. No obstante, no siguen estas recomendaciones para el consumo de verduras y hortalizas, legumbres, patatas, pescado, carnes, arroz y pastas, huevos, dulces y bollería y refrescos.

Palabras clave: hábitos alimenticios, enfermeros, clínica privada.

Abstract

Eating habits in nurses

Objectives: To determine the eating habits of nurses at Clínica San Roque.

Material and method: Cross-sectional descriptive observational study conducted in a population of 39 nurses using a 19 item questionnaire.

Results: A 35.90% never eat breakfast (the reasons for not doing so are lack of habit and lack of time), there is a 46.15% who eat breakfast at work, a 35.90% has the five main meals a day, a 33.33% drink 1 liter of water per day, a 84.62% of nurses are not at the present on any type of diet.

Conclusion: Most nurses follow the recommendations of the SENC (2004) regarding the consumption of dairy products, cereals, fruits, olive oil and alcohol beverages. However, they do not follow these recommendations for consumption of vegetables, legumes, potatoes, fish, meat, rice and pasta, eggs, sweets and pastries and soft drinks.

Key words: eating habits, nurses, private clinic.

Introducción

Este trabajo se encuadra dentro del campo de la alimentación y la nutrición, y concretamente pretende analizar los hábitos alimenticios de un colectivo concreto: los enfermeros de una clínica de ámbito privado.

Según Martín et ál. (1), el grado de salud-enfermedad de un país o región va ligado a múltiples factores: el estilo de vida (actividad física, estrés, tabaco, alcohol), patrones alimentarios y susceptibilidad individual o tendencia genética de las personas. Por ello, es importante conocer si las personas llevan vidas saludables o si saben cómo llevarla.

Para estos mismos autores, el modelo de consumo alimentario español, como en los demás países industrializados, ha evolucionado en las últimas décadas debido a los avances tecnológicos, de producción y a los cambios sociales. Todo esto ha dado lugar a un ilimitado consumo y a la sobrealimentación. Se ha incrementado el consumo de alimentos de origen animal y de alta densidad energética, acompañado de una disminución en el consumo de alimentos vegetales. Esto se traduce en una mayor ingesta calórica. Además, a estos cambios alimentarios se unen otros en el estilo de vida como sedentarismo, estrés, tabaco, alcohol, que conllevan un menor gasto energético.

Como señala Ardila (2), los distintos grupos humanos tienen diferentes preferencias nutricionales, y es bien sabido que existen culturas que consumen un cierto tipo de alimentos y otros grupos que consumen otros productos. En otras palabras, nosotros no comemos lo que necesita nuestro organismo, sino lo que nuestra cultura nos indica que debemos comer. Para Hidalgo y Aranceta (3) los hábitos alimentarios vienen definidos por las preferencias y aversiones personales y por las diferentes prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos. Hábito equivale a aprendizaje; por tanto, a experiencia y a interiorización de la misma. Como otros hábitos de vida, su instauración y consolidación tienen en la infancia su momento decisivo, se basan en conductas y son aprendidos.

Respecto a los hábitos alimentarios de los enfermeros, el número de estudios es escaso y los resultados a veces controvertidos, pero parece que el trabajo a turnos podría afectar a la calidad nutricional de la dieta, la frecuencia de consumo de determinados alimentos (*snacks*, dulces, refrescos, etc.), y aumentar la ingesta total de energía que podría llevar a la sobrecarga ponderal del trabajador (4).

Para Flores (5), en los países industrializados el número de trabajadores que realizan trabajos a turnos (entendido como tal el proceso cíclico de jornadas laborales diurnas y nocturnas) ha adquirido una dimensión considerable y su tendencia a aumentar en los últimos 30 años ha sido manifiesta.

En los hospitales existen diferentes turnos de trabajo para dar continuidad a la atención sanitaria, que podemos agru-

par atendiendo a la definición de trabajo nocturno en: turno fijo y turno rotatorio (6). Para Bonet-Porqueras et ál. (7) las alteraciones digestivas más frecuentes en turnos nocturnos son: dispepsia, gastritis, digestiones pesadas, flatulencia, úlcera de estómago y aumento de peso debido al consumo excesivo de lípidos cuando el ritmo metabólico es más bajo. Según Durand (8) el turno puede tener impactos negativos en el trabajo como sueño, deterioro de la salud física y mental, de la vida social, consumo de drogas y estrés, y las consecuencias fisiológicas del turno nocturno son la disrupción del ciclo circadiano y, consecuentemente, de los niveles de cortisol.

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (9) recomienda consumir a diario leche, yogur y derivados, pan, verduras, frutas, patatas, arroz y pastas. Se debe consumir 3-4 días a la semana legumbres, pescado, carne (roja y blanca) y huevos. Hay que consumir solo ocasionalmente golosinas, bollería, pastelería, etc., así como refrescos y comidas rápidas. Hay que practicar actividad física a diario, un mínimo de 30 minutos. Y respecto a las bebidas alcohólicas como el vino o la cerveza, el consumo es opcional y deber ser moderado en adultos.

En cuanto a los antecedentes del estudio, en las islas contamos con la ENCA (10), la Encuesta de Salud de Canarias de 2004 (11) y 2009 (12) y el estudio de Fernández et ál. (4). En el ámbito nacional, tenemos la Encuesta Nacional de Salud (13) y los estudios de Plana et ál. (14) y Díaz-Sampedro et ál. (6). Y respecto al ámbito internacional, se ha consultado el estudio de Ruiz et ál. (15).

Teniendo en cuenta lo indicado anteriormente, se hace necesario tener unos buenos hábitos alimentarios para poder transmitir a nuestros pacientes que cambien los suyos y tener una mayor credibilidad. El abordaje de este tema surge por una inquietud personal y profesional por conocer los hábitos de alimentación de los enfermeros, ya que la instauración de buenos hábitos por parte de estos condicionará su calidad de vida.

En función de los resultados que se encuentren, se podrán implementar cursos, seminarios, talleres, etc., para los enfermeros de la Clínica San Roque. También sería interesante que se hicieran estudios similares en otras clínicas privadas, ya que pueden presentar problemas similares.

El objetivo general de este estudio es conocer los hábitos alimenticios de los enfermeros de la Clínica San Roque. Los objetivos específicos del estudio son averiguar si los enfermeros de la Clínica San Roque desayunan todos los días, identificar el número de comidas que realizan, conocer la frecuencia de consumo de distintos alimentos y bebidas, averiguar si los enfermeros respetan las recomendaciones de la SENC (4) en cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos y bebidas, y saber si se encuentran realizando en el momento actual algún tipo de dieta.

Material y método

Emplazamiento

Este trabajo se ha realizado en la Clínica San Roque, que se encuentra situada en el barrio de Vegueta de Las Palmas de Gran Canaria. Esta clínica presta actividad asistencial durante las 24 horas y es de carácter privado. También lleva a cabo servicios concertados con la sanidad pública.

Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo y transversal con abordaje cuantitativo.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variable dependiente: hábitos alimenticios de los enfermeros de la Clínica San Roque.
- Variables independientes o sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, personas con las que conviven, número de hijos, peso, talla, turno, servicio donde trabaja y años en la profesión.

Población del estudio

En nuestro estudio, la población ha quedado constituida por un total de 39 enfermeros que trabajan en la Clínica San Roque en Las Palmas de Gran Canaria (Tabla 1). Los mismos han sido seleccionados de manera accidental o de conveniencia. En esta selección no se ha utilizado ningún criterio de inclusión ni de exclusión.

Instrumento de recogida de datos

El cuestionario está formado por un total de 19 preguntas agrupadas en dos partes (Anexo): una primera parte donde se recogen los datos sociodemográficos y una segunda parte relacionada con los hábitos alimenticios. Dentro de las preguntas que conforman el cuestionario, las hay que los participantes pueden contestar en un espacio libre (abiertas),

así como dicotómicas y de respuesta múltiple en su mayoría (cerradas).

Los cuestionarios han sido autoadministrados en horario laboral en los distintos servicios de la Clínica San Roque. Se recogieron durante el periodo comprendido entre el 29 de marzo y el 10 de abril de 2011.

Para llevar a cabo esta investigación y desarrollar el estudio se ha solicitado permiso a la institución (Clínica San Roque). Por otro lado, las personas que han formado parte del estudio han sido informadas de su finalidad y de los objetivos que se perseguían con el mismo, y en función de esto han decidido participar de forma voluntaria.

Previsión del tratamiento y análisis de los datos

El vaciado de los cuestionarios y el análisis de los datos se han realizado con el programa SPSS versión 17.0 para Windows®.

El análisis descriptivo de los datos ha incluido la estimación de frecuencias y porcentajes para cada uno de los ítems considerados en el cuestionario. Para estudiar las asociaciones entre las variables se utilizó la prueba de la ji-cuadrado, considerando estadísticamente significativo un valor que fue $p \leq 0,05$.

La presentación de los resultados se ha hecho mediante cuadros y gráficos.

Resultados

Caracterización de la población del estudio

La edad mínima de los enfermeros estudiados ha sido de 24 y la máxima de 55 años, con una media de 32,34 y una desviación típica de 7,10. Respecto al sexo, 28 (un 71,79%) son mujeres y 11 (un 28,21%) son hombres.

Un 38,46% de los enfermeros se encuentran solteros. Hay un 41,03% de enfermeros que conviven con su pareja, un 23,08% que convive con sus padres y un 15,38% que vive solo. Entre las cosas que ha especificado el 7,69% en "otros" tenemos: con mi pareja y su hijo, y con mis padres y hermanos. Un 71,79% de los enfermeros no tiene hijos, un 15,38% tienen 2 hijos y un 10,26% tienen 1 hijo.

El peso mínimo de los enfermeros ha sido de 49 kg y el máximo de 100 kg con una media de 67,23 kg y una desviación típica de 15,43. La talla mínima de los enfermeros fue de 150 cm y la máxima de 190 cm con una media de 167,53 cm y una desviación típica de 11,05. A partir del peso y de la talla de los enfermeros se ha calculado el IMC. Así, el IMC mínimo ha sido de 18,62 kg/m² y el máximo de 32,65 kg/m² con una media de 23,68 kg/m² y una desviación típica de 3,19. Siguiendo la clasificación utilizada por la SEEDO (16), un 64,10% de los enfermeros presentan normopeso, un 30,77% tienen sobrepeso y un 5,13% obesidad.

Un 56,41% de los enfermeros tienen turno rotatorio, un 41,03% tiene turno fijo de mañana y un 2,56% turno fijo

Tabla 1. Distribución de la muestra estudiada

Servicios	Número de enfermeros
Quirófano	9
UCI	4
Hospitalización	20
Urgencias	4
Hemodinámica	2
TOTAL	39

de tarde. Un 51,28% de los enfermeros trabajan en hospitalización, un 23,08% en quirófano y un 10,26% en UCI o urgencias. Respecto a los años de profesión, el número de años mínimo es de 1 y el máximo de 27, con una media de 7,63 años y una desviación típica de 7,04.

Hábitos alimenticios de los enfermeros

Como se muestra en la Figura 1, un 48,72% de los enfermeros desayunan antes de acudir al trabajo; sin embargo, un 35,90% nunca desayuna y un 15,30% desayuna solo algunos días.

Un 12,8% de los enfermeros del turno fijo de mañana desayuna todos los días antes de acudir al trabajo frente a un 25,6% que nunca desayuna. Un 35,9% de los enfermeros del turno rotatorio desayuna todos los días antes de acudir al trabajo mientras que un 10,3% nunca lo hace. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,009 < 0,05$).

Entre los enfermeros que no desayunan, los motivos de no hacerlo son por costumbre (62,50%) y por falta de tiempo (31,25%). Hay un 6,25% que, entre los motivos por los cuales no desayuna, ha especificado en "otros" que por falta de hambre.

Un 48,72% de los enfermeros desayunan en casa y un 46,15% en el trabajo.

Un 35,90% de los enfermeros realiza las cinco comidas principales del día y un 30,77% realiza 3 o 4 comidas (Figura 2).

Un 28,2% y un 15,4% de las mujeres realizan 3 o 5 y 4 comidas principales al día, respectivamente, frente a un 15,4%, un 7,7% y un 2,6% de los hombres que realizan 4, 5 y 3 comidas principales al día, por ese orden. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,046 < 0,05$).

Un 28,2%, un 25,6% y un 10,3% de los enfermeros que tienen normopeso realizan 5, 3 y 4 comidas principales al día respectivamente. Un 17,9%, un 7,7% y un 5,1% de los que tienen sobrepeso realizan 4, 5 y 3 comidas principales. Un 2,6% de los enfermeros obesos realiza 2 y 4 comidas principales. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000 < 0,05$).

Un 79,5% de los enfermeros consume lácteos a diario. Un 48,7% consume cereales todos los días. Un 38,5% consume frutas a diario. Un 61,5% consume verduras 3-4 días a la semana. Un 64,1% consume legumbres menos de 3 días a la semana. Un 41% consume patatas menos de 3 días a la semana. Un 61,5% consume pescado menos de 3 días a la semana. Un 59% consume carnes blancas y carnes rojas menos de 3 días a la semana. Un 46,2% consume arroz y pastas menos de 3 días a la semana. Un 66,7% consume huevos menos de 3 días a la semana. Un 38,5% consume aceite de oliva todos los días. Un 56,4% consume dulces y bollería menos de 3 días a la semana (Tabla 2).

Un 35,90% de los enfermeros beben 1 litro de agua al día y el 33,33% bebe 1 litro y medio de agua al día. Un 56,4% de los enfermeros consume zumos menos de 3 días a la se-

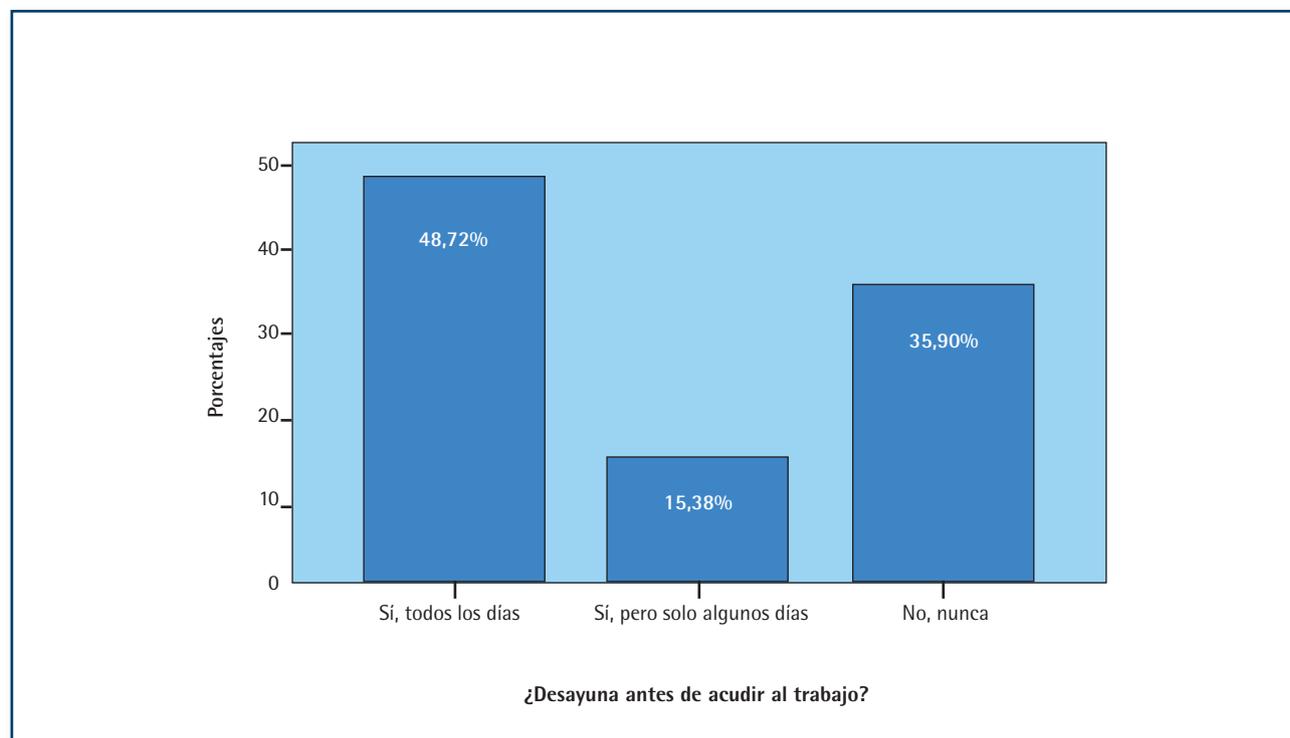


Figura 1. Distribución de los enfermeros según hábito de desayuno

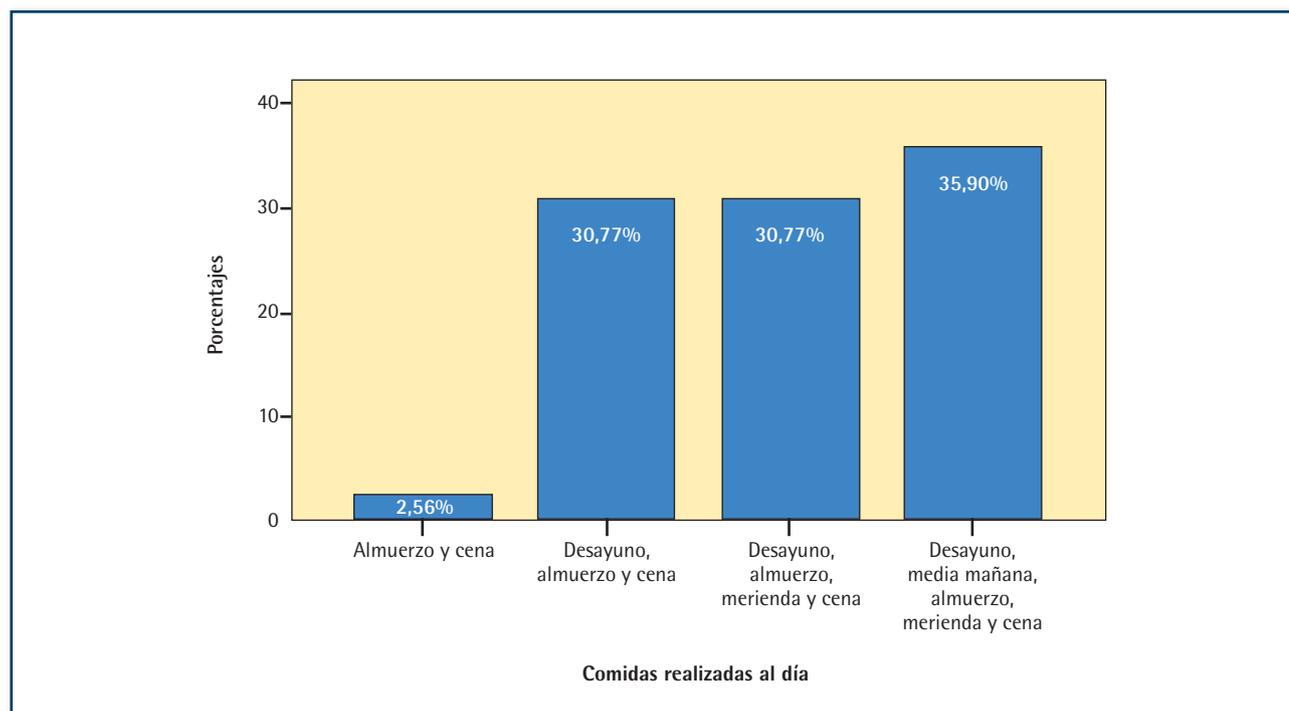


Figura 2. Distribución de los enfermeros según las comidas realizadas al día

Tabla 2. Distribución de la muestra en función de la frecuencia de consumo de alimentos

Alimentos	Todos los días		Menos de 3 días/semana		3-4 días/semana		5-6 días/semana		1 vez al mes		1 vez al año		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lácteos (leche, yogur, queso)	31	79,5	5	12,8	2	5,1	-	-	1	2,6	-	-	-	-
Cereales (pan, gofio, arroz)	19	48,7	6	15,4	9	23,1	1	2,6	-	-	-	-	4	10,3
Frutas	15	38,5	7	17,9	8	20,5	7	17,9	-	-	-	-	1	2,6
Verduras, hortalizas	3	7,7	9	23,1	24	61,5	3	7,7	-	-	-	-	-	-
Legumbres	-	-	25	64,1	9	23,1	4	10,3	1	2,6	-	-	-	-
Patatas	1	2,6	16	41	15	38,5	3	7,7	3	7,7	-	-	1	2,6
Pescado	1	2,6	24	61,5	14	35,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Carnes blancas	-	-	23	59	14	35,9	-	-	-	-	-	-	2	5,1
Carnes rojas	-	-	23	59	10	25,6	-	-	1	2,6	1	2,6	3	7,7
Arroz y pastas	-	-	18	46,2	17	43,6	2	5,1	-	-	1	2,6	1	2,6
Huevos	1	2,6	22	66,7	7	17,9	3	7,7	1	2,6	-	-	1	2,6
Aceite de oliva	15	38,5	10	25,6	10	25,6	4	10,3	-	-	-	-	-	-
Dulces y bollería	2	5,1	22	56,4	7	17,9	1	2,6	6	15,4	-	-	1	2,6

mana. Un 46,2% consume refrescos menos de 3 días a la semana. Un 71,8% consume café o té todos los días. Un 48,7% consume bebidas alcohólicas una vez al mes. Un 25,6% consume infusiones menos de 3 días a la semana.

Un 38,5% consume bebidas *light* menos de 3 días a la semana (Tabla 3).

Un 84,62% de los enfermeros no sigue en el momento actual ningún tipo de dieta y un 15,38% sí que lo hacen. Un

Tabla 3. Distribución de la población en función de la frecuencia de consumo de bebidas

Bebidas	Todos los días		Menos de 3 días/semana		3-4 días/semana		5-6 días/semana		1 vez al mes		1 vez al año		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zumos	8	20,5	22	56,4	6	15,4	-	-	1	2,6	-	-	1	2,6
Refrescos	3	7,7	18	46,2	6	15,4	2	5,1	6	15,4	-	-	3	7,7
Café o té	28	71,8	2	5,1	-	-	3	7,7	-	-	1	2,6	4	10,3
Bebidas alcohólicas	-	-	8	20,5	-	-	2	5,1	19	48,7	5	12,8	4	10,3
Infusiones	7	17,9	10	25,6	2	5,1	6	15,4	4	10,3	1	2,6	8	20,5
Bebidas <i>light</i>	2	5,1	15	38,5	2	5,1	2	5,1	7	17,9	1	2,6	8	20,5

57,14% de los enfermeros realiza algún tipo de dieta para mantenerse en su peso, un 28,57% lo hace para perder peso y un 14,29% lo hace por otros motivos, entre los que han especificado la competición deportiva.

Discusión y conclusiones

Antes que nada es conveniente poner de manifiesto que asumimos que los enfermeros han sido sinceros a la hora de contestar el cuestionario. No obstante, en cualquier estudio que presenta estas características se puede dar la circunstancia de que los participantes no hayan contestado de manera veraz. Lo que sí es cierto es que los estudios de investigación difícilmente están exentos en su totalidad de este tipo de sesgos.

Es importante destacar el hecho de que la información respecto al peso y la talla de los enfermeros, y a partir de la cual se ha calculado posteriormente el índice de masa corporal, no se obtuvo mediante la utilización de pesas y tallímetros sino que estos datos fueron escritos por ellos mismos en cada uno de los cuestionarios. En este sentido, pese a que se trata de un método utilizado previamente por encuestas de salud (como por ejemplo, la Encuesta de Salud de Canarias de 2004 (4), hay que decir que la validez de los datos que aporta queda ciertamente limitada; no obstante, nos da un valor sustituto aproximado al real en cada uno de los enfermeros.

En las islas, según la Encuesta de Salud de Canarias (12), un 42,2% de los entrevistados de 18 o más años presentan normopeso, un 36,8% presenta sobrepeso y un 18,6% obesidad. Por otra parte, según la ENCA (10) la tasa de obesidad en Canarias es del 18%. En Fernández et ál. (4), el 62% de los hombres y el 37,2% de las mujeres mostraron sobrecarga ponderal (obesidad y sobrepeso). En nuestro estudio, un 64,10% de los enfermeros presentan normopeso, un 30,77% tienen sobrepeso y un 5,13% obesidad.

En el plano nacional, en la Encuesta Nacional de Salud (13) se vio que un 52,3% de los hombres y un 39,3% de las mu-

eres presentan normopeso, un 44,7% de los hombres y un 29,4% de las mujeres tienen sobrepeso y un 15,6% de los hombres y un 15,2% de las mujeres presentan obesidad. En Plana et ál. (14) un 31,7% presentaba exceso de peso, un 19,9% sobrepeso y un 11,8% obesidad. En Díaz-Sampedro et ál. (6) un 74,6% se encontraba en normopeso, un 19% con sobrepeso y un 4% presentaba obesidad.

En el ámbito internacional, en Ruiz et ál. (15) la clasificación del estado nutricional según IMC de los funcionarios con turno rotativo fue normal en el 35,4%, de sobrepeso en el 45,1% y de obesidad en el 19,35%; mientras que en los funcionarios con turno permanente fue normal en el 43,7%, de sobrepeso en el 56,2%, y de obesidad en el 0%.

Pese a que un 48,72% de los enfermeros encuestados desayunan antes de acudir al trabajo, hay un 35,90% que nunca desayuna y un 15,30% que desayuna solo algunos días. Estos porcentajes son superiores a los hallados en la ENCA (10), donde cerca de un 20% de la muestra no desayuna o no almuerza nunca o casi nunca en casa durante la semana y este porcentaje es del 10% durante el fin de semana. Por otro lado, para la Encuesta de Salud de Canarias (11) el 5,20% de la población canaria no desayuna habitualmente (hombres y mujeres entre los 16 y 29 años).

Es preocupante que un 62,50% de los enfermeros que no desayunan lo hagan por costumbre, ya que esto significa que lo llevan haciendo durante un largo periodo de tiempo (años). Esto se convierte en un problema de cara a modificar este hábito. Por otro lado, un 31,25% de los enfermeros no desayuna por falta de tiempo, poniendo de manifiesto la vida ajetreada que llevan hoy en día las personas de los llamados países industrializados.

Aunque un 79,5% de los enfermeros sigue las recomendaciones de la SENC (9) consumiendo lácteos a diario, hay un 12,8% que los consume menos de 3 días a la semana. Pese a que un 48,7% de los enfermeros sigue las recomendaciones de la SENC (9), ya que consume cereales todos los días, hay un 23,1% que los consume 3-4 días a la semana.

Hay un 38,5% de enfermeros que siguen las recomendaciones de la SENC (9) respecto al consumo diario de frutas, pero hay un 20,5% que las consume 3-4 días a la semana. En cuanto al consumo de verduras diario, los enfermeros no siguen las recomendaciones de la SENC (9), ya que un 61,5% las consume 3-4 días a la semana y un 23,1% menos de 3 días a la semana.

Respecto al consumo de legumbres, es mayor el porcentaje de enfermeros que no siguen las recomendaciones de la SENC (9). Así, un 64,1% de ellos las consume menos de 3 días a la semana y un 23,1% las consume 3-4 días a la semana. En cuanto al consumo diario de patatas, los enfermeros no siguen las recomendaciones de la SENC (9), ya que un 41% las consume menos de 3 días a la semana y un 38,5% las consume 3-4 días a la semana.

En cuanto al consumo de pescado, es mayor el porcentaje de enfermeros que no siguen las recomendaciones de la SENC (9). Así, un 61,5% lo consume menos de 3 días a la semana y un 35,9% lo consume 3-4 días a la semana.

En relación al consumo de carnes, es mayor el porcentaje de enfermeros que no siguen las recomendaciones de la SENC (9). En este sentido, para las carnes blancas un 59% las consume menos de 3 días a la semana y un 35,9% las consume 3-4 días a la semana. Y para las carnes rojas, un 59% las consume menos de 3 días a la semana y un 25,6% las consume 3-4 días a la semana.

En lo que se refiere al consumo de arroz y pastas a diario, los enfermeros no siguen las recomendaciones de la SENC (9), ya que un 46,2% los consume menos de 3 días a la semana y un 43,6% los consume 3-4 días a la semana.

En relación al consumo de huevos, es mayor el porcentaje de enfermeros que no siguen las recomendaciones de la SENC (9). Así, un 66,7% los consume menos de 3 días a la semana y un 17,9% los consume 3-4 días a la semana.

Pese a que un 38,5% de los enfermeros sigue las recomendaciones de la SENC (9) consumiendo aceite de oliva todos los días, hay un 25,6% que lo consume menos de 3 días a la semana o bien 3-4 días a la semana.

En cuanto al consumo ocasional de dulces y bollería, los enfermeros no siguen las recomendaciones de la SENC (9), ya que un 56,4% los consume menos de 3 días a la semana y un 17,9% los consume 3-4 días a la semana.

Respecto al consumo ocasional de refrescos, es mayor el porcentaje de los enfermeros que no siguen las recomendaciones de la SENC (9). Así, un 46,2% consume refrescos menos de 3 días a la semana y un 15,4% los consume 3-4 días a la semana o bien 1 vez al mes. Parece ser que los enfermeros siguen las recomendaciones de la SENC (9) respecto al consumo ocasional de alcohol, ya que un 48,7% consume bebidas alcohólicas 1 vez al mes, aunque un 20,5% las consume menos de 3 días a la semana.

En este estudio, hay un 15,38% de enfermeros que sigue

en el momento actual algún tipo de dieta, y un 28,57% de estos lo hace para perder peso. Esto pone de manifiesto la preocupación que en la actualidad muchas personas tienen respecto al hecho de mantener el peso dentro de unos límites recomendados.

Como conclusiones, casi la mitad de los enfermeros desayunan antes de acudir al trabajo, sin embargo hay alrededor de un 36% que nunca desayuna. Casi un 36% realiza las cinco comidas principales del día. Se ha visto que en su mayoría los enfermeros siguen las recomendaciones de la SENC (9) respecto al consumo de lácteos, cereales, frutas, aceite de oliva y bebidas alcohólicas. No obstante, no siguen estas recomendaciones para el consumo de verduras y hortalizas, legumbres, patatas, pescado, carnes, arroz y pastas, huevos, dulces y bollería y refrescos. La mayoría de los enfermeros no sigue en el momento actual ningún tipo de dieta.

Finalmente, y teniendo en cuenta los resultados que se han encontrado en este estudio, se propone:

- Seguir realizando estudios en esta misma línea, tanto en el mismo ámbito de estudio (Clínica San Roque) como en ámbitos de estudio diferentes. En este sentido, podría ser bastante interesante realizar un estudio comparativo entre la Clínica San Roque y el resto de clínicas privadas en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Animar al personal directivo, administrativo y de servicio para que de alguna manera se impliquen en propiciar un entorno favorable para que todos puedan desarrollar unos hábitos alimenticios y de vida más saludables en general.
- Incentivar a los enfermeros para que día a día se responsabilicen de llevar a cabo un estilo de vida saludable, teniendo en cuenta que deben realizar una dieta completa, variada y equilibrada, beber abundante agua, practicar ejercicio físico regularmente, limitar el consumo de sustancias tóxicas, como tabaco, alcohol y drogas, poner en práctica hábitos higiénicos correctos y, en general, seguir las recomendaciones dadas por los profesionales expertos en materia de hábitos saludables.
- Fomentar desde la clínica la realización de intervenciones, como seminarios, cursos y talleres, que traten temas sobre hábitos alimenticios y de vida saludables, y donde se enseñe a los enfermeros la manera de disfrutar de una vida saludable.

Agradecimientos

Quisiera agradecer a Oliverio Javier Santiago Castellano, alumno de 4º curso de la Licenciatura en Enfermería de la Delegación en Canarias de la Universidad Fernando Pessoa, por haber pasado los cuestionarios a los enfermeros de la Clínica San Roque. Y no me puedo olvidar de agradecer a la Directora de Enfermería de la Clínica San Roque, doña Mila-

grosa García Cubas, y al supervisor de Enfermería de quirófano, Don Agustín Domínguez Ferrera, por haber dado el permiso necesario para pasar los cuestionarios, así como a todos y cada uno de los enfermeros que dedicaron su tiempo a rellenar los cuestionarios. Sin ellos este trabajo no se podría haber llevado a cabo.

Bibliografía

- (1) Martín Salinas C, Díaz Gómez J, Motilla Valeriano T, Martínez Montero P. Nutrición y dietética. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
- (2) Ardila R. Prevención primaria en psicología de la salud. En: Oblitas G, Luis A. Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés; 2000.
- (3) Hidalgo Vicario MI, Aranceta Bartrina J. Alimentación en la adolescencia. En: Comité de nutrición de la AEP y Junta directiva de la sociedad de pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha. Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. Madrid: Ergon; 2007.
- (4) Fernández Rodríguez MJ, Bautista Castaño I, Bello Luján L, Hernández Bethencourt L, Sánchez Villegas A, Serra Majem L. Valoración nutricional de trabajadores sanitarios expuestos a turnicidad en Canarias. *Nutr Hosp* 2004; 19(5):286-291.
- (5) Flores Jiménez J. Estudio comparativo de la relación existente entre la satisfacción laboral, la turnicidad y el estrés laboral. *Publicación Institucional de Inbermutuamur* 2001; 6:62-70. [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.bvsde.ops-oms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/bip25.pdf
- (6) Díaz Sampedro E, López Maza R, González Puente M. Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. *Enferm Clin.* 2010; 20(4):229-235.
- (7) Bonet Porqueras R, Moliné Pallarés A, Olona Cabases M, Gil Mateu E, Bonet Notario P, Les Morell E, et ál. Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enferm Clin.* 2009; 19(2):76-82.
- (8) Durand Arias S. El estrés en enfermería. *Inv salud* 2006; 8(3):206-207. [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14280313.pdf>
- (9) Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guía de la alimentación saludable 2004. [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/publicaciones_estudios/nutricion/guia_alimentacion.pdf
- (10) Encuesta de Nutrición de Canarias (ENCA). Hábitos alimentarios y consumo de alimentos 1997-1998 (Volumen I). [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/1/plansalud/enca/tomo1/index.htm>
- (11) Gobierno de Canarias, Instituto Canario de Estadística y Consejería de Sanidad. Encuesta de Salud de Canarias 2004. Introducción. [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/istac/estadisticas/salud_2004/salud_0_frm.html
- (12) Gobierno de Canarias, Instituto Canario de Estadística, Servicio Canario de Salud. Encuesta de Salud de Canarias 2009. [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/istac/estadisticas/C00035A/complementaria/ESC_2009_Presentacion.pdf
- (13) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. Resultados. [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf>
- (14) Plana Nieto M, Domenech Graells E, Montellà Jordana N, Roura Cruzado C. Hábitos de salud de los profesionales de los centros sanitarios del ámbito de atención primaria barcelonés Nord i Maresme del ICS. Libro de Ponencias. IX Encuentro de Investigación en Enfermería. Madrid: Instituto de Salud Carlos III - Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII); 2005. [En línea] [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/encuentroIX.pdf>
- (15) Ruiz M, Cifuentes MT, Segura O, Chavarría P, Sanhueza X. Estado nutricional de trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. *Rev. Chil. Nutr.* 2004; 37(4):446-454.
- (16) Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin.* 2000; 115:587-597.

ANEXO 1. Cuestionario

Hola, mi nombre es Pedro. Soy Licenciado en Enfermería. Estoy realizando un trabajo de investigación titulado "Hábitos alimenticios de los enfermeros de la Clínica San Roque". Con este fin me he puesto en contacto con la dirección de la Clínica San Roque para poder pasar este cuestionario.

El mismo consta de dos partes, una primera en la que encontrarás los datos sociodemográficos y una segunda donde se incluyen los hábitos alimentarios.

Es importante que sepas que es totalmente anónimo y voluntario, además te prometo que los datos van a ser tratados confidencialmente.

Te agradezco de antemano tu colaboración por cumplimentarlo.

Un cordial saludo.

PARTE I. Datos sociodemográficos

1. Edad: _____ años.

2. Sexo: (marca con una X)

Hombre. Mujer.

3. Estado civil: (marca con una X)

Casado/a. Soltero/a. Divorciado/a.
 Separado/a. En pareja. Viudo/a.

4. Personas con las que convives: (marca con una X)

Solo/a. Con mi pareja. Con mis hijos.
 Con mis padres. Con mi pareja y mis hijos. Con mis padres y mis hijos.

Otros, especificar: _____

5. Número de hijos: _____

6. Peso: _____ kg

7. Talla: _____ cm

8. Turno: (marca con una X)

Fijo, especificar:
 Mañana. Tarde. Noche. Rotatorio.

9. Servicio donde trabajas:

Quirófano. UCI. Urgencias. Hospitalización. Hemodinámica.

10. Años de profesión: _____

PARTE II. Hábitos alimentarios

11. ¿Desayunas antes de acudir al trabajo? (marca con una X)

Sí, todos los días. Sí, pero solo algunos días. No, nunca.

12. En caso de no desayunar, ¿cuál es el motivo de NO hacerlo? (marca con una X)

Por falta de tiempo. Por costumbre. Por pereza.

Otros, especificar: _____

13. ¿Dónde sueles realizar el desayuno? (marca con una X)

En casa. En el trabajo. En la cafetería.

Otros, especificar: _____

14. ¿Cuántas comidas realizas al día? (marca con una X)

Almuerzo y cena. Desayuno, almuerzo y cena.

Desayuno, almuerzo, merienda y cena. Desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena.

15. ¿Cuál es tu frecuencia de consumo de los siguientes alimentos? (marca con una X)

Alimentos	Todos los días	Menos de 3 días/semana	3-4 días/semana	5-6 días días/semana	1 vez al mes	1 vez al año	Nunca
Lácteos (leche, yogur, queso)							
Cereales (pan, gofio, arroz)							
Frutas							
Verduras, hortalizas							
Legumbres							
Patatas							
Pescado							
Carnes blancas							
Carnes rojas							
Arroz y pastas							
Huevos							
Aceite de oliva							
Dulces y bollería							

16. ¿Cuál es tu consumo diario de agua? (marca con una X)

0,5 litros. 1 litro. 1,5 litros. 2 o más litros.

17. ¿Cuál es tu frecuencia de consumo de las siguientes bebidas? (marca con una X)

Alimentos	Todos los días	Menos de 3 días/semana	3-4 días/semana	5-6 días días/semana	1 vez al mes	1 vez al año	Nunca
Zumos							
Refrescos							
Café o té							
Bebidas alcohólicas							
Infusiones							
Bebidas <i>light</i>							

18. ¿Actualmente realizas algún tipo de dieta? (marca con una X)

Sí. No.

19. En caso de estar realizando una dieta, ¿cuál es la razón de ello? (marca con una X)

Para perder peso. Por problemas de salud. Para mantenerme en mi peso.

Otros, especificar: _____

Muchas gracias por tu colaboración.

La enfermería comunitaria en los albores de la anticoncepción contemporánea. Apuntes biográficos sobre Margaret Sanger

¹Enrique Oltra Rodríguez
²Rosario Riestra Rodríguez
³Sofía Osorio Álvarez

¹ Máster en Ciencias de la Enfermería. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lanera-Asturias. Escuela de Enfermería de Gijón.

² Máster en Ciencias de la Enfermería. Profesora de Enfermería Materno-Infantil, Escuela de Enfermería de Gijón.

³ Máster en Ciencias de la Enfermería. Atención Primaria. Asturias.

E-mail: kikeoltra@gmail.com

Resumen

Disociar el coito de la reproducción ha sido una preocupación del ser humano y especialmente de las mujeres desde los principios de la historia, un paso fundamental para ello fue la aparición de la pildora anticonceptiva en los años 60 del pasado siglo.

La figura de la enfermera comunitaria Margaret Sanger fue decisiva para este logro. Sus vivencias personales y profesionales junto a mujeres de clases desfavorecidas la llevaron a luchar, desde una perspectiva feminista, por los derechos de la mujer y la salud reproductiva. Editó y difundió múltiples publicaciones educativas, y llegó a establecer una red de clínicas de planificación familiar en todo el territorio de los Estados Unidos encontrándose con la oposición de diversos sectores sociales que le llevaron incluso a varias detenciones y clausuras de sus centros. Potenció la investigación en este campo promoviendo y financiando las investigaciones de Gregory Pincus que culminaron con la síntesis y comercialización de la pildora hormonal anticonceptiva. Fundó y dirigió diversos organismos internacionales dedicados a la planificación familiar.

Palabras clave: Enfermería en salud comunitaria, anticoncepción, historia, Margaret Sanger, feminismo.

Abstract

Community Nursing at the dawn of modern contraception. Biographical notes on Margaret Sanger

Dissociating the sexual act from reproduction has been a concern of human beings, especially of women, from the beginning of history. A key step in this was the emergence of the contraceptive pill in the sixties of last century. The figure of the community nurse Margaret Sanger was crucial for this achievement. Her personal and professional experiences with disadvantaged class women led her to fight, from a feminist perspective, for women's rights and reproductive health.

She edited and disseminated numerous educational publications and came to establish a network of family planning clinics throughout the United States, encountering opposition from various social sectors that even led to her arrest several times and to the closure of her centers. She enhanced research in this field by promoting and funding the research conducted by Gregory Pincus, culminating in the synthesis and marketing of the hormonal contraceptive pill. She also founded and was director of various international organizations dedicated to family planning.

Key words: Community Health Nursing, contraception, history, Margaret Sanger, feminism.

“Ninguna mujer puede ser libre si no es dueña y no controla su cuerpo.”

(M. Sanger, 1920)

Introducción

Desde las primeras civilizaciones de las que se tiene noticia, el ser humano, y muy especialmente la mujer, ha aspirado a tener control sobre la fecundidad. Una de las características del proceso de humanización ha sido la utilización, en la mayoría de las ocasiones, de las relaciones sexuales en general, y del coito en particular, con objetivos diferentes a la procreación, que en muchas ocasiones se convierte en un efecto no deseado e incluso no deseable.

Más allá de la esfera de lo personal e íntimo, desde la perspectiva demográfica y sociológica, ya desde que en 1798 Thomas Malthus escribiera su *Ensayo sobre los principios de población* se ha planteado la importancia del control y planificación de la natalidad para que las poblaciones puedan desarrollarse. También desde una visión de la salud pública, múltiples expertos y entidades entre las que se encuentran la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otras han destacado la importancia del control de la natalidad dentro de las estrategias para incrementar la salud global.

Con este objetivo, el ingenio humano en todas las épocas históricas ha desarrollado diversas estrategias, artilugios, sustancias, comportamientos, etc., que disociasen relación sexual y fecundación, aunque la eficacia ha sido verdaderamente baja hasta épocas cercanas y aún quedan oportunidades de franca mejora.

En la actualidad se dispone de una amplia panoplia de métodos de control y planificación de la natalidad, aunque no suficiente para cubrir todas las necesidades. Diversos expertos plantean que el retraso y la insuficiencia de su desarrollo se deben a razones relacionadas con condicionantes de género y otras cargas de índole ideológico. En el desarrollo de la anticoncepción se produce un salto cualitativo muy significativo con la aparición, en los años sesenta del pasado siglo XX, de la anticoncepción hormonal. Este hecho se produce cuando confluyen diversos condicionantes sociales y científicos y cuando una persona, la enfermera comunitaria Margaret Sanger, se compromete con la idea dentro de una más amplia lucha por la salud y los derechos de la mujer.

La figura de Margaret Sanger

Los inicios

Margaret Sanger nace en 1879 en Corning, Nueva York, en el seno de una familia de clase social baja de origen irlandés. Margaret es la sexta de once hermanos, su madre es-

tuvo 18 veces embarazada y murió a consecuencia del deterioro que esto le produjo en su salud. Esta vivencia personal fue uno de los aspectos determinantes de la actitud que esta enfermera asumiría profesional y socialmente a lo largo de su vida.

Estudió Enfermería en el Hospital White Plains de Nueva York y ejerció como enfermera visitadora en los barrios más pobres de la ciudad. En su práctica profesional tuvo que intervenir para paliar los estragos que provocaban en la salud de las mujeres los múltiples embarazos no planificados ni controlados, así como las nefastas consecuencias del elevado número de abortos realizados en condiciones insalubres. En la mayor parte de los casos fue testigo impotente de los fatales desenlaces. En este sentido sus biografías narran con detalle episodios realmente dramáticos.

M. Sanger se opuso al aborto, no por razones morales sino por las consecuencias adversas que provocaba en la salud de las mujeres; estaba convencida de que no sería necesario recurrir a ello si desde la anticoncepción se daba una respuesta adecuada a las necesidades de control de la natalidad.

En esta primera época de su vida profesional también comprobó la imposibilidad que las mujeres tenían de cuidar adecuadamente a la extensa prole y las consecuencias negativas que ello producía en la salud de los hijos. Fue consciente de que esta situación era uno de los factores de perpetuación de la pobreza.

Margaret Sanger, educadora para la salud

En aquel tiempo las mujeres de las clases socialmente desfavorecidas no tenían acceso ni al conocimiento de su propio cuerpo y de su función reproductora ni a los escasos métodos de control de la natalidad que existían. Por ello, M. Sanger se plantea como objetivo la concienciación social sobre el problema y se compromete con la difusión del conocimiento, escribiendo en el periódico *New York Call* la columna informativa que tituló: “Lo que cada mujer debe saber”. También diseñó y repartió en los barrios en que trabajaba el folleto *The Family Limitation*, que durante mucho tiempo se convirtió en una referencia indiscutible en anticoncepción. En 1914 lanzó el periódico *The Woman Rebel*, en el que se divulgaba y abogaba por el control de la natalidad, y hará popular por primera vez el término *birth control* (control de natalidad) acuñado por ella misma. Continuó durante toda su vida editando múltiples publicaciones periódicas y también libros.

En 1916 crea en Brownsville, Brooklyn, la primera clínica de planificación familiar de Estados Unidos, a la que en los primeros nueve días de funcionamiento acudieron 464 mujeres. Posteriormente fundaría una red de clínicas repartidas por toda la geografía del país.

Sufrió los ataques de la iglesia, de la clase médica y de los sectores sociales más conservadores, siendo detenida varias veces, cerradas sus clínicas y confiscadas sus publicaciones y materiales educativos. Se le aplicó la ley Comstock contra la pornografía (aprobada en 1873 y no derogada hasta 1971), que consideraba como obscena y lasciva, al mismo nivel que la pornografía, la información sobre el control de la natalidad y el uso de anticonceptivos. La aplicación de este tipo de leyes también dificultaba la investigación sobre anticoncepción en diversos estados.

Mientras acontece esta persecución, la hipocresía social se hace patente entre las clases acomodadas pues mientras apoyan el boicot a las campañas de M. Sanger, en los círculos sociales privilegiados se difunde el uso de los métodos anticonceptivos existentes en el momento, básicamente el diafragma y el preservativo, dándoles la denominación de "productos cosméticos franceses para la higiene femenina". Esta injusticia social es otra de las motivaciones que empuja a M. Sanger a proseguir en su lucha.

Margaret Sanger, militante comprometida

En este ambiente de persecución, M. Sanger huye de las consecuencias legales de las acusaciones que se lanzan contra ella y se exila en Europa, donde conoce a líderes del movimiento feminista y del neomalthusianismo, a expertos en anticoncepción como la Dra. Aletta Jacobs y al sexólogo Havelock Hellis, con quien debate sobre la sexualidad femenina. Todos ellos marcarán su línea de actuación futura.

M. Sanger plantea el control de la natalidad como un medio para prevenir los efectos indeseados del acto sexual más que para disfrutar del mismo. Debe tenerse en cuenta que tanto la corriente de liberación sexual de la mujer como la perspectiva sexológica de las relaciones humanas se encontraban en sus inicios.

En 1921 fundó la Liga Americana para el Control de la Natalidad, luego convertida en la *Planned Parenthood Federation of America* (PPFA), la federación de planificación familiar más grande del mundo. Bajo los auspicios de la Liga fundó en Nueva York una oficina de investigación clínica orientada hacia la anticoncepción. Fue la primera institución legal que hubo en Estados Unidos con esta finalidad y en 1940 se rebautizó con su nombre: *Margaret Sanger Research Bureau*.

En 1927 auspició la creación de la primera *World Population Conference*, que tuvo lugar en Ginebra, y colaboró en su organización.

Entre los cargos que ostentó en diversas organizaciones cabe destacar que en 1930 fue presidenta del *Birth Control International Information Center*. También presidió el *National Committee on Federal Legislation for Birth Control* hasta su disolución en 1937 cuando el control de natalidad

fue legalizado en varios estados, eso sí, bajo supervisión médica. Entre 1939 y 1942 fue delegada honoraria de la *Birth Control Federation* de América. Entre 1952 y 1959 ostentó la presidencia de la *International Planned Parenthood Federation*.

Margaret Sanger en la investigación de la píldora anticonceptiva

Desde su experiencia, M. Sanger era consciente de que las alternativas anticonceptivas existentes en la época no eran suficientes; ella aspiraba a encontrar algún sistema que disociase eficazmente el coito de la fecundación.

En esa época la ciencia ya iba arrojando luz sobre los mecanismos íntimos de la fecundación: ya se conocía bastante bien el ciclo hormonal femenino y su gobierno desde el sistema nervioso, se sabía de la diferenciación entre menstruación y ovulación, se habían aislado las hormonas femeninas y se trataban de sintetizar a partir de sustancias animales y vegetales. Solamente quedaba dar el paso de integrar los conocimientos existentes y producir algún fármaco eficaz cuyos efectos secundarios fuesen admisibles y que tuviese viabilidad económica.

Al no encontrar eco en los medios sanitarios oficiales, y especialmente en el entorno médico, M. Sanger busca entre otros colectivos profesionales hasta que conoce a Gregory Pincus, biólogo experto en fisiología reproductiva de los mamíferos y codirector de la *Worcester Foundation for Experimental Biology*, fundación que por su carácter privado y no estatal encuentra menos dificultades para investigar en el campo de la anticoncepción.

En 1951, desde la *Margaret Sanger Research Bureau* se comienza a cooperar con la *Worcester Foundation* y se inicia la financiación del proyecto, entre otras aportaciones, con las ganancias generadas por la red de clínicas de anticoncepción desplegadas por todo el territorio estadounidense. La aportación financiera definitiva al proyecto, superior a los dos millones de dólares, llega en 1953 de la mano de la sufragista y filántropa Katherine McCormick, con quien M. Sanger colabora y comparte objetivos.

En 1954 aparece la primera píldora anticonceptiva bautizada como Enovid. Fue probada por primera vez en 50 mujeres de Massachusetts y en 1956 se continúa con los ensayos clínicos a mayor escala en Puerto Rico, hasta que en 1957 es aprobada por la FDA (*Food and Drug Administration*) como fármaco regulador de la menstruación y en 1960 se permite su prescripción como anticonceptivo. M. Sanger, con más de 80 años y poco antes de su muerte en 1966, llega a presenciar la aparición de la píldora anticonceptiva por la que tanto había luchado y que muchos analistas consideran uno de los principales catalizadores de la revolución sexual y social acontecida en las siguientes décadas.

Margaret Sanger, controversias y acusaciones tendenciosas

En vida de M. Sanger, e incluso en la actualidad, diversas organizaciones contrarias al control y planificación de la natalidad han focalizado sus ataques contra la figura de esta enfermera luchadora por los derechos de la mujer, clave en el desarrollo y difusión de los métodos anticonceptivos.

En una estrategia de descrédito y difamación, se la ha acusado de promover la eutanasia y el aborto, de racista y de simpatizar con el régimen nazi.

Evidentemente, la actividad de M. Sanger, como la de cualquier visionario comprometido en la transformación de la realidad de quien sufre, puede presentar luces y sombras. El análisis social y la historiografía en ningún caso pueden ser ajenos al enfoque ideológico de quien los realiza, pero entre esto y la utilización aviesa de los hechos para justificar una ideología existe una línea clara que no se debería traspasar. Aún menos éticos son los burdos montajes fotográficos con los que se trata de influir en la opinión pública aportando imágenes falsas que pretenden implicar a M. Sanger en determinadas situaciones que la desacreditan.

Los hechos históricos se deben interpretar en relación con referencias propias del momento y del contexto en que se producen y no con otras posteriores. Tratar de desacreditar el movimiento de planificación familiar porque su fundadora, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, no fuese un modelo perfecto de los valores del siglo XXI no parece que tenga mucho sentido.

Solo a modo de ejemplo, podemos decir que M. Sanger rechazó explícitamente la eugenesia forzosa y que gran parte de su esfuerzo en pro de la anticoncepción fue por evitar que las mujeres se viesan obligadas a recurrir al aborto. La *Planned Parenthood Federation of America* estableció en 1942 el llamado *Negro Project* para implementar la iniciativa de M. Sanger entre los afroamericanos de todo Estados Unidos. Martin Luther King tuvo palabras de elogio para M. Sanger. Ella se pronunció calificando de atrocidades las políticas nazis, sus libros se encontraron entre los primeros que fueron quemados por ese régimen y ayudó a hombres y mujeres judíos a escapar del holocausto. Además, teniendo en cuenta su posición ideológica, no parece que concuerde con la de dicho régimen.

Epílogo

Con Margaret Sanger nos encontramos ante la figura de una enfermera comunitaria que a partir de sus vivencias y de su práctica profesional deja patente cómo los grandes avances sociales y también los científicos suelen estar más en relación con una serie de circunstancias confluyentes en el momento histórico, con movimientos sociales que luchan por la mejora colectiva y con el compromiso de quien cree

en las ideas, que con la aparición por generación espontánea de sabios y próceres individuales.

Bibliografía

- [1] Tamaro E (ed.). Margaret Sanger. Biografías y Vidas. Barcelona: Biografías y Vidas; 2004. [En línea] [fecha de acceso: 10 de octubre de 2011]. URL disponible en: http://www.biografiasyvidas.com/biografia/s/sanger_margaret.htm
- [2] VV. AA. Katharine Dexter McCormick. The Free Wikipedia. [En línea] [fecha de acceso: 10 de octubre de 2011]. URL disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Katharine_McCormick
- [3] VV. AA. Margaret Sanger. The Free Wikipedia. [En línea] [fecha de acceso: 10 de octubre de 2011]. URL disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Margaret_Sanger
- [4] The Margaret Sanger Papers Project. About Margaret Sanger. New York: Department of History, New York University. [En línea] [fecha de acceso: 10 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://www.nyu.edu/projects/sanger/>
- [5] Planned Parenthood. Historia y Éxitos: Los años de Sanger. [En línea] [fecha de acceso: 10 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://www.plannedparenthood.org/esp/quienes-somos/acerca-de-nosotros/historia-y-exitos-17301.htm#Sanger>
- [6] Biblioteca Katharine McCormick. Las acusaciones de los opositores de los derechos reproductivos contra Margaret Sanger. Nueva York: Dexter Planned Parenthood Federation of America; 2007. [En línea] [fecha de acceso: 10 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://www.plannedparenthood.org/PPFA/LasAcusacionesContraMargaretSanger090909.pdf>
- [7] Pérez Díaz J. Apuntes de Demografía. Políticas de Población: Margaret Sanger. Instituto de Economía, Geografía y Demografía del CSIC. [En línea] [fecha de acceso: 10 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://sociales.cchs.csic.es/jpercz/pags/polpob/temas-polpob/Sanger.htm>
- [8] Katz E (ed.). The Selected Papers of Margaret Sanger. Vol. 1: The Woman Rebel, 1900-1928. Illinois: University of Illinois Press; 2002.
- [9] Katz E (ed.). The Selected Papers of Margaret Sanger. Vol. 2: Birth Control. Comes of Age, 1928-1939. Illinois: University of Illinois Press; 2002.
- [10] Katz E (ed.). The Selected Papers of Margaret Sanger. Vol. 3: The Politics of Planned Parenthood, 1939-1966. Illinois: University of Illinois Press; 2002.
- [11] Sanger M. My Fight For Birth Control. New York: Farrar & Rinehart; 1931.
- [12] Sanger M. Margaret Sanger, an auto-biography. New York: Dover Publications; 1971.
- [13] Chesler E. Woman of Valor: Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America. New York: Simon and Shuster; 1992.
- [14] Gray M. Margaret Sanger: A Biography of the Champion of Birth Control. New York: Richard Marek; 1979.
- [15] Kennedy DM. Birth Control in America: The Career of Margaret Sanger. New Haven: Yale University Press; 1970.
- [16] Lader L. The Margaret Sanger Story and the Fight for Birth Control. New York: Doubleday; 1955.

Opinión

Salud, transparencia y participación social

⁽¹⁾ Jorge Mínguez Arias

⁽²⁾ José Ramón Martínez Riera

⁽¹⁾ Enfermero y Licenciado en Antropología Social y Cultural.

Profesor de Enfermería Comunitaria. Escuela Universitaria de Enfermería. Centro de salud de Arnedo La Rioja.

⁽²⁾ Enfermero y Profesor del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Ciencias de la Salud-Universidad de Alicante.

Resumen

En el concepto de salud-enfermedad del modelo médico hegemónico occidental (MMHO), ambos términos son omnicomprendidos socialmente, tanto uno como el otro, y están repletos de significación a la vez que actúan como auténticos arcanos dentro de nuestra cultura.

La primera impresión que ofrecen es de ser algo único y homogéneo dentro de un conjunto de acciones complementarias que, presididas por el altruismo, conforman en gran parte la arquitectura del mundo moderno desarrollado. Pues bien, ante el aparente consenso social que existe en ambos conceptos (salud-enfermedad y MMHO), quisiéramos poner de manifiesto determinados elementos subyacentes que consideramos que distorsionan esa aparente armonía e inducen al dominio y sometimiento de las personas como consecuencia de ser usuarios de un sistema de salud fundamentado en la alta concentración de poder de los profesionales, la mutabilidad de la resistencia de la población, su espíritu acrítico, la creación social de mitos fugaces, el acúmulo de riqueza producida de forma rápida y todo ello sustentado en los medios técnicos avanzados.

Esto es lo que rige, marca y controla la ley de la oferta y la demanda en el citado modelo MMHO, olvidándose del papel real de la salud y de los servicios sanitarios en la vida del ser humano, que son o deberían ser instrumentos y no un fin en sí mismo.

Palabras clave: salud-enfermedad, modelo médico hegemónico, visión sociocultural, ciclo vital.

Abstract

Health, transparency and social participation and involvement

In the health-disease concept of western hegemonic medical model (WHMM), both terms are equally all-encompassing socially and are full of significance at the same time that they act like real arcanes in our culture.

The first impression they offered is to be something unique and homogeneous within a set of complementary actions, which, chaired by altruism, make up much of the developed modern world architecture. Hence, in view of this apparent social consensus that exists in both concepts (health-disease and WHMM), we would like to highlight certain underlying elements that we believe distort this apparent harmony and lead to the domination and subjugation of people as a result of being the users of a health system based on the high concentration of power by professionals, the mutability of the resistance of the population, their uncritical spirit, the social construction of short-lived myths, the accumulation of wealth produced quickly and all of it media supported by advanced technical advances.

This is what governs marks and controls the law of supply and demand in the mentioned WHMM, forgetting the real role of health and health services in the life of human beings, which are or should be tools and not an end in itself.

Key words: health, disease, hegemonic medical model, socio-cultural vision, life cycle.

Introducción

El título del artículo también podría ser "*¿Quién decide los servicios sanitarios que necesito para cumplir el ciclo vital?*" o "*La salud, el poder en el post-capitalismo*", reflexiones desde el cuidado comunitario en salud sobre la acepción salud-enfermedad en el modelo médico hegemónico occidental, dado que la salud y la enfermedad han sido y deberían seguir siendo un medio a través del cual la persona cumple su ciclo biológico. Algunos autores como Spector (1) dicen que "existen innumerables espejos en los que mirar para ponderar los conceptos de salud y enfermedad". Otros, como Menéndez (2), afirman que este binomio está compuesto por conceptos contrarios, que tienen una proyección subjetiva donde el sujeto es capaz de identificarse a partir de esa situación, a pesar de las variaciones que a lo largo del tiempo se van produciendo, hasta llegar al que actualmente acepta la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar biológico, psicológico y social (3).

El análisis de este binomio lleva implícitas múltiples dificultades en su delimitación y, por ello, debemos considerar que la mera ausencia de enfermedad no garantiza la salud, ya que esta es una construcción social multicausal, objeto y principal obstáculo a la hora de definirla y de acotarla, pues cada pueblo y cultura tiene su propio concepto al cuál da respuestas variadas y, por tanto, se puede afirmar que es un criterio polisémico y multidimensional (4).

La salud y la enfermedad son conceptos totalmente subjetivos por lo cual debemos entroncarlos en la propia esencia del ser humano, ya que reposan en lo más íntimo de este y, dada su capacidad de simbolizar, es el elemento principal de abstracción que está en consonancia con cada cultura, entendida esta como indica Perdiguero (5): "el conjunto de reglas o guías de comportamiento, aprendidas, compartidas y simbólicamente transmitidas" o, según Ruiz (6): "los valores percibidos dentro de una organización". Este proceso de interiorización individual lo convierte en algo arbitrario que expresa valores con significado y significado diferente y unipersonal, convirtiéndolos en auténticos códigos normativos a través de los cuales la persona o los grupos profesionales se identifican.

Según lo anteriormente mencionado, la salud y la enfermedad no son conceptos neutros, están relacionados con la propia vivencia como sujeto histórico y cultural y se modifican y construyen constantemente en función de los distintos espacios de legitimidad social, que son los que deciden qué es estar sano y qué no. Con este tipo de argumento vemos cómo se produce una deslegitimación del sujeto particular, dado que le definen y le conceptualizan lo que es la salud desde el ámbito social. Esto constituye una delegación muy importante de la capacidad de decisión personal en otros sectores ajenos al individual; en este caso es a los pro-

fesionales y a su entorno tecnológico. Este hecho produce una alta concentración de poder y dominio, con lo cual facilita socialmente la hegemonización del citado modelo médico.

Visión social de la salud y la enfermedad

Llegados a este punto, es necesario tomar en consideración lo que algunos analistas culturales manifiestan sobre la doble visión que tienen los grupos sociales de la realidad. Harris (7) indica que existen "dos perspectivas diferentes, la de los propios participantes y la de los observadores. En ambos casos son posibles descripciones científicas y objetivas de los campos mental y conductual. En el primero, los observadores emplean conceptos y distinciones que son significativos y apropiados para los participantes y en el segundo conceptos y distinciones significativos y apropiados para los observadores. Estos dos modos de estudiar la cultura se llaman *emic* y *etic*. Ambos derivan de los términos *fonemics* y *fonetics*. El primero estudia la cultura *emic* o visión del mundo nativo de los participantes, aceptada como real, significativa o apropiada. La descripción *etic* es sencillamente su capacidad de generar teorías fructíferas desde el punto de vista científico sobre las causas de las diferencias y semejanzas socioculturales". Se va a ver a continuación cómo se construyen y se entremezclan estos dos conceptos en el tema que nos ocupa.

Arrizabalaga (8) mantiene que la "perspectiva constructivista, que subraya la naturaleza dual, biológica y cultural de la enfermedad, abrió la puerta a un sinfín de encarnizadas discusiones en torno al papel que corresponde a cada término del binomio biología-cultura en la génesis y desarrollo de las enfermedades humanas en diferentes contextos sociales pasados o presentes".

La idea de salud en la actualidad va sufriendo una auténtica metamorfosis, consecuencia del uso y disfrute que se le atribuye. En el modelo biomédico (9) el padecimiento podía ser claramente definido. Al contrario de lo que ocurre en la actualidad, este penetra en mundos interpretativos muy distintos, tales como la moda, la belleza, el descanso, el desempeño social, el desempeño de estereotipos, confundiendo la salud con lo saludable, asociándose a cánones que proceden de otros campos de la experiencia humana muy típicos de la sociedad actual. La salud ha sido un medio a partir del cual el sujeto cumplía el ciclo biológico vital programado para convertirse en un fin en sí mismo.

La consecuencia inmediata de estos filtros interpretativos de la realidad es la necesidad social que existe de la enfermedad, producto de la brutal medicalización a la que en los últimos años hemos asistido. La medicina institucionalmente ha ganado el territorio a la salud con la medicalización de la vida, como se muestra en los estudios de sesgo de género y la práctica médica (10). Esto claramente determina

las mutaciones que se producen en el propio concepto de enfermedad y de salud, donde paulatinamente elimina la experiencia personal y paralelamente a ello se reduce la capacidad crítica del individuo sobre su propio estado de salud a la vez que se transforma la capacidad de resistencia y se crea paulatinamente un espíritu acrítico sobre las circunstancias que le rodean.

La salud-enfermedad convertida en un elemento más de consumo y del mercado

En la salud impactan otros aspectos conceptuales y de oportunidad que la condicionan y determinan (11). La salud ha entrado a formar parte y es un elemento más del mercado y del consumo (12), por ello se introduce como una forma más de producir y de generar riqueza. La salud era algo difícilmente objetivable que remitía en teoría a lo más íntimo del sujeto. Lo saludable era lo que él construía, lo que él consideraba un bien para sí en términos de equilibrio. En la actualidad, cada día son más las referencias que dicen lo que es saludable o lo que no lo es, hasta el punto que infieren y lo relacionan con cuestiones estéticas, sobredimensionando así la propia realidad. Por eso, si se rastrea la publicidad, se puede observar que la persona saludable es aquella que responde a un canon estético, sumergido claramente dentro del mundo del consumo, de la creación inmediata de riqueza, de la concentración de poder, etc.

No hemos de olvidar que la conceptualización de la salud-enfermedad también viene condicionada por diversas causas relacionadas con experiencias personales anteriores, como puede ser el tipo de relación con el entorno profesional, donde se perciben valores y síntomas que hacen de auténticos filtros a la hora de actuar respecto a la enfermedad y la salud. Pues bien, cuando la persona se ve inmersa en el proceso, la auto-atención (13), el individuo sopesa y toma remedios sobre lo que debe de hacer o no y si no se obtiene solución adecuada acude posteriormente al sistema médico. Con posterioridad valora lo indicado y actúa de acuerdo a ello: o modifica o se olvida. Así es como el enfermo se mueve y moviliza su entorno, donde se le sule, cuida y se le evita sufrimiento. Ese tipo de actuación paulatina de lo que hace frente a la enfermedad viene definida culturalmente, pues existe una preconcepción y cada persona concurre con su imagen ideal al acto médico, que no suele coincidir con lo científicamente previsto sobre la patología.

Asimismo, existen una serie de condicionantes en el proceso evolutivo de la enfermedad, como pueden ser la duración de la visita, las pautas de comunicación, la naturaleza e incidencia de los cuidados en la vida cotidiana, la expectativa sobre la cantidad y el precio del medicamento. Como bien indica el Dr. José Luis García (14), el médico ejerce en un sistema sociocultural donde asume roles que van más

allá del diagnóstico y del tratamiento, en el que para ejercer debe mandar, prohibir, prescribir y recomendar siempre en escenas y escenarios culturalmente tipificados. Según esto, y siguiendo la estela de la antropología anglosajona, podemos decir que existen tres grupos o formas distintas de ver la enfermedad:

- Visión *disease*, que es la que tiene la medicina académica.
- Visión *illness*, que es la concepción que tiene o experimenta el propio individuo, denominada etnomedicina.
- Visión *sickness*, que es el significado social de los desórdenes conductuales o biológicos de origen patológico, que se convierten en hechos sociales significativos.

Por eso se dice que la respuesta de la enfermedad no es un acontecimiento dual entre el profesional y el enfermo. Enfermar es un hecho social, de ahí que el cuidado enfermero deba ser algo más que ilustrar a la población sobre precauciones y medidas que la biomedicina aconseja; por eso a este se debe incorporar todo el proceso humano de la enfermedad.

La gestión de la biomedicina fundamenta los éxitos en la objetividad de los distintos logros, donde el organismo funciona y reacciona a través de determinados mecanismos biológicos. Si se conocen se pueden superar sus carencias con posibles principios naturales, por ello el abordaje es sobre los indicadores patológicos, olvidando la dimensión signico-social de la enfermedad y de su carácter simbólico, de ahí que convivan con sanadores curanderos o especialistas populares.

La enfermedad se introduce en el ser humano casi exclusivamente como una alteración del funcionamiento de lo biológico o conductual, aunque el concepto de alteración no es interpretado ni aceptado de forma homogénea en todas partes de igual manera, puesto que cada cultura o cada grupo social reinterpreta los hechos biológicos. El enfermo influye sobre la conducta social, pero la conducta social también influye y determina a la persona a la hora de comportarse e interpretar.

Existen otros elementos subyacentes origen del sometimiento de los individuos en los sistemas de salud occidentales. El Dr. Menéndez (15) afirma que el modelo médico hegemónico occidental (MMHO) está centrado y basado en la enfermedad, por eso se denomina biologicista. No tiene una visión histórica de los procesos de enfermar y de cómo se ha ido construyendo y creando la enfermedad, por eso es "ahistórico". No es una ciencia social que busca solucionar los males sociales que la determinan y condicionan. Se basa en la práctica médica, su sustento es el pragmatismo. Está centrada en el individuo y su proceso patológico más que en el proceso comunitario donde se engarza, de ahí se dice que es individualidad.

Este modelo médico somete al individuo a la práctica médica, pues la participación comunitaria se plantea como algo pasivo ya que no es la población la que decide en qué grado y qué temas aborda, llegando a no intervenir nunca en los niveles de participación ni decisión. La población solo ejecuta lo que se le indica, de ahí que se diga que se subordina. Es una práctica "reparativa": tanto la causalidad como la solución de los padecimientos se relacionan con los procesos biológicos y, en ocasiones, con la dimensión psicológica. Además elimina toda la red de relaciones sociales productivas e ideológicas que afectan a la construcción de la salud en el sentido más integral. Se identifica fundamentalmente con la racionalidad científica "positivista". Tanto la salud como la enfermedad son tratadas como un elemento más de consumo y, por tanto, su trato tiene una estrecha relación con los elementos del mercado, convirtiéndola en una "mercancía" más. Se convierte en un "modelo sanador" único, con monopolio social y por eso se transforma en un potente instrumento social de poder, con apariencia de uniformidad. Todo ello se ve impulsado por algo tan actual, como el rápido deseo de acumulación de riqueza y la sofisticación tecnológica, con lo cual refuerza y adquiere una sobredimensión mayor si cabe del dominio social.

La salud como construcción social subjetiva

A pesar de esta referencia del modelo médico hegemónico, el binomio salud-enfermedad tiene toda una proyección subjetiva donde el individuo se identifica a partir de esa situación, dado que es algo que se vive individualmente. Por todo ello, se puede decir que la salud no es un concepto neutro, pues está conformado en un contexto cultural que es el referente a la vivencia como sujeto histórico individual y que constantemente se está construyendo y modificando en función de los distintos espacios de legitimidad que van decidiendo qué es estar enfermo y qué es estar sano.

Por todo ello se puede decir que constantemente se está restando legitimidad al individuo para decidir qué es estar enfermo o sano, dado que le definen la salud, se la conceptualizan y por tanto le restan libertad para experimentar su subjetividad al respecto. En la idea de salud penetran campos cada vez más diferentes aparte del biomédico, produciendo un importante fenómeno de "medicalización de la vida" misma, produciendo un importante sometimiento social del individuo.

Como contrapartida queremos mostrar la existencia de una visión sociocultural del binomio salud-enfermedad que es importante considerar cuando se analizan las profesiones y profesionales sanitarios y es que impera un factor común: la enfermedad que irrumpe en todos los grupos humanos como alteración del funcionamiento biológico. La cultura

reinterpreta los hechos biológicos y, por ello, no es igual en todas partes dado que realiza su propia construcción social de la enfermedad (16). En el enfermo se produce un proceso biunívoco que influye sobre la conducta social, pero la conducta social influye sobre él.

El resultado de todo este entramado es una práctica médica reparativa, recuperadora de la enfermedad que reduce el nivel de análisis del propio individuo, evitando los determinantes de la enfermedad, porque eso implicaría intervenir en factores socioeconómicos (e incluso ideológicos) que inciden directamente en la enfermedad y, por tanto, en la propia estructura social. Este hecho hace que se lleguen a eliminar las propias redes de relación social que afectan a la salud integral del propio individuo que ha confeccionado a lo largo de su vida de acuerdo a su entorno cultural. Por ello, el modelo médico hegemónico occidental se centra en la asistencia sanitaria del sistema curativo que a su vez gira en torno a la patología en la cual el patólogo (el médico) es el centro y, de acuerdo a este principio, todo el sistema, incluidos el resto de profesionales que circulan a su alrededor, es el señuelo de concentración de poder en el sistema.

Como afirma Jara (17) "la enfermedad se apodera de nuestro organismo. Acudimos entonces, de manera casi robótica, al consumo de algún medicamento. Queremos curarnos, alcanzar la salud. Lo último que esperamos es fallecer en el intento. Morir de salud. El número de personas que pierde la vida al ingerir fármacos crece. En Estados Unidos ya es la cuarta causa de muerte y en ocasiones se han equiparado las cifras con el número de fallecidos en accidentes de tráfico". Esto hace que exista una deslegitimación de la respuesta humana ante el padecimiento de los procesos patológicos, consecuencia de la tecnologización de los sistemas de salud (18).

A modo de conclusión

Como se mencionaba al comienzo, se puede afirmar que en el concepto de salud-enfermedad en el modelo médico hegemónico occidental no son conceptos únicos ni homogéneos, existen toda una serie de elementos que no son visibles, pero que distorsionan y condicionan esa aparente armonía. Se producen problemas de expropiación y sometimiento del individuo dentro del contexto cultural, consecuencia del tipo de gestión, consumo y planificación del binomio salud-enfermedad, debido a los múltiples elementos que a simple vista son inexistentes: se da una alta concentración de poder en el modelo médico hegemónico de los profesionales, fundamentalmente en los médicos, consecuencia del dogmatismo de la medicina occidental, producto del espíritu acrítico imperante, a pesar de los nuevos caminos que se están trazando como puede ser el proyecto

VPM-IRYSS (19), que muestran y analizan la diversidad y variaciones en la práctica médica.

En la cultura occidental se están construyendo y creando mitos fugaces constantemente, sustentados en los medios técnicos avanzados de la biotecnología, que a su vez produce una importante acumulación de riquezas, que son el cimiento, motor y base de la sociedad actual, donde los auténticos tótems (la producción, el crecimiento, lo moderno, lo último) son los que rigen, marcan y controlan una conducta social, todo ello presidido por la ley de la oferta y la demanda, olvidando que la naturaleza de la salud-enfermedad es parte del proceso y no un fin en sí mismo de lo cual toma, o debería tomar, nota la Enfermería Comunitaria a la hora de implementar las intervenciones que puedan ser realmente útiles a la comunidad.

Bibliografía

- [1] Spector R, Muñoz MJ. Las Culturas de la Salud. Madrid: Prentice Hall; 2003.
- [2] Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia F. La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. 6ª ed. México: Nueva Imagen; 1988. p.11-53.
- [3] Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra: OMS; 1978.
- [4] Mariano Juárez L, Encinas Chamorro B. La educación para la salud. Un abordaje transcultural. Index Enferm 2003; 42:24-28.
- [5] Perdiguero E. Salud y enfermedad. Una visión antropológica. Biblioteca Enfermería Profesional. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Vol. 1. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 23-35
- [6] Ruiz Moreno J. Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería (II). Rev ROL Enferm 1999; 22(2):91-97.
- [7] Harris M. Introducción a la Antropología General. 7ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
- [8] Arrizabalaga J. Cultura e historia de la enfermedad. En: Perdiguero E, Comelles JM. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000. p. 71-81.
- [9] Dasí García MJ. De oficio... a profesión. Bol de Enferm Comunitaria 1996; 2:11.
- [10] Ruiz Cantero MT, Verdú Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit 2004, 18(suppl.1):118-125.
- [11] Rueda Martínez de Santos JR. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005.
- [12] Feo Isturiz O. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. Ciênc. saúde coletiva 2003; 8(4):887-896. [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200300040011&lng=es&nrm=iso
- [13] Menéndez EL. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. Ciênc. saúde coletiva 2003; 8(1):185-207. [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=pt&nrm=iso
- [14] García García JL. Enfermedad y cultura. Jano 1985; 643:83-90.
- [15] Menéndez EL. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. Ciênc. saúde coletiva 2003; 8(1):185-207. [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000100014&lng=pt&nrm=iso
- [16] Lejarraga A. La construcción social de la enfermedad. Arch. argent pediatr 2004; 102(4).
- [17] Jara M. Traficantes de salud. Barcelona: Icaria-Antrazyt; 2007.
- [18] Hueso Montoso C. El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. Index Enferm 2006; 15(55):49-53.
- [19] Gálvez Toro A. Variaciones en la práctica médica: proyecto VPM-IRYSS. Evidentia 2005; 2(6). [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/156articulo.php>



LA AEC PARTICIPA EN LA XI CONFERENCIA LATINOAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

La AEC participó en la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería celebrada en Coimbra (Portugal), organizada por la Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

En la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería hubo 1.900 personas inscritas de 36 países diferentes que participaron de una extensa y excelente programación con nueve seminarios, seis conferencias, cinco mesas/paneles, once cursos, nueve talleres, 513 trabajos académicos y científicos presentados, quince reuniones de redes de Enfermería –entre ellas la Red Internacional de Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria–, veintidós visitas profesionales y diecisiete reuniones paralelas de diversas temáticas científico-pedagógicas de Enfermería. Además, de forma simultánea, se desarrolló el II Encuentro de Estudiantes, un extenso programa social con conciertos, visitas

a lugares históricos de Coimbra y sus alrededores, un maravilloso desfile de uniformes enfermeros y la Feria de Escuelas y Facultades, donde la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ha compartido su *stand* con muchos compañeros y compañeras del mundo iberoamericano.

En palabras de la Presidenta del Comité Científico, Dña. Aída María de Oliveira Cruz Mendes, la organización está muy satisfecha por la gran cantidad y calidad de trabajos de investigación presentados y concluye que hay mucha investigación sobre procesos educativos, pero será necesario hacer más investigación en el área clínica enfermera y de transferencia de conocimiento.

EL PRESIDENTE DE LA AEC ELEGIDO NUEVO SECRETARIO GENERAL DE ALADEFE

El pasado día 19 de septiembre, en el marco de la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería celebrada en Coimbra (Portugal), D. José Ramón Martínez Riera, profesor y Secretario Académico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante, además de Presidente de nuestra Asociación, fue elegido nuevo Secretario General de la Asociación Latinoamericana de Escuelas/Facultades de Enfermería (ALADEFE).

En el mismo proceso electoral fue designada Dña. M^a Paz Mompert, profesora jubilada de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Castilla la Mancha (Toledo), como Vocal de Difusión y Comunicación de la misma asociación, y D. Julio Fernández, Decano de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia, como Vicepresidente 2º de la Región Europea. Ello pone de manifiesto la importancia que la universidad española tiene en el seno de ALADEFE, donde hay más de 20 Escuelas/Facultades socias.

En la foto se puede ver al nuevo Secretario General de ALADEFE con el resto de miembros del Consejo Directivo, elegidos para los próximos tres años, tras el ambicioso programa de trabajo presentado y unánimemente respaldado por la Asamblea General de ALADEFE reunida al efecto en Coimbra.

Desde la incorporación en ALADEFE de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante en 2003, José Ramón Martínez ha sido el representante de dicha Facultad y ha asumido diferentes responsabilidades como son la de Vicepresidente 1º de la Región Euro-

pea y miembro del Consejo Asesor Permanente.

ALADEFE es la mayor Asociación de docentes de Iberoamérica y en los últimos años ha tenido un importante crecimiento con la incorporación de centros docentes de España, Portugal, Norteamérica y todos los países de Latinoamérica, siendo en la actualidad más de 140 centros los que la constituyen.

ALADEFE tiene entre sus principales objetivos:

- Coadyuvar en los procesos de acreditación nacional o internacional.
- Facilitar la investigación educativa en Enfermería, la divulgación de resultados y la enseñanza de la Enfermería basada en la evidencia.
- Promocionar la innovación educativa.
- Participar en los estudios de pregrado y postgrado a través de programas compartidos.
- Contribuir en la internacionalización mediante la movilidad de docentes y estudiantes entre los diferentes países miembros.
- Dinamizar los recursos de comunicación de ALADEFE: página web y la Revista Iberoamericana de Investigación y Educación en Enfermería, editada por Difusión avances de Enfermería (DAE) y que se puede consultar on line en <http://www.enfermeria21.com>
- Participar activamente en proyectos conjuntos con organizaciones internacionales pares.
- Emitir posicionamientos y documentos de opinión de las temáticas relativas, principalmente, al campo de la educación en Enfermería.



II Congreso
Internacional

VIII Congreso
Nacional

de la
ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

**I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA**



PROGRAMA PRELIMINAR

Hotel Barceló Sants
BARCELONA
16-18 DE MAYO
2012

AEC

www.enfermeriacomunitaria.org

COMITÉS

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente	Miguel Ángel Díaz Herrera
Secretario/a	Lina Jodar Fernández
Vocales	Elma Narros Royo Marta Sancho Gómez Juan José Zamora Sánchez Silvia Álvarez Mesa Montserrat Torres Rusiñol Fátima Vega Morales María Isabel Mármol López Guillermina Marí i Puget Luis Mendiolagoitia Cortina Trinidad Carrión Robles Maria Teresa Julià Nicolàs Joan Callén i Mas Marisa Hernández Armenteros

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente	Vicente Gea Caballero
Secretaria	Mireia Juana Ladios Martín
Vocales	Rosa Girbau García Enrique Castro Rodríguez Edurne Zabaleta Del Olmo Antxón García Iriarte Daniel Fernández García Rosa María Blasco Santamaría Rafael del Pino Casado

PRESENTACIÓN

Pocas veces se ha logrado a lo largo de la historia reciente un mayor consenso entre profesiones sanitarias, sociedades científicas, profesionales de la salud, organizaciones sanitarias y comunidad, que con el desarrollo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, tanto a nivel nacional como internacional.

Las necesidades de cuidados que plantean los cambios sociales, demográficos y culturales unidos a factores políticos y económicos de orden internacional hacen de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria no tan solo una necesidad sino una oportunidad para poder dar respuesta a las mismas.

La publicación del programa de la especialidad produjo, inicialmente, no pocas controversias y dudas. Sin embargo éstas quedaron disipadas de manera casi inmediata cuando en un tiempo record, desde su publicación en el BOE, fue solicitada la acreditación de 29 unidades docentes y 132 plazas de residentes que en mayo de 2011 iniciaron su andadura. A las que hay que añadir la acreditación de más de 40 nuevas unidades docentes que cubrirán prácticamente la totalidad del territorio nacional. Datos que ponen de manifiesto, en momentos de crisis como los que estamos atravesando, que más allá de las restricciones presupuestarias que están afectando a todos los sectores de la sociedad, se está apostando decididamente por la enfermera especialista en atención familiar y comunitaria como respuesta de garantía a la demanda de cuidados.

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ha sido a lo largo de todo el proceso una pieza clave para llegar al momento actual. Su apuesta clara, rotunda y decidida desde el principio por la especialidad. Su posicionamiento razonado, coherente y de consenso durante su desarrollo. Y la firmeza y el trabajo permanentes

para su implantación en todo el estado, hacen de la AEC un referente científico, profesional y comunitario indiscutible.

En un momento de tanta trascendencia como es el de la formación de las primeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria, la AEC una vez más, asume el reto de posicionarse como referente científico y profesional con la celebración del I Encuentro Nacional de tutores y residentes de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en el marco del II Congreso Internacional y VIII Nacional de la AEC a celebrar del 16 al 18 de mayo en Barcelona.

Los retos que suponen los problemas de Salud Pública y Comunitaria traspasan fronteras y afectan a toda la comunidad internacional. Precisan, por tanto, de un abordaje especializado, integral, global y multidisciplinar. Compartir los diferentes enfoques experimentados en diversos países y continentes será una magnífica fuente de enriquecimiento común.

Se trata sin duda de un punto de inflexión en el desarrollo profesional de las enfermeras comunitarias. Un foro de análisis, debate, reflexión y de consenso multidisciplinar en el que abordar los principales focos de interés de los profesionales, de las sociedades científicas, de las organizaciones sanitarias y sobre todo de la Comunidad, desde una perspectiva abierta, plural e internacional.

Desde la AEC queremos hacer un llamamiento a la participación activa, directa y decidida de todos los profesionales para lograr la generación de evidencias científicas que mejoren la salud de la comunidad a través de la prestación de los cuidados eficaces y eficientes que se requieren.

Toda aportación es necesaria. Os esperamos.



José Ramón Martínez Riera
Presidente AEC

OBJETIVOS

Competencias y demandas de las especialidad. Retos y respuestas

OBJETIVO GENERAL

Identificar, analizar y debatir sobre las competencias y demandas de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar la importancia del trabajo multidisciplinar en el desarrollo de la especialidad.
 - Analizar la compatibilidad de diferentes figuras profesionales en la planificación, dirección y prestación de cuidados comunitarios.
 - Conocer la realidad internacional de la enfermería familiar y comunitaria.
 - Analizar el trabajo desarrollado en las Unidades Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria.
 - Conocer y valorar el trabajo desarrollado por las Sociedades Científicas de Atención Familiar y Comunitaria y debatir sobre el trabajo colaborativo entre ellas.
 - Identificar la necesidad de investigar en Enfermería Familiar y Comunitaria.
 - Conocer y valorar la aplicación de las innovaciones tecnológicas en información y comunicación en la Salud Comunitaria.
-

PROGRAMA

HORARIO	MIÉRCOLES 16 MAYO DE 2012	JUEVES 17 MAYO DE 2012	VIERNES 18 MAYO DE 2012
09:00	ACREDITACIONES Y ENTREGA DOCUMENTACIÓN	MESA 2	MESA 6
09:30	TALLERES PRECONGRESO: 1. Introducción al trabajo del tutor. 2. Recursos 2.0 para Enfermería Familiar y Comunitaria. 3. Cirugía menor 4. Deshabitación tabáquica.	Enfermera Generalista, especialista y de práctica avanzada: ¿compatibilidad, necesidad u oportunidad?	Innovación tecnológica y Salud Comunitaria: más allá de Internet
10:30		CAFÉ	CAFÉ
11:00		MESA 3	CONCLUSIONES
12:00		Enfermería Familiar y Comunitaria: realidad internacional	1º Edición de Premios a la Investigación en Enfermería Comunitaria Antonio Galindo Entrega de premios
13:00			PONENCIA DE CLAUSURA
14:00	COMIDA LIBRE-CAFÉ LIBRE	COMIDA TRABAJO	COMIDA CONGRESUAL
15:30	ACREDITACIONES Y ENTREGA DOCUMENTACIÓN		
16:00	INAUGURACIÓN OFICIAL	MESA 4	ASAMBLEA AEC
16:30	CONFERENCIA INAUGURAL COMPETENCIAS Y DEMANDAS DE LA ESPECIALIDAD Retos y Respuestas	Sociedades Científicas y Salud Comunitaria: un entendimiento necesario	
17:00		MESA 5	
17:30	MESA 1	Investigación en Enfermería Familiar y Comunitaria: ¿qué, cómo, cuándo, dónde?	Defensa de posters (1 sala)
	Las Unidades Docentes Multiprofesionales: Equipo desde el principio		
18:30			
19:00	MESA MEJORES COMUNICACIONES Mejor comunicación de estudiantes, de EIR, de Unidad Docente y 2 generales	4 REUNIONES SIMULTANEAS: Foro Tutores Foro Residentes Reunión Gestores Reunión Docentes	
20:00			

Simultaneo: Comunicaciones orales (3 salas)

SESIONES PLENARIAS

CONFERENCIA INAUGURAL: COMPETENCIAS Y DEMANDAS DE LA ESPECIALIDAD. RETOS Y RESPUESTAS

Ponente: **Carmen Ferrer Arnedo**
Enfermera. Gerente del Hospital de Guadarrama. Madrid.

MESA 1: LAS UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES: EQUIPO DESDE EL PRINCIPIO

Ponentes: **Elvira Gras Nieto**
Enfermera Interna Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en la U.D. "Clínica Martenit". Barcelona.

Covadonga López Truébano
Médica de Familia. Jefa de Estudios de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Asturias

María Ángeles González Fernández
Responsable de Enfermería Equipos GAP El Bierzo. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad docente de El Bierzo. León.

Moderador/a: **Enrique Oltra Rodríguez**
Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

MESA 2: ENFERMERA GENERALISTA, ESPECIALISTA Y DE PRÁCTICA AVANZADA: COMPATIBILIDAD, NECESIDAD U OPORTUNIDAD?

Ponentes: **Glòria Jódar**
Enfermera Comunitaria Generalista
Cristina Heierle Valero
Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria
Enrique Castro Sánchez
Enfermero de Práctica Avanzada en VIH/Sida. NHS Camden. Londres. Reino Unido

Moderador/a: **Montserrat Torres Rusiñol**
Directora de Procesos de la SAP "Delta"

MESA 3: ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA: REALIDAD INTERNACIONAL

Ponentes: **Maria do Céu Barbieri-Figueiredo**
International Family Nursing Association. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Oporto. Portugal.
Colin R. Martin
Family Health Nursing Group. Dean of University's School of Health, Nursing & Midwifery. University of the West of Scotland. Reino Unido.

Moderador/a: **Trinidad Carrión Robles**
Vocal de AEC de Andalucía

MESA 4: SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y SALUD COMUNITARIA: UN ENTENDIMIENTO NECESARIO

Ponentes: **Josep Basora Gallisá**
Presidente Nacional de SEMFyC
Julio Zarco Rodríguez
Presidente Nacional de SEMERGEN
José Ramón Martínez Riera
Presidente de AEC
Marta Pisano González
Presidenta de FAECAP
Andreu Segura Benedicto
Presidente saliente de SESPAS

Moderador/a: **Vicente Gea Caballero**
Vocal de AEC en la Comunidad Valenciana

MESA 5: INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO, DÓNDE?

Ponentes: **Francisco Javier Navarro Moya**
Responsable de la Unidad de Investigación del Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Carlos Álvarez-Dardet
Editor de Gaceta Sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)
Manuel Amezcua Martínez
Presidente de la Fundación INDEX

Moderador/a: **Ángela Sanjuán Quiles**
Directora de la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIDEC).

MESA 6: INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y SALUD COMUNITARIA: MÁS ALLÁ DE INTERNET

Ponentes: **Francisco Lupiañez Villanueva**
Profesor de Ciencias de la Información y la Comunicación. Universitat Oberta de Catalunya.
Investigador del grupo de investigación interdisciplinaria sobre TIC (i2TIC).
Internet Interdisciplinary Institute.

Gisel Fontanet Cornudella
Enfermera adjunta a la dirección de programas del Co.Legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) Directora técnica y pedagógica del proyecto "Infermera Virtual"

Trinidad Carrión Robles
Profesora Titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Málaga.
Coordinadora y dinamizadora del proyecto "Cuidadoras en Red"

Moderador/a: **Fátima del Carmen Vega Morales**
Vicepresidenta de AEC

CONFERENCIA DE CLAUSURA: LA ENFERMERÍA, UN CAPITAL SOCIAL MALGASTADO

Ponente: **Juan F. Hernández Yáñez**
Sociólogo. Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad,
Política Social e Igualdad. Consultor de INSALUD y OMS.
Autor de "La Enfermería frente al Espejo. Mitos y Realidades"

FOROS Y REUNIONES

- **Foro de Tutores de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria**

El trabajo de tutorizar residentes de EFyC: dificultades y soluciones en los inicios

Coordinador/a: **Gonzalo Duarte Climents**

Responsable de las Unidades Docentes de Tenerife 1 y 2.

- **Foro de Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria**

Coordinador/a: **Elvira Gras Nieto**.

Vocal de AEC para Residentes en Enfermería Familiar y Comunitaria.

- **Reunión de Directivos de Enfermería Comunitaria**

Coordinadora: **Pilar Espelt**

- **Reunión de Docentes de Enfermería Comunitaria**

Coordinador: **José Ramón Martínez Riera**.

Profesor Titular del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante



TALLERES

• Introducción al trabajo de tutor

Objetivo:

Conocer la normativa, la metodología y el significado del trabajo de tutor de especialistas en formación de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Coordinador y docente:

Enrique Oltra Rodríguez

• Recursos 2.0 para Enfermería Familiar y Comunitaria

Objetivo:

Contribuir a la adquisición de competencias digitales para el desarrollo profesional de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Coordinadora:

Trinidad Carrión Robles

Docentes:

Antonia Herráiz Mallebrera y Trinidad Carrión Robles

• Cirugía Menor

Objetivos:

- **Conocer las bases para la realización de una cirugía menor legal y técnicamente segura en el ámbito de la enfermería familiar y comunitaria**

- **Adquirir las habilidades para la realización de diversas técnicas de cirugía menor**

Coordinador:

Luis Mendiolagoitia Cortina

Docentes:

Luis Mendiolagoitia Cortina y Cristina González Aller

• Deshabitación Tabàquica. Estrategias para ayudar a dejar de fumar: de la motivación a la abstinencia

Objetivos:

- **Dotar a los participantes de habilidades prácticas para motivar a los fumadores consonantes**

- **Practicar estrategias de preparación a la abstinencia (ayuda conductual) y seguimiento de la intervención**

- **Discurrir acerca de la ayuda farmacológica más adecuada a cada situación**

Coordinador:

Sílvia Granollers Mercader

Enfermera del EAP Sant Just.

Profesora asociada de la UB. Miembro del GRAPAT, del GAT y de la comisión técnica del programa APSF

COMUNICACIONES

1. NORMAS GENERALES

- Plazos de envío:

INICIO DEL ENVÍO DE COMUNICACIONES:	1 /11/2011
FIN DEL PLAZO DEL ENVÍO DE COMUNICACIONES	1 /02/2012

- Idioma: Castellano
- Sólo serán aceptados los trabajos enviados cumplimentando el formulario existente en esta página web. No se aceptarán trabajos remitidos por fax, correo postal o email.
- Las comunicaciones deberán ser originales e inéditas.

2. INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL RESUMEN

- El número de autores por comunicación no podrá ser superior a 6 (en cualquier tipo de barmemo español sólo se contabiliza hasta el sexto autor).
- **Tipo de presentación:** comunicación oral, póster y póster electrónico.
- El resumen de la comunicación no debe superar las 250 palabras y dependiendo de la tipología, el trabajo debe contener la siguiente estructura:
 - **Comunicado de investigación:** Título, Introducción, Objetivos, Metodología, Resultados, Conclusiones.
 - **Comunicado de experiencia:** Título, Desarrollo conceptual, Resultados y Conclusiones.
 - **Comunicado de casos de cuidados:** Título, Sinopsis (breve descripción del caso), Valoración, Diagnóstico / Problema, Resultados esperados y conseguidos, Intervenciones y Evaluación.

El sistema para las comunicaciones de esta página web, le permite ir introduciendo su comunicación y guardarla como borrador para am-

pliarla, completarla y/o enviarla en cualquier momento. Durante todo el proceso puede utilizar la opción "Guardar y salir" y la información rellenada se guardará en su panel personal.

3- RECEPCIÓN DE COMUNICADOS

- La Secretaría Técnica AEC notificará al primer autor por e-mail la correcta recepción del resumen. En caso de no recibir dicha CONFIRMACIÓN DOS SEMANAS DESPUÉS DE SU ENVÍO, rogamos nos remita un e-mail a: congreso2012@enfermeriacomunitaria.org

4- ACEPTACIÓN DE TRABAJOS

- El comité científico evaluará todos los trabajos sin conocimiento del nombre e institución de los autores y de acuerdo a unos criterios establecidos en el documento "Normas y recomendaciones organizativas de las reuniones científicas de la Asociación de Enfermería Comunitaria", publicado en la web del Congreso www.enfermeriacomunitaria.org
- Tras su evaluación por el Comité Científico, se comunicará al primer autor por correo electrónico la aceptación o rechazo de su trabajo, antes del 1 DE MARZO de 2012, así como las modificaciones y aclaraciones que los evaluadores consideren pertinentes. Si pasada esta fecha no recibiera ningún tipo de información, deberán contactar con la Secretaría Técnica AEC.
- El Comité Científico se reserva el derecho de modificar la forma de presentación de la comunicación.
- La aceptación de la comunicación estará condicionada a la inscripción en el congreso de al menos uno de los autores.
- Una vez aceptadas las comunicaciones los autores podrán enviar el trabajo completo para su publicación en la Revista de la Asociación de Enfermería Comunitaria, RIDEC, siguiendo las normas al respecto.

- Los resúmenes de las Comunicaciones aceptadas se publicarán en la website de la AEC en la memoria del congreso, así como la posibilidad de difundirlo en la documentación informativa para los asistentes / inscritos.

- La AEC se reserva el derecho a poder publicar las comunicaciones completas, bien sean estudios de investigación, experiencias o estudios de casos. Las experiencias enviadas serán incluidas además en la Red de Experiencias Prácticas de la AEC.

5- EXPOSICIÓN DE TRABAJOS

- **Comunicados Orales:** Se presentarán en el congreso en el horario y día que se indicará con la suficiente antelación por correo electrónico. Los comunicados deben presentarse en formato Powerpoint y no excederán de los 10 minutos de exposición. El primer autor deberá entregar su presentación preferentemente en PenDrive, como mínimo 2 horas antes del inicio de su presentación. No se aceptarán ordenadores portátiles para las presentaciones

orales. La comunicación deberá ser presentada por el primer autor, salvo previa petición y autorización del Comité para ser presentado por otro de los autores.

- Si alguna presentación incluye elementos multimedia (audio / video), deberá comunicarlo a la secretaría técnica AEC en el momento de su aceptación.

- Un solo autor se encargará de la realizar la presentación oral, quedando excluida cualquier otra posibilidad.

- **Posters electrónicos:** Se trata de una presentación del trabajo que será expuesta en formato informático MEDIANTE PROYECCIÓN (no requiere de impresión de póster por parte del autor). La secretaría técnica AEC informará a los autores de pósters aceptados de las instrucciones pertinentes con la suficiente antelación.

- Los autores de los pósters deberán defenderlo ante el Comité Científico durante las Sesiones de Trabajo y Exposición cuando así se les indique

PREMIOS

PREMIOS COMUNICACIONES

Mejor Comunicación oral y póster

Mejor Comunicación para Estudiantes

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN ANTONIO GALINDO

Mejor Investigación en EFyC realizada por Residentes.

Mejor Investigación en EFyC

Según bases del Premio.

INFORMACIÓN GENERAL

FECHAS

16, 17 y 18 de Mayo de 2012

SEDE

Hotel Barceló Sant
Pl. dels Països Catalans s/n.
08014 Barcelona

ACREDITACIÓN

Solicitada la declaración de interés Científico-Sanitario al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Solicitada la Acreditación como actividad de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

INSCRIPCIONES

CONGRESO 2012	HASTA 01/04	DESDE 01/04
Socios AEC	240€	340€
No Socios AEC	310€	410€
Residentes socios AEC	100€	140€
Residentes No Socios AEC	155€	195€
Estudiantes Socios AEC (1)	75€	100€
Estudiantes No Socios AEC(1)	105€	130€

La cuota para socios y no socios incluye matrícula al congreso y a los Foros y Reuniones, acreditación, emisión de certificados, documentación de trabajo, 3 cafés y 1 comida de trabajo (Jueves 17).

La cuota de inscripción no incluye la Comida de Clausura, que podrá ser seleccionada y abonado el importe establecido.

(1) La cuota de estudiantes de enfermería está exenta de almuerzos de trabajo.

TALLERES PRECONGRESO (MIÉRCOLES 16 DE MAYO)

Talleres socio	25€
Talleres no socio	45€

Será imprescindible estar inscrito en el Congreso para poder registrarse en los Talleres.

Los Asociados deberán serlo antes del **31 de marzo de 2012** y estar al corriente de pago.

Será imprescindible para acceder a las sesiones científicas disponer de la acreditación que se entregará con la documentación. Las inscripciones y reservas pueden realizarse desde la página Web de la AEC: www.enfermeriacomunitaria.org o bien enviando al fax **93 221 70 05** el boletín de inscripción y reserva hotelera adjunto.

FORMA DE PAGO

No se aceptará ninguna inscripción que no vaya acompañada del pago correspondiente.

• **Tarjeta de Crédito:** Las inscripciones y reservas pueden abonarse mediante tarjeta de crédito rellenando el boletín de la página Web del congreso o enviando el boletín adjunto cumplimentado y firmado al fax: **93 221 70 05**. Todos aquellos que efectúen el pago con tarjeta deberán firmar el justificante del pago realizado en el momento de retirar su documentación.

• **Transferencia Bancaria:** Las inscripciones y reservas pueden abonarse mediante transferencia bancaria a la cuenta de La Caixa: **2100 0842 35 0200582598**. Deberá remitir el boletín de inscripción junto con la transferencia al fax: **93 221 70 05**.

• **Cancelaciones:** Con posterioridad al 1 de Abril de 2012 no se aceptará ningún cambio o anulación en las inscripciones y/o reservas hoteleras efectuadas. Cualquier anulación hecha con anterioridad a esta fecha tendrá unos gastos de gestión del 50%. Todas las cancelaciones deberán ser remitidas a la Secretaría Técnica AEC por escrito. El reembolso de los servicios anulados se efectuará a partir del 1 de Julio de 2012.

PÁGINA WEB

En la página Web www.enfermeriacomunitaria.org, está disponible toda la información del Congreso. En ella encontrará información actualizada, así como el boletín de inscripción y reserva hotelera para realizar su inscripción directamente desde Internet.

SECRETARÍA TÉCNICA AEC



T 93 221 22 42

F 93 221 70 05

www.geyseco.es

congreso2012@enfermeriacomunitaria.org

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRE	
APELLIDOS	
DIRECCIÓN	
CÓDIGO POSTAL	POBLACIÓN
TEL	FAX
E-MAIL	
TITULACIÓN ACADÉMICA	
CENTRO DE TRABAJO	

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

CONGRESO 2012	HASTA 01/04	DESDE 01/04	TALLERES PRECONGRESO (MIÉRCOLES 16 DE MAYO)	
Socios AEC	240€	340€	Talleres socio	25€ <input type="checkbox"/>
No Socios AEC	310€	410€	Talleres no socio	45€ <input type="checkbox"/>
Residentes socios AEC	100€	140€	Introducción al trabajo de tutor	<input type="checkbox"/>
Residentes No Socios AEC	155€	195€	Recursos 2.0 para Enfermería Familiar y Comunitaria	<input type="checkbox"/>
Estudiantes Socios AEC (1)	75€	100€	Cirugía Menor	<input type="checkbox"/>
Estudiantes No Socios AEC(1)	105€	130€	Deshabitación Tabáquica	<input type="checkbox"/>

La cuota para socios y no socios incluye matrícula al congreso y a los Foros y Reuniones, acreditación, emisión de certificados, documentación de trabajo, 2 cafés y 1 comida de trabajo (Jueves 17). La cuota de inscripción no incluye la Comida de Clausura, que podrá ser seleccionada y abonado el importe establecido. (1) La cuota de estudiantes de enfermería está exenta de almuerzos de trabajo. Será imprescindible estar inscrito en el Congreso para poder registrarse en los Talleres. Los Asociados deberán serlo antes del 31 de marzo de 2012 y estar al corriente de pago.

FORMA DE PAGO

<input type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO Autorizo a cargar en mi tarjeta de crédito el importe total del Boletín	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD		
	TITULAR			
	Nº TARJETA			
	FECHA DE CADUCIDAD	CVV		
	FIRMA			
<input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIA BANCARIA	Adjunto copia transferencia cuenta la Caixa: 2100 0842 35 0200582598. Deberá remitir el boletín de inscripción junto con la transferencia al fax 93 221 70 05		
	INSCRIPCIÓN =	€ TALLER	€ =TOTAL	€

De conformidad con lo establecido con la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a las personas que cumplimenten este formulario, que los datos en él introducidos, formarán parte de un fichero informático titularidad de Grupo Geyseco S.L. con domicilio en calle Marina 27 de Barcelona (08005), creado con la finalidad de prestarle de forma adecuada nuestros servicios y/o de informarle a su dirección postal y/o electrónica, sobre cuestiones y proyectos relacionados con nuestra Compañía y/o de ámbito técnico científico o profesional, sanitario y/o farmacéutico que entendemos pueden resultar de su interés. Mediante el envío de este formulario, el remitente da su consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos incluidos en el mismo. Grupo Geyseco S.L. le asegura la confidencialidad de sus datos personales y le garantiza que en ningún caso serán cedidos a terceras empresas ajenas a nuestro Grupo, a excepción de la AEC que los utilizará estrictamente en el marco de sus funciones estatutarias. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a: Departamento de Marketing de Grupo Geyseco S.L. o a la dirección de correo electrónico: datos@geyseco.es