II - 2003 | volumen 9 | Nº 2

aec

BOLETÍN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Estado de Salud de la Enfermera Comunitaria [pág. 6]

Ambulatorios enfermeros en Italia [pág. 10]

Entrevista a Miguel Richart [pág. 16]

5º Programa Congreso AEC: ¡Cumplimos 10 años! [pág. 35]

Valdediós: Dar vida a la memoria [pág. 27]

Asociación de Enfermería Comunitaria

Prevenir el traumatismo y el dolor en los cambios de apósitos es la principal preocupación entre los profesionales del cuidado de heridas.[1] Los apositos Tendra® con Tecnología Safetac® disminuyen el traumatismo en la herida y el daño en la piel perilesional en los cambios.[2,3] Estas propiedades ayudan a la continuidad del proceso natural de cicatrización y proporcionan comodidad al paciente.

tendra

GENTLE CARE™

Ref. 1) Hollinworth H. Nurses' view about trauma and pain at dressing changes: Results of a national survey. Journal of Wound Care 2000:8 369-373. 2) Williams C. Product focus Mepitel®. British Journal of Nursing 1995, Vol. 4, No 1. 3) Karlsmark T. First World Wound Healing congress, Melbourne 2000.

Apósitos Tendra® con Tecnología Safetac®: Mepitel®, Mepilex®, Mepilex® Border, Mepiform®.

Mölnlycke Health Care, Avda. Bruselas, 38 B - 4ª Plta., Tel. 91 484 13 20. Fax. 91 484 08 82. www.tendra.com

II - 2003 I volumen 9 I Nº 2

aec

BOLETÍN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Junta Directiva AEC
Gálata Pérez Díaz. Presidenta
Fabiola Hueso Navarro. Vicepresidenta
Mª Luisa Ruiz Miralles. Secretaria
Patricia Moreno Pina. Tesorera
Gracia Álvarez Andrés. Vocal Comunicación

Comité de redacción
Francisca Anaya Cintas (Editora)
Sandra Munárriz Gandía (Dpto. Redacción)
Josep Adolf Guirao Goris (Dpto. Redacción)
Mª Carmen Fraguas López (Dpto. Redacción)
José Ramón Martínez Riera (Alacant)
Juan Miguel Izquierdo Carrasco (Málaga)
Manuel Mañá González (León)
Gonzalo Duarte Climents (Sevilla)
Jorge Mínguez Arias (La Rioja)
Gracia Álvarez Andrés (León)

Diseño gráfico y maquetación
616 981 880
Igor Morell
Manel Costa i Cruz

Ilustraciones
Gerard Miquel Roselló

Imprime
Gráficas Sichet

El Boletín de Enfermería Comunitaria es una publicación plural que edita todo tipo de colaboraciones que puedan interesar a la disciplina enfermera. La AEC no se identifica necesariamente con todas las opiniones vertidas en el mismo. Se permite la reproducción total o parcial de las informaciones o artículos aquí difundidos, siempre y cuando se haga mención expresa de la fuente.

Depósito legal v-4834-1997 ISSN 1577 - 1539

sumario

Estado de Salud de la Enfermera Comunitaria [pág 6]

Ambulatorios enfermeros italianos [pág 10]

Todo lo que quiso saber sobre la enfermería y nunca se atrevió a preguntar [pág 14]

Entrevista a Miguel Richart [pág 16]

Lillian Wald, nace la Enfermería Comunitaria (II) [pág 23]

Cuaderno de prácticas [pág 29]

Ley de Autonomía del Paciente [pág 33]

5º Programa Congreso AEC: ¡Cumplimos 10 años! [pág 35]

en portada

Valdediós: Dar vida a la memoria [pág. 27]

Fotografía portada: © Grabriella Carta

editorial

La Ministra dice "no" al desarrollo de la Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria.

Ni el documento de justificación de la especialidad, ni las interminables reuniones durante dos años sobre el desarrollo del Real Decreto 992/87, ni el trabajo sobre la especificidad dentro de la Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria (demostrado por miles de enfermeras en los diferentes actos científicos), han sido suficientes para convencerla de la necesidad que sentimos de profundizar en este área de conocimiento de la enfermería.

La enfermería como profesión tiene la obligación, desde el punto de vista ético de las profesiones, de ir hacia la excelencia en el ejercicio de la misma. Estamos obligadas a profundizar en el conocimiento de nuestra disciplina para dar la mejor respuesta posible a las necesidades de cuidados que detectamos en nuestro ámbito de actuación. Estamos obligadas a una constante evaluación de nuestro trabajo, a investigar.

Las enfermeras comunitarias somos especialmente sensibles a la importancia que tiene la dimensión psicológica y social del ser humano, sin dejar de lado la biológica. Las circunstancias familiares y sociales que envuelven al individuo, inciden de forma decisiva en la respuesta de adaptación relacionados con su salud. Profundizar en estas competencias es una obligación.

La enfermería comunitaria, lo que pretende es conseguir el mayor grado de autonomía de las personas en los cuidados de salud en su lugar de residencia.

A nadie se le escapa que cuanta más dependencia y menos autonomía en materia de salud tengamos, más costes se generarán a un sistema que se queja continuamente del gasto, por no mencionar la autoestima de las personas, que disminuye cuando sienten que no se pueden valer por sí mismas.

Sabemos por el índice de envejecimiento, que uno de los grupos de población a priorizar son las personas mayores, pero no nos podemos olvidar del resto: población infantil junto a sus progenitores, adolescentes, crónicos, cuidadoras familiares, inmigrantes, etc. Por ello la especialidad de Geriatría "ampliada" no corresponde a nuestras necesidades formativas.

Aprovecharse de los conocimientos que la ciencia genera para mejorar la salud, es un derecho y esto es a lo que usted a dicho "no" paralizando el desarrollo de la especialidad en enfermería de salud familiar y comunitaria.

Asociación de Enfermería Comunitaria

¿Qué es la AEC?

La AEC es una sociedad científica de enfermer@s, de ámbito estatal, que entiende como Enfermería Comunitaria aquella disciplina que desarrollan estos profesionales generalistas, basada en la aplicación de los cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y la comunidad, en el marco de la Salud Pública. La Asociación pretende contribuir de forma específica a que las personas, la familia y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su Autocuidado.

La AEC edita este Boletín de Enfermería Comunitaria, publicación que recoge las noticias y eventos más importantes que interesan a la Enfermería Comunitaria.

La AEC ofrece acceso a Internet y dos direcciones de correo electrónico a todos sus socios .

La AEC tiene suscrito un convenio con la Fundación Index de Enfermería por el que los socios reciben la revista que edita esta fundación.

La AEC organiza congresos bianuales de Enfermería Comunitaria y realiza grupos de trabajo que pretenden consensuar en el seno de la Asociación documentos orientativos para la mejora de la práctica profesional.

La AEC ha organizado de forma pionera la Red de Experiencias Prácticas, red pionera en España que pretende que, cada vez que una enfermera desee iniciarse en un tema de trabajo, pueda contactar con otros profesionales y aprovechar la experiencia que ya tienen en esa misma área de conocimientos.

La AEC es miembro fundador de la FAECAP.

Si deseas conocer más de nosotros contacta en:

Dirección postal
Asociación de Enfermería Comunitaria
Secretaría técnica Alquibla
Pintor Villacis, 4. 30003 Murcia
Tfno: 968 225 020
Fax: 968 225 154
aec.secretaria@alquibla.com
Correo electrónico AEC
aec@enfermeriacomunitaria.org
Correo electrónico BEC
bec@enfermeriacomunitaria.com

punto de vista

Comunidad Valenciana: Reflexiones y preguntas sobre la Enfermería Comunitaria (II parte)

Teresa Aibar / Sandra Munárriz / Francisca Soler / Francisca Calabuig / Amparo Bellver

La desvirtuación y retroceso del presente, y el aborto que están provocando en el S.N.S., hacen necesario rescatar memoria histórica, realidades legales y valores profesionales que aporten luz para la reflexión, coherencia y aglutinación común de las personas que se resisten a que la vida, el dolor o la enfermedad sean manipulables por el poder financiero a través de la privatización de la Asistencia Sanitaria.

Hay que estar ALERTA al Decreto 7/2003 del Consell de la Generalitat Valenciana, de la Conselleria de Sanitat (2003/1124) por el que se aprueba el Reglamento de Selección y Provisión de plazas de personal estatutario al servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana. En su Capítulo VII, Sección Segunda, artículo 40, puntos 1 y 3 del mismo, produce, preocupación y confusión cuando habla de: Coordinadores de equipo y responsables de enfermería de E.A.P:

1. Los puestos de Coordinadores de Equipo y de Responsables de Enfermería de los Equipos de A.P. serán provistos por el sistema de libre designación entre el personal de la correspondiente categoría que preste servicios en el mismo equipo. La convocatoria para la provisión de estos puestos se publicará en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana.

2. El profesional nombrado para el puesto de Coordinador o Responsable de Enfermería de equipos de Atención Primaria conservará la titularidad de la correspondiente plaza básica de su categoría, cuyas funciones continuará desempeñando, mientras ocupe dicho puesto.

Que aparezca la denominación "responsable" llama la atención e inquieta el contenido de esa responsabilidad, ¿dónde? ¿cómo? ¿cúando? ¿quién lo va a definir? ¿por qué esa denominación solo para Enfermería?.

Ante todo aquello (y aquellos), visibles e invisibles, que están deteriorando la sanidad, nos venimos a plantear entre otras, las siguientes preguntas con un triple fin:

A. Entender la realidad socio sanitaria y profesional por encima de las cortinas de humo o engaños de unos y otros, como imprescindible para podernos situar dignamente en la misma.

B. Recuperar la práctica profesional que la comunidad y el ciudadano requiere del enfermero.

C. Planificar las actuaciones colectivas que la naturaleza del asunto tratado requiere, para poder actuar con criterio y método racional en las modificaciones que consideremos deban efectuarse.

1. ¿Qué es aquello que no permite desarrollar a la Enfermería de Atención Primaria la dimensión de lo comunitario y de lo preventivo?

2. ¿Qué impide que la educación para la salud tenga su espacio en las agendas de las enfermeras, pese a ser una herramienta para hacer a las personas autónomas, saludables y protagonistas?.

3. ¿Qué es lo que no permite que un profesional sanitario pueda aportar su cometido desde la complementariedad y el respeto, y no desde la subordinación a otros profesionales?.

4. ¿Porqué un profesional enfermero ha de tener una sobrecarga asistencial en detrimento de otras acciones preventivas, educativas, siendo adjudicado a dos médicos y contraviniendo con ello toda lógica y las propias recomendaciones de la O.M.S que indica: un médico, una enfermera como mínimo?.

5. ¿Porqué libre elección de médico?, ¿porqué no libre elección de Enfermería?, y ¿porqué no la excelencia en la atención a los pacientes desde cualquier estamento profesional?.

6. ¿Y por que no nos hacemos algunas preguntas más y tratamos de responderlas buscando algunas soluciones conjuntamente?.

7. ¿Porqué no trasladar este manifiesto a otros organismos pertinentes?. ¿Cuáles?.

8. ¿Por qué no divulgar todas estas inquietudes a través de diferentes medios?

9. ¿Por qué no hacer pequeños abordajes o ensayos en los que la comunidad conozca, participe, se implique o entre en ósmosis con los profesionales?.

10. ¿Por qué no tener el convencimiento de que la buena praxis, puede tener un efecto multiplicador y actuar a pesar de las dificultades?...

El estado de salud de la Enfermera Comunitaria en nuestro país

Gálata Pérez Díaz

LA VALORACIÓN

• Percepción/control de la salud.

Describe su estado de salud como penoso y, aunque ha manifestado tener ganas de mejo-rarlo, está cansada de los acosos que tiene que aguantar.

Describe alteraciones como la desmotivación, apatía, sobrecarga de trabajo, estrés laboral y emocional, ansiedad, sentirse ignorada e infravalorada. Percibe el sistema sanitario como ineficaz. "Tengo idea de cómo mejorarlo, pero las altas esferas siguen sin darme una oportunidad".

Hace mucho que no se hace revisiones de salud y recurre a la automedicación.

Alergias: "a políticos hablando de temas de salud, médicos de familia cuando nos dicen cómo tenemos que hacer nuestro trabajo, etc.".

Hábitos tóxicos: "la despersonalización, la resignación, la desmotivación, la apatía, la desgana".

• Nutricional-metabólico

Las comidas las suele realizar en una cafetería cercana, "algo rápido para seguir". El nº de comidas depende de la formación continuada "ya sabes, los cursos para el currículo".

Alimentos restringidos -según msc- "la especialidad, la licenciatura, y ahora con la nueva LOPS cargos directivos".

Náuseas y Vómitos "con las decisiones del ministerio, consejo de universidades y algunas gerencias".

• Eliminación

Intestinal: Normal

Urinaria: Retención durante la jornada laboral.

• Actividad-ejercicio

Rigidez en las Direcciones de Áreas.

Le cuesta moverse por la unidad de la profesión.

Realiza ejercicio físico y sus actividades de ocio son pocas por todo el tiempo y esfuerzo en "mejorar la profesión".

Situación laboral: contratos basura, congelación de plantillas, de sueldos, sacar el trabajo de tres o de cuatro,....

Dice tener barreras tanto internas como externas.

• Sueño descanso

Últimamente episodios de insomnio, ante noticias como que "no sale" la especialidad, la licenciatura,...

• Cognitivo perceptual

Nivel de estudios: "diplomatura por el momento, conformándose con los títulos propios que ofrecen algunas universidades españolas".

No tiene alteraciones sensoriales, sin embargo comenta que a veces le gustarían no ver ni oír algunas cosas.

• Autocontrol autoconcepto

Ansiedad: "las contratadas, a que les sigan ofertando contratos basura; los interinos, en busca de una plaza fija, y los fijos, más bien... desmotivación".

Preocupación "por no conseguir la unión profe-

sional que nos permita seguir luchando por conseguir todo eso que hemos estado a punto".

Expectativas negativas con respecto al futuro incierto. Autoestima "poca".

• **Rol relaciones**

Convive con el "EQUIPO" de atención primaria "pero no sé, yo entiendo por "Equipo" otra cosa". Prefiere no hablar de sus relaciones laborales, pues le ponen muchas trabas a realizar su trabajo con su propia metodología, continuamente cuestionada.

No tiene cuidador principal "yo soy quien cuida constantemente, y sinceramente sí que estoy sobrecargada, por cómo está organizado todo".

• **Sexualidad reproducción**

Dice que la gestación de las nuevas enfermeras está sufriendo un cambio, pero que aún queda mucho por hacer.

• **Adaptación tolerancia al estrés**

Cambios importantes en los dos últimos años, "¡Muchos!: El cambio de la ministra nos ha traído tela, de estar cerca a estar ¿Machacados?: la especialidad y la licenciatura ¡tanto esfuerzo a la basura!"

"¡Ah! eso sin dejar el desánimo generalizado, demasiadas cosas a punto que se han venido abajo".

Algo positivo es el auge en metodología enfermera, eso es bueno,... pero ¿Cuántas nos estamos subiendo al carro?

Referente al manejo de situaciones difíciles "Sólo la familia me ayuda, pero veo la incomprensión en sus ojos, ¿Para qué complicarse la vida?"

Se siente maltratada en muchas ocasiones por sus Jefes,... y lo que es peor, por algunos compañeros.

• **Valores creencias**

Asegura haber un cambio de valores que viene de la "crisis" en Atención Primaria.

Cree en su profesión, en todo lo que podría ofertar a la población y al sistema, pero se siente incrédula de que le den su oportunidad en el sistema, la decisión la toman " Los Otros".

Sus planes para el futuro, más bien sus deseos: la especialidad, la licenciatura, que la valoración de nuestro trabajo no se limite a números, que las leyes que nos afecten estén menos mediadas por tanto, etc.

LAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS

PERCEPCIÓN/CONTROL DE LA SALUD

- Riesgo de caídas r/c zancadillas del msc, consejo de universidades,... FR: entorno desordenado.
- Riesgo de intoxicación r/c "productos" peligrosos del entorno FR: Factores ambientales: presencia de contaminantes ambientales suficientes para causar intoxicación.
- Protección inefectiva r/c alimentación baja en nutrientes para aumentar autoestima FR: nutrición inadecuada.
- Incumplimiento de tratamiento r/c recomendaciones de la OMS respecto el papel que debe jugar la enfermera comunitaria FR: falta de sistema de soporte.
- Perturbación del Campo de Energía r/c cambios ministeriales.

NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Desequilibrio de la nutrición por defecto r/c dieta baja en nutrientes para potenciar autoestima FR: incapacidad para digerir nutrientes debido a factores psicológicos.
- Riesgo de deterioro integridad cutánea r/c falta de movimiento FR: externos fuerzas de cizallamiento, presión, sujeción; FR internos: factores de desarrollo.

ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Deterioro de la movilidad física r/c actividad para el desarrollo de la profesión FR: malestar, desnutrición selectiva
- Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c: desconocimiento donde se encuentra y a donde va FR: Deficiencias ambientales y de estimulación, "Cuidadores" inapropiados
- Síndrome de estrés por traslado r/c contratos basuras del listado de contrataciones.

SUEÑO DESCANSO

- Deterioro del patrón del sueño

COGNITIVO PERCEPTUAL

- Confusión aguda r/c continuos resbalones a la puerta de casi conseguir los objetivos propuestos.

AUTOCONTROL AUTOCONCEPTO

- Baja autoestima situacional r/c falta de reconocimiento de su propia valía FR: cambio del rol social, cambio de desarrollo.
- Desesperanza r/c atascamiento profesional FR: estrés de larga duración, abandono, pérdida de la fe en los valores transcendentales
- Temor r/c futuro incierto FR: falta de familiaridad con las experiencias ambientales debido a que cambian.

ROL RELACIONES

- Deterioro de la comunicación verbal r/c incomprensión del entorno FR: barreras ambientales, alteraciones de autoestima o del autoconcepto.
- Aislamiento social r/c no integración en el equipo de trabajo FR: intereses inmaduros
- Duelo anticipado r/c el futuro previsible

ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Negación ineficaz r/c incertidumbre y alto grado de amenaza FR: falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, incertidumbre, inadecuación del apoyo social condicionado por las características de las relaciones, alto grado de amenaza.

VALORES CREENCIAS

- Sufrimiento espiritual r/c cambio de valores: la crisis de Atención Primaria.

LA REFLEXIÓN

¿A quién pide ayuda una cuidadora? Y los grupos de apoyo, ¿quién los desarrolla y lleva a cabo? ¿Quién acompaña a los familiares de un paciente en sus últimos momentos? ¿Quién asesora sobre los cuidados a una madre primeriza? ¿Quién moviliza los recursos de la zona para cubrir las necesidades detectadas? ¿Quién se preocupa de todas dimensiones de la salud, no sólo de la biológica? ¿Quién se está esforzando en investigar aún teniendo todo en contra? ¿Quién está con los jóvenes en los institutos haciendo promoción de salud?

El último Congreso de la AEC se cerró con la presentación de un vídeo titulado "La nueva imagen de la enfermería comunitaria". Fue realizado por el grupo canario de la AEC, y se pudo llevar a cabo gracias a la financiación del Servicio Canario de la Salud. En él queríamos mostrar lo que debe hacer la enfermera comunitaria que propone la OMS. Quienes han podido ver esos minutos de filmación han podido constatar que la labor de las enfermeras en la comunidad, desde lo más conocido por la población -las técnicas-, hasta lo menos conocido -los grupos de apoyo, el trabajo con las cuidadoras, los talleres de cocina, el trabajo en la escuela, etc.- tiene una amplia gama de colores. La enfermera planteada por la OMS había sido captada por el objetivo de la cámara sin darnos cuenta.

Es cierto que estos dos años hemos estado a punto de conseguir objetivos por los que hemos luchado durante mucho tiempo, pero sólo brindando buenos cuidados a la población se cambiará la imagen que ésta tiene de nosotros. Una vez que el usuario conoce lo que la enfermera comunitaria puede ofertarle nos convertimos en su punto de referencia. Ahora sólo queda homogenizar la labor que cumplimos en la comunidad.

Castilla y León vive en la incertidumbre

Gracia Álvarez Andrés

En Mayo de 2002 la Gerencia Regional se puso en contacto con la vocalía de Castilla y León de la AEC, para pedir nuestra colaboración en los temas que a continuación os expongo.

El Consejero de sanidad y una representación de la Gerencia regional nos anticiparon las líneas generales:

- En cuanto a la organización del trabajo en Atención Primaria, el planteamiento era que los Equipos de Atención Primaria avanzasen hacia la descentralización, en lo que se refiere a la toma de decisiones.
- En cuanto a la cartera de servicios, se nos pidió a las asociaciones científicas, que facilitásemos nombres de personas expertas en los distintos servicios que oferta la cartera, para que pudieran ser consultados por el grupo de cartera de servicios. A su vez éstas personas podrían hacer sugerencias al grupo de cartera de servicios y hacer las propuestas que considerasen interesantes para ser incorporadas en los servicios de la cartera.

Como novedad se pide ayuda a las asociaciones científicas para determinar los perfiles de puesto de trabajo. Han colaborado dos personas que han elaborado el perfil del puesto de trabajo para enfermeras en Atención Primaria. Hemos llegado a realizar una puesta en común con el resto de los representantes de los otros grupos que trabajan en el SACYL, representantes de otras asociaciones científicas o de grupos profesionales. La puesta en común se realizó el 25 de junio, y ahora es el SACYL quien tiene que hacer encajar lo que cada grupo hemos dicho que serían nuestras actividades, conocimientos y habilidades.

Otra de las líneas de trabajo para las asociaciones era la de colaborar en la evaluación de la cartera de servicios del año 2002, dos personas han formando parte del grupo de evaluadores que se formó en la Gerencia Regional (gerencia, inspectores y asociaciones científicas).

Hay dos representantes de la vocalía colaborando en el tema del tabaquismo, han participado en una jornada convocada por el Sacyl junto con representantes de otras asociaciones científicas. Hay otra enfermera que pertenece a la vocalía de Castilla y León de AEC colaborando en la realización de una guía para la atención de la salud mental, y otra enfermera ha estado colaborando en durante un tiempo en la elaboración de una guía para la atención al inmigrante.

Estas actividades se han venido realizando con mayor o menor celeridad, con mejores o peores resultados; pero lo cierto, transcurrido más de un año desde el contacto inicial, es que estamos en el terreno de la planeación, sin que esto se esté transformando en resultados concretos como los que en el número anterior relataba Ana González Pisano, desde la querida Asturias. Por ello, desde el AEC de Castilla y León vivimos un momento de incertidumbre a la espera de que las concreciones lleguen y conviertan nuestras esperanzas en realidades plausibles y no se quede todo en el terreno de las ideas. No olvidemos que la enfermería española es una experta en proyectos, que en muchos casos no se acaban llevando a la práctica.

En otro orden de cosas en la vocalía de Castilla y León se han venido desarrollando una vez al mes unas reuniones a las que asisten distintos miembros de la asociación para trabajar sobre la aplicación de Diagnósticos de enfermería y Planes de cuidados en casos prácticos.

Nueva realidad profesional para las enfermeras y centros de referencia para la salud de la comunidad

Ambulatorios Enfermeros en Italia

Tatiana Tonelli

ENFERMERÍA ITALIANA

La última década ha supuesto un periodo de innovaciones, turbulencias y tensiones, pero también de grandes conquistas para la Enfermería italiana. Desde 1992, año de activación de los primeros diplomas universitarios hasta el día de hoy, el crecimiento de la profesión ha sido imparable y en un breve periodo de tiempo han sido modificadas radicalmente las normas que regulan la formación y el ejercicio de la profesión enfermera en Italia.

Como consecuencia de ello, la figura de la enfermera ha tenido una sorprendente y profunda evolución: de ser considera, por otros profesionales de la salud, y por la población, un "paramédico", hoy es reconocida como un "profesional de la salud" que posee competencias propias, responsabilidad (civil, penal y deontológica), y autonomía decisional operativa para los servicios e intervenciones que desarrolla. Este cambio se ha visto reforzado por las siguientes referencias legislativas:

- Decreto Ministerial 739/94, "Reglamento concerniente la individuación de la figura y del relativo perfil profesional de la enfermera", en el que dispone que la enfermera es el trabajador de la salud que en posesión del diploma universitario habilitador y de la inscripción en el correspondiente registro colegial es responsable de la asistencia general enfermera. Además se afirma que la asistencia enfermera preventiva, curativa, paliativa y rehabilitadora es de naturaleza técnica, relacional y educativa. Las principales funciones son la prevención de las enfermedades, cuidado del enfermo, y discapacitados de cualquier edad, y la educación sanitaria.
- Ley 42/99 "Disposición en relación a las profesiones sanitarias". Con esta ley se firma un pasaje crucial para la profesión: la abolición del mansionario (rígido y obsoleto listado di tareas durante 25 años). Así la enfermería se convierte en una profesión sanitaria y deja de ser auxiliar.
- Ley 251/2000 "Disciplina de las profesiones sanitarias enfermeras, técnicas, rehabilitadoras, preventivas y obstétrica". Dispone que las enfermeras desarrollan en autonomía profesional las actividades dirigidas a la prevención, a los cuidados y a la salvaguardia de la salud individual y colectiva, desarrollando las funciones incluidas en las normas que hacen referencia al perfil profesional así como en el código deontológico y utlizando métodos de planificación por objetivos de cuidados.
- Decreto Ministerial universitario 2/4/2001 que define los tipos de licenciatura de 3 años y de licenciatura especializada (2 años) para la profesión enfermera.

ANTECEDENTES

Por otro lado, el progresivo envejecimiento de la población en Occidente, la orientación de la política sanitaria europea, las indicaciones de la OMS para la Región Europea, el conjunto de problemas relacionados con patologías crónico-degenerativas y el trasvase de orientación de los hospitales a lo que evidencia la necesidad de una mayor extensa y fuerte presencia en le territorio, imponen a las enfermeras europeas una reorientación en la óptica de la lectura de las necesidades de atención enfermera del usuario y de

© Gabriella Carta

las perspectivas de la profesión en relación a los cambios del contexto social, demográfico y normativo.

Italia, en sintonía con todos los países más progresistas en materia de sanidad, trata de hospitalizar sólo a aquellos pacientes con problemas agudos o que necesitan cuidados e intervenciones altamente especializadas. Como consecuencia de todo ello surge la necesidad de una potenciación de la red de servicios territoriales domiciliarios y de ambulatorio, de una ampliación del hospital de día y de la cirugía ambulatoria. De ahí nace la necesidad del desarrollo de los Ambulatorios enfermeros.

> *Creo que el objetivo de los cuidados enfermeros en definitiva es el de curar al enfermo en su casa. Sueño que algún día las enfermeras del mundo irán a los domicilios a cuidar y a curar a las personas que sufren y no tienen la suficiente atención. Veo la desaparición de todos los hospitales y hospicios... Pero eso tal vez sea para el año 2000*
>
> F. Nightingale

AMBULATORIOS ENFERMEROS

Las posibilidades de trabajo para la enfermera a nivel extrahospitalario son diversas: atención domiciliaria, residencias, hospicios, centros de salud mental, pero en los últimos años también es posible elegir ejercer la profesión en los Ambulatorios enfermeros.

La normativa italiana referente a la atención enfermera ambulatoria resulta escasa y casi ausente. La única, si cabe, es la ley 833/78 que da lugar a la constitución del Servicio Nacional de Salud. Tras esta ley, y siguiendo la normativa sanitaria que se ha mantenido hasta ahora, se habla de atención domiciliaria y en el territorio, quizás incluyendo en este último concepto la atención enfermera ambulatoria.

Actualmente y siguiendo el modelo anglosajón, (el Ambulatory Care Nursin tan desarrollado en los Estados Unidos, Reino Unido y Australia) se están desarrollando en Italia, a nivel nacional, los ambulatorios enfermeros, donde se llevan a cabo diversas actividades: curas, inyecciones, retirar suturas, férulas, control de parámetros vitales, vacunaciones, electrocardiogramas, extracciones sanguíneas... Pero más allá de dichas actividades, los Ambulatorios Enfermeros deben ser considerados como verdaderos servicios dirigidos al público ya que no se limitan únicamente a prestaciones dirigidas a garantizar los procedimientos diagnóstico-terapéuticos sino que también se dirigen hacia el autocuidado con acciones concretas de guía, hacia la relación de ayuda, la consulta enfermera, orientación de la utilización de los servicios sanitarios públicos, desarrollo de programas de educación para la salud, petición de visitas o de exámenes diagnósticos, cobro del ticket en colaboración con los hospitales, etc.

Estas estructuras están gestionadas por enfermeras dependientes del Servicio Nacional de Salud que, en caso de necesidad recurren a la consulta médica y colaboran con médicos de medicina general para garantizar la atención domiciliaria en la comunidad. Existen además, Ambulatorios Enfermeros en las estructuras hospitalarias, especializados en diversos campos: heridas, estomas, descompensaciones cardíacas, etc. Pero también se da la oportunidad, a la enfermera que ejerce la libre profesión, de abrir y administrar un ambulatorio enfermero propio, previo cumplimiento de las obligaciones burocrático-administrativas y respeto por lo los requisitos del edificio, instrumental y administración.

El Ambulatorio enfermero es un servicio prestado por enfermeras que trabajan en estrecho contacto con el médico de medicina general y con los hospitales. El servicio, en la mayoría de los casos, está dirigido a personas ancianas autosuficientes o parcialmente dependientes afectadas por patologías agudas o crónicas que no requieren hospitalización pero si servicios sanitarios esporádicos o continuos. Para solicitar dicho servicio el usuario debe dirigirse al médico de medicina general o al especialista que es quien considera la petición.

> *No soy yo quien vivo donde vosotros trabajáis, sino que sois vosotros quienes trabajáis donde yo vivo...*
>
> Usuario

EXPERIENCIAS PRÁCTICAS

En estos momentos, existen aproximadamente 150 ambulatorios enfermeros públicos. Todos ellos se sitúan en el norte del país y de entre estos es de destacar la experiencia de Arezzo, en la que ya se habla de la enfermera de familia y comunitaria. Sin embargo hay que señalar que esta figura aún no ha sido legitimada e introducida en el Perfil profesional enfermero, solo se contempla como posible licenciatura especialista de segundo ciclo: enfermería de salud pública.

El punto de referencia para la población de la zona resulta ser el Ambulatorio Enfermero, administrado y gestionado por la Enfermera comunitaria, quien coordina también la atención a nivel ambulatorio y domiciliario, coordinada en estrecha relación con los médicos de medicina general y las familias.

La experiencia del Ambulatorio Enfermero de Milán es distinta. Este centro nace en 1994. En él trabajan un equipo de enfermeras que dependen del Hospital Carlo di Milano (un supervisor, 8 Enfermeras, 2 auxiliares, 1 matrona), que se reparten en dos turnos de trabajo (8.30-12.30; 13.30-17.30); el médico de medicina general que se ocupa del diagnóstico y prescripción del tratamiento que será aplicado en el ambulatorio; el especialista que es consultado por cuestiones de tipo urológico y de cirugía.

Los objetivos que este ambulatorio se ha fijado cumplir son: satisfacer la continua demanda asistencial extrahospitalaria; reducir los tiempos de espera en algunas especialidades del poliambulatorio siguiendo de manera autónoma prestaciones como curas postquirúrgica y cambios de sonda vesical; introducir y elaborar una historia enfermera informatizada para cada paciente que acuda al servicio; efectuar diagnósticos enfermeros y elaborar planes de cuidados.

Los usuarios de este servicio son mayoritariamente ancianos parcialmente autosuficientes afectados por patologías crónico-degenerativas o agudas que no requieren hospitalización o atención domiciliaria.

Para acceder al servicio, por primera vez, es necesario presentarse con la prescripción médica en la admisión del mismo centro. Con respecto a las citas posteriores, son gestionadas ya por el propio equipo enfermero. Para cada actividad está previsto un tiempo variable según la complejidad de la intervención (entre 10 y 20 minutos). Las actividades son divididas en simples (fundamentalmente de tipo técnico, bajo prescripción médica) y complejas (de contenido relacional o tecnico-relacional, recepción del usuario, presentación de la enfermera y equipo, presentación del la estrutura ambulatoriale, explicación de la oragnización dels ervicio, recogida de datos, y cumplimentación de la historia enfermera, elaboración de un plan de cuidados...

Otro ejemplo bien distinto, pero también a destacar, es el caso del ambulatorio médico-enfermero popular de Pavia muy diferente de los públicos. Este Ambulatorio nace en Mayo de 2002, de la necesidad de crear un lugar en el que se garantice el derecho a la salud para todos, italianos e inmigrantes. Los usuarios que mayoritariamente acuden a este centro son extracomunitarios y adolescentes con problemas.

El ambulatorio en este caso no depende de ninguna institución, ya sea concertada o acreditada. En dicha estructura el trabajo ejercido es como voluntario y cualquier decisón es tomada en las reuniones de equipo.

La actividad ambulatorial de éste se divide en dos partes:

Parte sanitaria, incluyela acogida, la visita medica con la anamnesis, la recogida de datos e identificación de necesidades de atención enfermera, la programación y ejecución de intervenciones enfermeras en el domicilio.

Parte educativa, dirigido sobre todo a jóvenes y ancianos con problemas de cualquier tipo; programas de educación para la salud a nivel grupal e individual. in particolar modo a giovani ed anziani con disagio di qualsiasi natura; un Centro de Orientación socio-sanitario.

A MODO DE CONCLUSION

El modelo de referencia para la atención enfermera de ambulatorio en Italia proviene de los países anglosajones: el Generalist Nurse americano y el Rural Nurse australiano, o sea, la Enfermera comunitaria, que en plena autonomía decisional y operativa presta servicios enfermeros y valora los resultados.

Estos nuevos modelos organizativos de la atención enfermera se están desarrollando cada día más y están encontrando en la comunidad el consenso necesario para un mayor crecimiento futuro. Y es que el rol de la enfermera, en Italia, está siendo cada vez más importante para una buena gestión del Servicio Nacional de Salud. Para racionalizar y optimizar las intervenciones sanitarias cada día se requiere más la presencia de la enfermera en el territorio. En efecto, en Italia los ejemplos ofertados respecto a la existencia, función y actividades desarrolladas por los ambulatorios enfermeros, incorporados al contexto de la continuidad asistencial, empiezan a estar cada vez más difundidos.

La función primaria, desarrollada a través de estos ambulatorios, de las enfermeras es la de asegurar la continuidad de atención ya sea en el ámbito domiciliario o a nivel de ambulatorio, suministrando todos los servicios de mayor necesidad y convirtiéndose en un punto de referencia para la comunidad en lo que a información sanitaria, promoción de la salud y el acceso a los servicios que la dirección de área pone a disposición de los ciudadanos.

Con esta nueva realidad, la enfermera representa la figura profesional con mayor experiencia y competencia y asume así un rol diferente al que tiene en los hospitales, u otros ámbitos, caracterizado por nuevas funciones altamente profesionales: se convierte así en un verdadero punto de referencia de salud en el territorio.

I Congreso FAECAP

El congreso de los mil enfermeros

Juan Miguel Izquierdo Carrasco

Durante el pasado mes de mayo, en la ciudad de Torremolinos se celebró el primer Congreso de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, conjuntamente organizado con la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria bajo el lema "Mejorando los cuidados enfermeros".

El primer Congreso de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria reunió a casi mil enfermeros en la provincia de Málaga. Quiero detenerme un poco en esta cifra: hay pocos eventos científicos de enfermería, e incluso de otras ciencias que puedan llegar a esta cifra, y que yo conozca... ninguno de Enfermería Comunitaria. ¿Qué hace que todos estos enfermeros decidieran venir? Permítanme reflexionar un poco sobre ello. Primero, la FAECAP es una realidad que sobrepasa el concepto incluso de las sociedades que la forman. Éstas a su vez han adquirido una madurez y un desarrollo muy importante en los últimos años, a lo que no es ajeno el traslado de las competencias sanitarias a las distintas comunidades autónomas. Sin el apoyo, la colaboración y el trabajo de personas y organizaciones no estaríamos hablando de este éxito. El apoyo institucional ha sido importante y fundamental, pues contar con el apoyo de personas clave facilita mucho las cosas.

También es justo hablar de la Sociedad Andaluza ASANEC, que ha sabido ganarse, a base de hacer bien las cosas, la confianza de una mayoría de los enfermeros andaluces.

Mención aparte se merecen los enfermeros malagueños que no sé muy bien cómo han organizado su trabajo y agendas para venir todos. No es una exageración, sino una realidad. Por alguna causa, se ha producido un maravilloso efecto que ha hecho que sientan este congreso como algo propio, y han contribuido de todas las maneras posibles para que fuera un éxito.

Por último quisiera pensar, que el programa elaborado ha sido lo suficientemente interesante para servir de reclamo.

Quisiera destacar la importancia del Acto Inaugural, en el que la apertura del Congreso corrió a cargo del Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, Francisco Vallejo y otras autoridades, y donde se expresó un fuerte respaldo institucional a la enfermería en Andalucía en estos momentos y la llamada a asumir nuestra responsabilidad en el liderazgo de los cuidados, concretamente en la Atención Domiciliaria.

Comenzó el congreso con una primera mesa dedicada a hacer una introducción al tema de la atención domiciliaria, que después fue desarrollándose en las siguientes mesas, como la dedicada a los usuarios de nuestra atención u "otras experiencias en la organización de la Atención Domiciliaria".

La Ponencia de Clausura se dedicó a nuestra especialidad "LA ENFERMERA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA".

El ultimo día se entregaron los primeros premios de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria creados por parte de la Federación para premiar a aquellos profesionales o grupo de profesionales que se han distinguido en el desarrollo de la Enfermería Comunitaria a lo largo de toda una trayectoria profesional. Quisiera destacar el entregado a Carmen Granda, anterior presidenta de la FAECAP, aprovechando para hacerle un sentido homenaje a nuestra amiga y compañera recientemente fallecida.

En el I Congreso FAECAP hemos reunido, a más de 900 Enfermeras, marcando un punto histórico en la trayectoria del desarrollo científico de nuestra disciplina. Hemos tenido la oportunidad de encontrarnos con profesionales andaluces, y del resto del estado español que en su calidad de ponentes, comunicantes o congresistas nos han puesto en evidencia el desarrollo de nuestra disciplina, sus experiencias, sus implicaciones, y nos han abierto las puertas a la discusión, la reflexión... Permitiéndonos ,una vez más, al igual que en otras experiencias similares, enriquecernos y salir fortalecidos para la continuidad de nuestra práctica profesional.

XIV Jornadas de Interrelación de Enfermería

Todo lo que quiso saber sobre la enfermería y nunca se atrevió a preguntar

José Ramón Martínez Riera

Los días 21 y 22 de Mayo tuvieron lugar en Novelda (Alicante) las Jornadas de Interrelación de Enfermería. La amplia participación de profesionales y la calidad de los ponentes que intervinieron en las cuatro mesas contribuyeron a que las Jornadas se constituyeran en un foro de discusión, debate y análisis sobre aspectos de tanta trascendencia como la Imagen de Enfermería, la Producción Científica, la Investigación y la actividad asistencial, de gestión y docente.

Como principales conclusiones de las mesas podemos destacar:

D. Amador Fernández Bordajandi, Asesor Oficina del Defensor del Pueblo; D. Jesús Sánchez Martos, RNE–Radio 1; Dª Pilar González Rams, Licenciada en Comunicación Audiovisual y Periodista

Moderador: D. Eleuterio Gandía Hernández, Enfermero-Dr. Sociología. Gerente Taller Imagen Universidad Alicante

- La figura de la enfermera en los medios de comunicación no aparece o lo hace a través de tópicos y estereotipos.
- Se hace necesario cambiar la imagen profesional que hoy en día tiene la sociedad y un compromiso de los medios de comunicación por mejorarla.
- Hablar de la profesión y de la imagen que proyecta, pasa por el exámen de cuál es la misión encomendada a la Enfermería.
- Hay que incidir en la necesidad de potenciar el papel de la enfermería como un agente propulsor del cambio socio-sanitario.
- Es necesario el establecimiento de la carrera profesional que de respuesta al asentamiento de la profesión en su bagaje académico y profesional.
- Enfermería existe casi exclusivamente cuando reivindica algo o comete errores.
- Ni el silencio ni el anonimato son rentables para la imagen social de la enfermería.
- La educación para la salud ha propiciado un campo de trabajo propio que favorezca la proyección social de la enfermería.
- Es preciso que exista formación y entrenamiento adecuados en comunicación y la presencia de líderes sociales que desde la Enfermería contribuyan a mejorar su proyección y su imagen social.

D. Manuel Amezcua, Director de Revista Index Enfermería; Dª. Pilar Arrollo Gordo, Directora Revista Metas Enfermería; Dª. Mª Jesús Nadal Nadal, Revista Rol Enfermería; Dª. Pilar Vilagrasa, Directora Revista Enfermería Clínica; D. Jesús Sánchez Martos, Director Revista Enfermería Científica

Moderador: D.José Siles González, Catedrático E.U.E. Universidad Alicante. Director Revista Cultura de los Cuidados

- Las revistas profesionales tienen como misión difundir estudios científicos. Se cuestiona cómo se

contribuye a que llegue o se distorsione una realidad de contenido profesional.

• Los tiempos de espera para la publicación han aumentado y así mismo las exigencias relacionadas con criterios de calidad para la aceptación de los manuscritos hace que se rechacen aquellos que no cumplen los mínimos exigidos por los diferentes comités de redacción.

• En la última década se manifiesta la atención en la Investigación, aumentando espectacularmente la cantidad de publicaciones sobre investigación en revistas, la presentación de comunicaciones y pósters en Congresos y la solicitud de becas para proyectos de investigación, coincidiendo con la incorporación a la Universidad.

D. Raúl Capillas González, Jefe Enfermería Hospitalet Llobregat-Investigador; Dª. Mª Teresa Moreno Casbas, Enfermera. INVESTEN. Instituto Carlos III; D. José Verdú Soriano, Profesor Dpto. Salud Pública Universidad de Alicante; D. Jesús Alarcón Pérez, Director Marketing Coloplast, S.A.

Moderador: D.Joaquín Moncho Vasallo, Profesor Titular Dpto. Salud Pública Universidad de Alicante

• Se cuestiona el proceso de la investigación que forma parte de la disciplina enfermera. En Enfermería, la educación en investigación es un proceso progresivo que transcurre por cuatro fases: Diplomatura, Licenciatura, Doctorado y Post-Doctorado.

• La formación y la experiencia investigadora es la mejor manera de lograr una mejora en la calidad de la intervención asistencial.

• Históricamente en España la Enfermería ha dejado en último lugar la función de investigar, argumentando la falta tiempo, de conocimiento e inseguridad.

• Nos toca dar un salto cualitativo ya que el cuantitativo ya está dado. Hay que vencer diversos obstáculos tanto del propio sistema como de los profesionales.

• La investigación debe ser pragmática y conseguir resultados útiles y aplicables.

• Para que pueda desarrollarse y progresar la Investigación, deben concurrir varios factores: humanos, institucionales y económicos.

• Los propios profesionales tenemos que creernos que la investigación constituye uno de los componentes fundamentales del progreso y es un factor clave para mejorar la competencia de las enfermeras, para aumentar la calidad de la atención al enfermo.

D. Rafael del Pino Casado, Coordinador Enfermería agrupación distritos Andujar Linares; Dª. Pilar O'Kelly Pérez, Presidenta Sociedad Enfermería Oncológica; Dª. Marta Durán Escribano, Profesora E.U.E. Universidad Alcalá de Henares; Dª. Lena Ferrús i Estopá, Directora Enfermería Consorsi Hospitalari Creu Roja. Hospitalet Llobregat

Moderadora: Dª Belén Payá Pérez, Presidenta Colegio de Enfermería de Alicante

• La Enfermería Comunitaria ha logrado un espacio propio en la atención a la salud, con posibilidades teóricas y conceptuales para el desarrollo profesional, mezclada con desmotivación, insatisfacción, "anorexia de poder", pérdida de oportunidades, escaso reconocimiento social del cuidado y ausencia de directrices institucionales que lo apoyen.

• Se hace preciso establecer estrategias para la mejora de la práctica profesional como: personalización e individualización de los cuidados, evidencia de la efectividad de los cuidados y la promoción de la salud, gestión del tiempo en la consulta de enfermería, nuevas formas organizativas en la atención domiciliaria, la medición del producto enfermero.

• Desde la Universidad se ha logrado generar un espíritu de unión que favoreciera en el desarrollo disciplinar de la Enfermería.

• El marco europeo favorecerá la unificación de criterios para adecuar el desarrollo académico a las necesidades de la sociedad.

• La aportación del asociacionismo es fundamental en el desarrollo profesional y disciplinar.

• Los cuidados deben dar respuesta a las necesidades de los individuos antes que a los profesionales, aunque en ningún caso son incompatible ambos objetivos.

entrevista

Richart: Las enfermeras son líderes en la investigación que considera la salud desde una perspectiva multifacética.

Josep Adolf Guirao Goris.

Se define como profesor de enfermería en la Escuela de Enfermería de Alicante desde finales de los ochenta. Le gusta matizar la diferencia entre lo que es y la titulación que tiene. Es catedrático de Escuela de Enfermería y Doctor en Psicología por la Universidad de Murcia.

BEC: ¿En qué situación se encuentra la investigación de enfermería en el plano internacional?

Miguel Richart (MR): Bien y mal. Si comparamos la enfermería con otras disciplinas de las ciencias de la salud y comparamos los resultados sin ninguna consideración relativa, está mal. Es decir, los departamentos de enfermería del Reino Unido, de los EE.UU. de Canadá o de los países nórdicos -por nombrar países hegemónicos en la investigación de enfermería- son los de menor producción científica de las universidades. Son los departamentos que consiguen menos fondos, con menos investigadores y becarios. Por tanto, la producción científica comparada con el resto de disciplinas de las ciencias de la salud es todavía pobre.

Ahora bien, hemos de tener en cuenta que la investigación en enfermería comienza en los años cincuenta -si hablamos de anécdotas- y de forma importante en los años setenta. Con lo cual, teniendo en cuenta la juventud de las disciplina estamos bastante bien. Sobre todo porque en el Journal Citation Report, que controla la mayoría de las revistas que producen conocimiento y que tienen impacto, cada vez hay más revistas de enfermería. Concretamente ahora hay unas cuarenta, y hace unas décadas había muy pocas. Lo cual significa que el saber que generan los investigadores de enfermería cada vez es más tenido en cuenta por el colectivo de científicos, puesto que ahí no se distingue cuál es el título y cuál es la disciplina, sino si lo que se hace contribuye a conocer más.

Hay campos en donde hay un absoluto liderazgo como son los estudios que consideran la salud desde un perspectiva multifacética y donde lo que importa es el diseño de intervenciones o la evaluación de resultados que tengan en cuenta aspectos múltiples -fisiológicos, sicológicos y sociales-. En este campo hay un claro liderazgo y es fácil encontrar citas de revistas de enfermería sobre estas cuestiones en revistas de psicología, de medicina, etc. La investigación de enfermería está saliendo fuera de su propio nicho y está comenzando a ser citada por investigadores de otras disciplinas.

BEC: ¿Y en el plano español?

MR: Los últimos datos bibliométricos indican que se está dando un crecimiento lento y continuado. Los investigadores cada vez leen más, los diseños son más complejos, tienen más calidad. Comienza a haber más presencia de investigadores españoles en el plano internacional, hay más financiación. Estas comparaciones que hago son intradisciplina, es decir, si comparamos la revistas de ahora con las revistas de hace diez años han mejorado todos los indicadores bibliométricos. También habría que comparar esta evolución con lo que ha ocurrido en otras disciplinas como psicología o medicina. En cualquier caso, el crecimiento es obvio. Creo que los grandes movimientos profesionales para dignificar la profesión y conseguir mayor reconocimiento académico y social están siendo cruciales. Aunque, si he de ser sincero, hasta que no consigamos la mayoría académica -que es condición indispensable para la investigación- estaremos parcheando mejor o peor. Se han conseguido muchas cosas por esfuerzos personales múltiples, pero sin ese apoyo institucional y académico, de los fondos de investigación, no podemos competir con otras disciplinas. Esto lo digo porque lo sufro todos los días cuando pido becas, cuando quiero conseguir becarios, conseguir fondos. Siendo Doctor en cualquier otro departamento de otro tipo los recursos habrían sido mayores y los resultados de investigación más altos aunque no me quejo.

BEC: ¿Porqué un psicólogo se "enfermeriza"?

MR: Esto es complejo de responder. Tiene que

entrevista

ver con mi historia personal y con mis deseos de trabajar en un campo. Cuando era psicólogo, no quería ser psicólogo clínico que tratase depresiones y conflictos de pareja. Había observado por mi experiencia que las personas que tenían problemas de salud o una enfermedad grave o crónica, sufrían y lo pasaban mal y se tenían que adaptar. Cuando yo estudiaba comenzaban tibiamente los primeros acercamientos a lo que se define hoy en día como psicología de la salud. Los psicólogos eran muy conscientes de que la tecnología y los conocimientos que permitían el cambio de comportamiento y de las actitudes estaban en sus manos, dado que eran los que tradicionalmente lo habían estudiado. Yo, como buen psicólogo pensé, que éramos los profesionales óptimos y adecuados para intentar que las personas cambiasen sus comportamientos, sus hábitos, sus creencias y sus actitudes.

Empecé a trabajar, y como no había información la busqué en las bases de datos. Sistemáticamente cuando pedía este tipo de información me salían unas revistas muy raras que ponían "Nursing". Salían revistas de enfermería a parte de revistas de psicología. Cuando los psicólogos me decían: ¡No hay revistas de psicología de la salud!, yo les decía que si, que había revistas de psicología de la salud, pero se llamaban revistas de enfermería. ¿Qué me llevó a buscar esa información? Fundamentalmente fue a raíz del primer plan de humanización del primer gobierno socialista que supuso la introducción de cambios en los hospitales. Los directores del Hospital La Fe acudieron a la Facultad de Psicología en busca de profesionales que les diesen ideas. Dentro del grupo de profesionales a los que solicitaron colaboración fue a Julio Cabrero y a mi que en aquel momento éramos estudiantes de quinto de psicología. Por diversas circunstancias, nos incorporamos como psicólogos al hospital infantil de La Fe para trabajar con los niños. A partir de ahí, con el apoyo del director de enfermería, esto era en el año ochenta y cuatro, estábamos de forma más o menos estable en La Fe a demanda de los profesionales. Los médicos apenas nos solicitaron ayuda, pero con las enfermeras iniciamos una colaboración para mejorar los cuidados de enfermería, con programas de preparación a la cirugía de los niños y padres con mejora de las técnicas de afrontamiento. En definitiva fue con las enfermeras con las que colaboramos y las que nos solicitaron diversa formación sobre técnicas de afrontamiento, manejo del estrés o incluso para mejorar el afrontamiento de ellas mismas. Las enfermeras estaban especialmente preocupadas en cómo evaluar este tipo de programas y las ayudamos a investigar en este tipo de temas. Para poder hacer todo esto utilizamos el libro original "nursing research" de Polit-Hungler, que con posterioridad vimos que había sido traducido al español con el título camuflado como Investigación en ciencias de la salud, que pasó a ser considerado la "biblia" en investigación de las enfermeras de La Fe.

Con esta experiencia comenzamos a dar cursos de investigación a las enfermeras por toda España. Impartimos más de ciento cincuenta cursos y uno ellos fue para el departamento de enfermería de la Universidad de Alicante, donde conocimos a una enfermera tremendamente inquieta que nos dijo que éramos las personas que buscaba. Esta enfermera era Elisa Cartagena que nos llamó cuando en el Departamento de Enfermería salieron plazas de profesor asociado para que concurriésemos al concurso, hacia finales de los ochenta. Con la docencia en enfermería que habíamos realizado, y varias investigaciones publicados sobre evaluación de resultados en enfermería, conseguimos ganar el concurso e incorporarnos a la escuela de enfermería de la Universidad de Alicante. De esa manera es como llegamos a ser profesores de enfermería y nos olvidamos de la psicología.

entrevista

BEC: ¿Qué retos tiene la investigación de enfermería en España?

MR: Creo que es la introducción de los resultados de la investigación en la práctica. El movimiento de la Práctica de Enfermería Basada en la Evidencia tiene una gran tradición en enfermería desde hace treinta años. Enfermería tiene una clara orientación práctica, muy preocupada por obtener los mejores resultados posibles en las personas, en la familia, en la comunidad. Sabemos que hay una extremada distancia entre lo que podríamos hacer y lo que hacemos. Sabemos mucho pero no somos capaces de aplicarlo. La mayoría de la práctica está basada en la tradición y en los ritos. En países con gran tradición investigadora en enfermería como EEUU, Canadá, o Reino Unido hay prácticas que no se fundamentan en conocimientos científicos todos los cuidados que se prestan en las pautas de alimentación, lavado prequirúrgico, administración rutinaria de fármacos, cuidados en las úlceras por presión, registro de signos vitales de forma rutinaria o cuestiones de aseo cotidiano. Donde parece que hay un mayor conocimiento, en cuanto a la aplicación de saber, es en el manejo del dolor y en el manejo de los catéteres. En lo demás lo que se hace está tremendamente lejos de lo que se podría hacer. Pero este problema no es exclusivo de la enfermería sino que también se da en otras ramas del conocimiento como la medicina.

La prioridad de nuestro país, conseguir de una vez por todas conseguir estar en las mismas condiciones académicas que otras disciplinas. El grado académico condiciona el acceso a la investigación, el prestigio social y la capacidad para ocupar puestos de responsabilidad en los sistemas sanitarios. Hoy en día la diplomatura impide también el acceso a los puestos de gestión y eso condiciona la toma de decisiones.

Hoy sabemos que las iniciativas personales, en cuanto a la innovación y a que los resultados de investigación lleguen a la práctica, suponen el 3 % de lo que llega. Tanto lo organizacional como lo político es clave para que la investigación llegue a la práctica. En nuestro caso tenemos un clima claramente desfavorable.

BEC: ¿Qué líneas de investigación considera prioritarias en enfermería comunitaria?

MR: No soy experto en enfermería comunitaria, pero lo que si soy es un lector atento a lo que se escribe y eso me permite tener una visión académica de lo que pasa en España y en el mundo. En los últimos años se están haciendo muchos estudios sobre prioridades. Hay una clara preocupación por el control de calidad, y por valorar cuáles son los recursos que permiten obtener cierto tipo de resultados.

Esto obviamente implica realizar estudios en todo lo que es la gestión, obtener medidas de resultado y proceso importantes. Y luego además se sigue insistiendo en tópicos que son tradicionales como la educación para la salud. La novedad de los últimos años es que en estos programas preocupa mucho la asistencia continuada entre niveles de atención y la preocupación por grupos desfavorecidos o débiles como pueden ser mujeres, inmigrantes, ancianos o incluso niños.

Enfermeras en Médicos del Mundo

Sandra Munárriz Gandía

Trabajo como enfermera voluntaria en la ONG Médicos del Mundo. Esta organización tiene entre otros programas la atención a lo que se ha venido en llamar el cuarto mundo: personas con gran nivel de exclusión social y discriminación a las que se atiende en el CEREDA (Centro de Reducción de Daños) donde son cuidadas y tratadas con dignidad.

El local por la mañana se utiliza como centro de salud para inmigrantes. Un médico, una enfermera, trabajadores sociales y voluntarios atienden a estos colectivos tratando de solucionar sus alteraciones de salud, darles información sobre servicios y tramitarles documentación. La colaboración de hospitales permite poder realizar analíticas y radiología. Otros voluntarios/as les enseñan conocimientos, según las necesidades y tendentes a la obtención de empleo (Curso de cuidados geriátricos).

En las primeras horas de la tarde se realiza consulta ginecológica, analíticas citológicas y asesoramiento social a personas que ejercen la prostitución. Los talleres de salud sobre sexo seguro se realizan en el centro y en los lugares de su trabajo (clubs de alterne). La unidad móvil reparte preservativos, ofrece analíticas, visita médica y vacunaciones en los puntos donde se ejerce la prostitución.

Hacia las seis de la tarde el centro atiende a personas consumidoras de drogas que vienen a cambiar material (jeringas, papel de plata, ácido cítrico, preservativos), a merendar, asearse, y estar con compañeros, etc.

Las enfermeras somos requeridas para problemas de salud derivados algunos de el consumo: ulceras, llagas por andar mucho con calzado inadecuado, resfriados comunes, epigastralgias, sarnas, impetigo, enfermedades cutáneas, orales y una larga lista de alteraciones de salud. Desde nuestra experiencia unas damos solución nosotras. Otras veces les derivamos al hospital con nuestro informe (casi siempre tenemos la certeza de que no irán a menos que sea una urgencia vital). Otras veces por hacerlo más fácil y más seguro los mandamos al médico de Médicos del Mundo en la consulta de la mañana al que suelen ir con más regularidad y agrado.

La política de la organización es que vuelvan a los circuitos asistenciales (centros de salud, equipos de atención primaria, ucas) a los que tienen derecho, pero ellos no confían en el sistema, porque saben que le incomodan y los excluye con actitudes obstruccionistas. Pese a que muchos de ellos son españoles no tienen tarjeta SIP o tienen dificultades para obtenerla porque no tienen domicilio fijo, viven en casas abandonadas o en la calle y "trabajan" aparcando coches o en lo que sale. Alguno aún conserva algún empleo ocasional.

Su afecto y autoestima lo comparten entre ellos, así forman parejas, sufren soledad o desamor como todos nosotros pero en circunstancias más difíciles. Entre ellos son como un colectivo de conocidos o colegas con las colisiones o avatares que las relaciones humanas conllevan.

Las monitoras y las enfermeras somos a su decir "gente legal" que les trata como personas y eso lo aprecian aún estando "colocados"

Las enfermeras tenemos como objetivos:

a) Darles confianza, respeto y dignidad de personas. Aumentar su autoestima.

b) Inmunizarles y adecuar sus vacunaciones para que no enfermen de aquello que pueda ser prevenido.

c) Diagnosticar sus problemas de salud y dar solución desde nuestro rol a cuantos sea posible.

d) Darles conocimientos sobre autocuidados, por medio del consejo y la educación tanto a nivel individual como a nivel grupal. Atendiendo a sus circunstancias.

e) Detectar nuevos problemas de salud derivados de los cambios en el consumo (menos inyectores, más fumadores de crack).

f) Aumentar los conocimientos y el compromiso con la salud del usuario para que si es negativo al VIH no se positivize.

Debo decir que me gustaría que esto que hago en esta ONG fuera posible dejar de hacerlo, porque el estado y nuestras autoridades sanitarias de esta España que va bien, dieran soluciones al problema humano de estas personas enfermas... Pero en el invierno, hecho de menos medidas inmediatas mínimas, humanas... Dentro, de estas políticas neoliberales de capitalismo depredador, donde lo que no da beneficio debe ser obviado.

el colchón de las nubes

El rey sabio

Khalil Gibran

Había una vez un rey sabio y poderoso que gobernaba en la remota ciudad de Wirani. Y era temido por su poder y amado por su sabiduría.

En el corazón de aquella ciudad había un pozo cuya agua era fresca y cristalina, y de ella bebían todos los habitantes, incluso el rey y sus cortesanos, porque en Wirani no había otro pozo.

Una noche, mientras todos dormían, una bruja entró en la ciudad y derramó siete gotas de un extraño líquido en el pozo, y dijo:

- De ahora en adelante, todo el que beba de esta agua se volverá loco.

A la mañana siguiente, salvo el rey y su gran chambelán, todos los habitantes bebieron el agua del pozo y enloquecieron, tal como había predicho la bruja.

Y durante aquel día, todas las gentes no hacían sino susurrar el uno al otro en las calles estrechas y en las plazas públicas:

- El rey está loco. Nuestro rey y su gran chambelán han perdido la razón. Naturalmente, no podemos ser gobernados por un rey loco. Es preciso destronarlo.

Aquella noche, el rey ordeno que le llevasen un vaso de oro con agua del pozo. Y cuando se lo trajeron, bebió copiosamente y dio de beber a su gran chambelán.

Y hubo gran regocijo en aquella remota ciudad de Wirani, porque el rey y su gran chambelán habían recobrado la razón.

enredad@s

<HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT> www.hta.nhsweb.nhs.uk

Web del Programa de evaluación de Tecnologías Sanitarias del NHS. Hay que buscar en Publicaciones, hay algo más de 180 informes, incluye evaluaciones de atención primaria, atención a domicilio, enfermería, género, cualitativa ... Las monografías son de descarga gratuita.

<INAHTA> www.inahta.org

Red internacional de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Publican un boletín en castellano de descarga gratuita. Acceso gratuito a la base de datos de las publicaciones de evaluación de tecnologías sanitarias a través del "NHS Centre for Reviews and Dissemination" de la Universidad de York. Si introducís la palabra nursing para la búsqueda os aparecerán más de 1000 publicaciones.

<EUROSCAN> www.publichealth.bham.ac.uk/euroscan/

La Red de Información Europea sobre Nuevas Tecnologías en Salud y de Intercambio, es una red de colaboración de agencias de evaluación de tecnología de salud para intercambiar la información y evaluar las nuevas tecnologías que surgen: dispositivos, procedimientos, procesos, y ajustes en la asistencia sanitaria. La web permite búsquedas de tecnologías con sus correspondientes sitios en la red como resultado entre otros.

<AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS> www.isciii.es/aets/

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. En publicaciones encontraréis informes públicos de evaluación, de descarga gratuita, el último de ellos de diciembre de 2002 sobre promoción y prevención de la salud. Accesos a INAHTA en castellano. También se pueden encontrar dos monografías de descarga gratuita -especialmente recomendadas para ordenar ideas- que explican de forma detallada todo esto, una sobre la perspectiva epidemiológica de la evaluación de tecnologías sanitarias y otra sobre la evaluación de informes -en esta se encuentran anexos muy interesantes sobre clasificaciones de "evidencia"-.

<OSTEBA> www.euskadi.net/sanidad/osteba/

El Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sanidad de Euskadi, se estableció en otoño de 1992. Su objetivo es promover el uso apropiado de Tecnologías Sanitarias en términos de seguridad, efectividad, accesibilidad y equidad, proporcionando información necesaria para la toma de decisiones.

En febrero de 2000, Osteba elaboró un proyecto de puesta en marcha de una red de Evaluación de Tecnologías Emergentes que procurara información acerca de las mismas: SorTek. Dicho proyecto agrupa actualmente a 48 profesionales voluntarios como colaboradores-identificadores de diferentes áreas de conocimiento con estrecha relación con las tecnologías emergentes.

agenda

Jornadas y Congresos

- V Congreso AEC. "La medida del cuidado"
  Archena, 28-30 de Octubre de 2004
  Tel. 968225020 Fax. 968225154
  www.enfermeriacomunitaria.org
  aec.secretaria@alquibla.com
- Congreso de Geriatría y Gerontología. "Hacerse mayor en el S.XXI"
  Valencia, 4-5 de Diciembre de 2003
  Tel. 963864182
  www.enfervalencia.org/php/agendae/agenda.php3?deb=10
  Fer-se.major@uv.es
- Jornadas internacionales de investigación cualitativa en salud. "Acercándose a las personas"
  Barcelona, 5-6 de Febrero de 2004
  www.e-rol.es/menu.htm
- I Congreso Colegio Enfermería Ourense. "Profesionales sanitarios y Medios de Comunicación ante los problemas europeos generados por las Drogodependencias"
  Ourense, 25-27 de Marzo de 2004
  Tel.986581409 Fax. 986581410
  www.coe-ourense.org/congreso/bienvenida.htm
  emtemic@telefonica.net
- XI Congreso de sociedad española de Enfermería Geriátrica. "Humanismo en el arte de cuidar"
  Vitoria, 22-24 de Abril de 2004
  Tel. 945148442 Fax. 945143713
  www.arrakis.es/~seegg/Vitoria/index.html
  eventos@2ados.com
- V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. "Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber"
  Valencia, 13-14 de Mayo 2004
  http://leo.worldonline.es/aentde/
  aentde@bell.ub.es

Cursos

- Master en Promoción y Educación para la Salud
  Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria interuniversitario. 1860 horas. Enero 2004.
  csesi@unipig.it
  www.unipg.it/csesi/ita/master.htm
- Innovaciones en el campo de las drogodependencias
  EASP. 30 horas. Diciembre 2003/Enero 2004
  www.easp.es/WDocencia2003/
- Sexualidad y planificación familiar
  Colegio de Enfermería de Sevilla. 40 horas. 1-15 Diciembre de 2003
  www.suculentas.com/Colegio/index.PHP#43
- Aspectos legales y practicos de la libre movilidad de los profesionales
  EUE Blanquerna. 50 horas. Febrero-Mayo2004
  Tel. 932533081 Fax.932533112
  www.blanquerna.url.es/inici.asp?id=euif.infermeria.formacioContinuada
  euif_sioeinfor@blanquerna.url.es
- Taller de recogida de datos en la investigación cualitativa
  EUIF Blanquerna. 1 CU. 4-5 de Febrero de 2004
  Tel. 902113783 Fax. 932533112
  www.blanquerna.url.es/inici.asp?id=euif.infermeria.formacioContinuada
  euif_sioeinfor@blanquerna.url.es
- XIV Curso de Nutrición y Enfermería
  Hospital General Universitario. 19-20 de Febrero 2004
  Tel. 963862900 Fax.963798306
  www.enfervalencia.org/php/agendae/agenda.php3?deb=10
- Nutrición y salud
  Universidad de Navarra. A distancia
  Tel. 948425665. Fax.948425649
  nutdist@unav.es

Premios

- VIII Edicion Premio"Vida y Salud de Relatos"
  Hasta el 7 de mayo de 2004
  http://culturacuidados.ua.es/cuidados/index.php?hoja=premios/relatos8.htm

Lilian Wald, nace la Enfermería Comunitaria (II parte)

Francisca Anaya Cintas / Estela Zurita Anaya

FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA

La primera escuela para enfermeras en salud pública de NY también llegará de la mano del Henry Street Settlement (Centro Socio-sanitario de la calle Henry). Como respuesta a la demanda creciente, Wald introducirá en 1899 un ciclo de conferencias sobre Enfermería y Salud Pública en la Universidad de Columbia. A partir de entonces las estudiantes de enfermería de dicha universidad recibirán su formación práctica en el Henry Street Settlement convirtiéndose éste, en uno de los mejores centros de formación enfermera. Todo ello conducirá a la creación en 1910 del Departamento de Enfermería de Salud Pública en dicha Universidad.

Dentro del movimiento de Salud Pública, Wald y sus compañeras reconocen la necesidad de establecer estándares profesionales para las enfermeras. De ahí el nacimiento de la NOPHN (Organización Nacional de Enfermeras de Salud Pública) concebida para establecer no sólo estándares profesionales, sino para proteger también la reputación de sus miembros. Wald resultaría elegida primera presidenta de la organización.

De la trayectoria profesional de Wald, más allá de la labor en la calle Henry, destacan sus viajes a la URSS junto a la educadora Farell para aconsejar sobre Salud Pública, Enfermería y Educación. Wald realizaría diversos viajes a lo largo de su vida pero en la primavera de 1919 participa en la Conferencia Internacional de la Salud en Cannes en la que aprovechará la oportunidad para difundir la figura de la enfermera comunitaria y la necesidad de mujeres formadas para tomar parte en los asuntos de salud en la época de la postguerra.

NACE LA ENFERMERA ESCOLAR

A partir de 1897, el Departamento de Sanidad asigna algunos médicos a las escuelas durante 90 minutos diarios. Estos se encargaban de detectar niños con enfermedades contagiosas y enviar a sus casas a aquellos que mostraban síntomas sospechosos. Tras observar la existencia de miles de niños en las calles, excluidos de la escuela por razones médicas, Wald llega a la conclusión de que las enfermeras deben ser un factor esencial en aplicar cualquier tratamiento que necesiten los alumnos. En 1902 Wald persuadirá al NYC Board of Education para que contrate a la primera enfermera escolar de Nueva York: Lina Rogers. Durante su primer mes, Rogers trató 893 estudiantes, 137 en sus casas y ayudó a 25 niños, que no habían recibido ninguna asistencia con anterioridad, a volver a la escuela. Enseguida el consejo de Salud establecería su primer equipo de 12 enfermeras escolares. Con el maletín del Settlement y contando en algunas escuelas con tan sólo la esquina de una habitación como despacho de la enfermera, se inaugura la consulta enfermera en las escuelas. En ellas no sólo tratarán de aplicar los tratamientos que necesitan los niños enfermos, sino que además darán consejos a las madres sobre 0cuidados básicos. Con la idea de que las escuelas públicas deben adaptarse a las necesidades de todos sus estudiantes y que todos los niños merecen el acceso a servicios de salud adecuados y a la alimentación, Wald instituye así reformas positivas en el sistema escolar público. La influencia espe cífica del Henry Street Settlement en el establecimiento del servicio de enfermería en las escuelas

Fotografía cedida por The house of Henry Street

originales

"La labor de las enfermeras no está solamente dirigida al cuidado de los enfermos, sino también a la búsqueda y encuentro de las causas básicas de la miseria y la enfermedad".

Foto cedida por The house of Henry Street

públicas y el uso de éstas como centros sociales para el vecindario resulta decisiva.

LAS CRUZADAS DE WALD

Wald fue siempre una idealista práctica que trabajó para crear una sociedad más justa apoyando las causas de salud pública y su reforma, el sufragio para las mujeres, la paz mundial y los derechos de niños, mujeres, inmigrantes y trabajadores. Wald presionó y trabajó para el logro de mejores viviendas, reforma en la legislación del trabajo, mejora de los cuidados sanitarios y cualquier otra medida que resolviera los problemas del siglo XX causados por la inmigración, la industrialización y la urbanización:

• Discapacitados

En 1900 Wald presiona al NY City Board of Education para la contratación de Elizabeth Farell en la primera escuela para niños de educación especial, con el aprovisionamiento, entre otros, de un comedor del cual se ocuparía el mismo Settlement. Como consecuencia de ello, años después se creará el Departament for Special Education en NY.

• Niños y Jóvenes

Las condiciones en las que muchos niños estaban siendo criados en el vecindario la llevarán al establecimiento de actividades de ocio para ellos así como a la apertura de habitaciones de estudio en 1907. Además el settlement creará un patio de recreo, lo que inspiraría otros más en la ciudad, y jardines para los niños de clases degradadas. El Henry Street Settlement proporcionaría además, campamentos de verano, juegos, deportes, clases nocturnas, música, teatro, lecturas y clubes.

A Wald no le resultaba indiferente la situación de los niños trabajadores por ello desarrolló una labor importante contra la explotación de éstos con la creación, entre otros, de un sistema de becas para niños de 14 a 16 años para mejorar y ampliar su formación, retrasando así su incorporación a la vida laboral. En el verano de 1895 nace la idea de la creación de clubes como medio de guía e instrucción para los jóvenes, formados por jóvenes de casi todas las edades y casi todas las nacionalidades.

• Trabajadores

En la era progresista, los medios para conseguir igualdad económica eran el sindicalismo y la legislación laboral; Lillian trabajará por ambas causas. Ayuda a fundar la National Women's Trade Unión League cuyo principal objetivo era investigar las condiciones de las mujeres trabajadoras y para ello no duda en emplear a las enfermeras del Henry Street. Wald y sus amigos tenían como objetivo el establecimiento de una jornada diaria de 8 h. Tras el incendio de la Triangle Shirtwaist el 25 de Marzo de 1911, punto de referencia en la historia de la ley laboral, Wald formó un "Comité de Seguridad" para promover la investigación de los aspectos del trabajo industrial de la mujer, ya fuera en la casa o en la fábrica. Pero Wald estaba también interesada en otra categoría de mujeres trabajadoras: las prostitutas. Enfatizó la necesidad de una legislación tanto estatal como nacional para proporcionar protección especial a esas mujeres indefensas: si el tráfico de mujeres era una enfermedad social, la prostituta no era la única, ni siquiera la principal transmisora de dicha enfermedad y así lo pensaba Wald. El apoyo de Wald por los trabajadores era tal que no pararía hasta conseguir un lugar de reuniones y un forum para debates para ellos: en 1904 se inaugura el Clinton Hall.

• Las mujeres y el sufragio

Wald nunca mantuvo que el sufragio "sería la panacea para todas las enfermedades de la vida política y social" ni tampoco creía que la reforma podría resultar en el milenio, no obstante hizo lo imposible para que las mujeres tuvieran acceso a él.

• La paz

A finales de 1914 un grupo que incluía a Wald organizaron una serie de mítines en Henry Street que condujeron al establecimiento de la Americana Union Against Militarism

ORGANIZACIONES

Wald creía fuertemente en la necesidad de las organizaciones enfermeras, sin embargo nunca hizo sus mejores trabajos en comités o como parte de un grupo u organización: era una mujer de acción e in-

tuición. Sólo sirvió como oficial activa del National Organization of Public Health Nursing, sin embargo ayudó al establecimiento del Federal Children's Bureau y la National Association for the Advancement of Colored People. Fue también miembro activo de la Outdoor Recreation League cuya atención se concentraba en la necesidad de establecer parques públicos y patios de recreo, y en 1915 iría más allá convirtiéndose en la primera presidente de la Unión Americana Contra el Militarismo.

LA TEORIA DE WALD

A diferencia de Jane Addams, Lillian Wald no elaboró un análisis sobre sus teorías y trabajo. Su vida y trabajo eran acción y pasión, del cual nos dejó dos legados escritos "The House of Henry Street" y "Windows on Henry Street" publicados en 1915 y en 1934 respectivamente. The House of Henry Street es un libro "dedicado a todos aquellos que ayudaron a construir la casa", un documento de los logros de este centro en la reforma económica y social no sólo de la parte baja de la zona este de Nueva York, sino de todo el país. Un libro que se ha convertido en un clásico para las generaciones de enfermeras, sociología y estudiantes de trabajo social. Wald es descrita como una idealista práctica que veía las condiciones como realmente existían y al mismo tiempo, visionaba un mundo mejor: sabía como organizar su trabajo y cómo escoger a las personas adecuadas de entre cientos que harían lo que fueran por ayudarla a conseguir sus proyectos. Era capaz de utilizar su destreza en la argumentación y sus tácticas de persuasión, flexibilidad y conciliación e incluso no dudaba en llamar a sus poderosos amigos para conseguir una rèforma social y en suprimir las barreras para el desarrollo de la mujer. Los Schiff, los Rockefeller, los Roosvelt, Kellog, se vieron involucrados en los problemas de la East Side: los necesitaba para dar apoyo moral y financiero a sus proyectos. Sabía cuándo usar la presión, cuándo la publicidad, cuándo el poder de un amigo influyente y cuándo movilizar los recursos disponibles del Henry Street.

Para lograr las reformas sociales Wald no dudó en apoyar determinadas campañas electorales, aunque su naturaleza pragmática no le permitía adoptar una postura doctrinariá. A esto se añadía su indisposición a articular principios que pensaba podrían ofender a aquellas de las que necesitaba su aceptación y afecto tanto personal como profesionalmente: prefería explicar dichas posturas desde la mesa de su comedor en Henry Street antes que en la lectura desde una plataforma o con folletos explicativos, otro factor que complica la tarea de analizar la filosofía de Wald.

EL LEGADO

Si Florence Nightingale creó la idea de la enfermería científica, Wald lo llevará a la práctica definiendo claramente el concepto de enfermera para el ciudadano. No fue la primera en poner enfermeras de distrito en el territorio pero sí en que su sistema se basara en la independencia del servicio de enfermería. Pionera de la Enfermería al servicio de la comunidad, fundadora del New York City's Visiting Nurse Service y del Henry Street Settlement, (instituciones aún en vigor: http://www.henrystreet.org), líder influyente en la nación estadounidense, abanderó causas desde 1893 hasta su muerte en 1940, entonces pioneras pero que permanecen vigentes hoy en día. Desde aquel primer paseo con aquella pequeña hasta el escuálido edificio en la Ludlow Street, muchas cosas han cambiado: asfalto reemplazado, edificios escolares, parques, bibliotecas gratuitas...

Fotografía cedida por The house of Henry Street Settlement

Creo sinceramente, que en la historia de las enfermeras comunitarias queda mucho por descubrir pero también estoy convencida de que 110 años después, el trabajo de Wald sigue, aún hoy, más vivo que nunca.

BIBLIOGRAFIA

1. Wald L.D. 1991. The House on Henry Street. New Brunswick: Transaction Publishers.
2. Coss C. 1989. Lillian D. Wald, progressive activist. New York: The Feminist Press.
3. Groshen Daniels D.1989. Always a Sister: the feminism of Lillian D. Wald. New York: The Feminist Press.
4. http://www.mayan.org/voices/history/wvbook/11book_wald.html
5. http://www.nursingworld.org/hof/waldld.htm
6. http://www.aahn.org/gravesites/wald.html
7. http://www.us-israel.org/jsource/biography/wald.html
8. http://www.jwa.org/exhibits/wald/
9. Flores Bienert MªD. Enfoques actuales de la Enfermería Comunitaria. Murcia 2002; Ed. Diego Marín

Intervenciones para reducir la incidencia de caídas en los ancianos (Revisión Cochrane)

• Resumen: Fecha de la actualización significativa más reciente: 26 de agosta de 1997. Las revisiones Cochrane se controlan regularmente y se actualizan de ser necesario.

•Objetivos: Identificar la mejor evidencia proveniente de ensayos controlados aleatorios (RCT) sobre la eficacia de programas diseñados para reducir la incidencia de las caídas en personas ancianas que viven en su domicilio, están recluidas u hospitalizadas.

• Estrategia de búsqueda: Se efectuaron búsquedas electrónicas en MEDLINE; en las bases de datos EMBASE, CINAHL, PsycLIT y Social Science Citation Index; en el Index de tesis del Reino Unido (Index to UK Theses) y en el Registro Cochrane de Ensayos Controlados, como también por medio de las bibliografías de los estudios identificados y por contacto con investigadores conocidos en esta área. Así se identificaron RCTs válidos hasta Mayo de 1997, pero también se los obtuvo del Registro de Ensayos de Especialistas del Grupo de Lesiones Musculoesqueléticas (Specialist Trials Register of the Musculo-skeletal Injuries Group).

• Criterios de selección: Todos los RCTs sobre intervenciones diseñadas para reducir al mínimo el efecto de las caídas en ancianos de ambos sexos residentes en la comunidad, en instituciones asistenciales o en el hospital, como también para prevenir la exposición a cualquier supuesto factor de riesgo de caídas en esa población. Los principales resultados buscados fueron el número de caídas o de individuos que las sufrieron, o el número de personas cuya caída dio lugar a una lesión, atención médica de ésta o fractura, o el de quienes tuvieron dos o más caídas. Fueron excluidos los ensayos centrados en resultados intermedios -como mejorar el equilibrio- o los que no informaban los resultados de la caída.

• Recopilación y análisis de datos: Los ensayos identificados mediante la estrategia de búsqueda fueron evaluados para su inclusión por dos revisores, quienes aplicaron los criterios de selección. La evaluación de calidad y la obtención de los datos de cada ensayo admitido estuvo a cargo de dos revisores que actuaron de forma independiente y usaron métodos probados. Con estos revisores no hubo enmascaramiento de autores ni institución. Se analizaron los resultados de los ensayos individuales y se llevó a cabo la fusión de los resultados de grupos de ensayos de diseño similar.

• Resultados principales: Se admitieron 18 ensayos y un metanálisis planificado de antemano. El análisis de cuatro ensayos sobre el efecto del ejercicio solo no determinó una protección contra las caídas [odds-ratio (OR) 1.05; Intervalo de confianza -IC- del 95% 0.74 a 1.48]. Incluso en un ensayo no había evidencia alguna para apoyar el ejercicio junto con clases de educación sanitaria (OR 1.72; IC del 95% 0.78 a 3.75) o las clases de educación sanitaria solas (OR 1.25; IC del 95% 0.51 a 3.03) para la prevención de las caídas. Sin embargo, se evidenció una protección significativa en las intervenciones orientadas a factores de riesgo múltiples identificados en pacientes individuales (OR 0.77; IC del 95% 0.64 a 0.91), también en las de comportamiento dirigidas a los riesgos ambientales y a otros factores de riesgo (OR 0.81; IC del 95% 0.71 a 0.93).

• Conclusiones de los revisores: Quienes reciben atención sanitaria, así como los que la brindan y consideran programas de prevención de caídas debieran contemplar una revisión selectiva de salud (screening) de las personas ancianas en riesgo, seguida por intervenciones orientadas a los factores de riesgo, tanto intrínsecos como ambientales, de los pacientes individuales. No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de las intervenciones aisladas -como las clases de ejercicio solo o de educación sanitaria- para prevenir las caídas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA: Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Intervenciones para reducir la incidencia de caídas en los ancianos (Revisión Cochrane). In: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford: Update Software. Disponible en: http://www.update-software.com/abstracts/es/es000340.htm

Lectores

También esta es nuestra historia

Las enfermeras de Valdediós: dar vida a la memoria

Jorge Mínguez Arias, Ivan Santolalla Arnedo

Julio, año dos mil tres. Una zona de trabajo: unos 200 metros de terreno agreste, estacas de madera limitando el área, y un grupo de voluntarios de distintas nacionalidades desarrollando trabajos de excavación. Esta es la estampa que nos encontramos durante nuestro periodo vacacional en el apacible y tranquilo valle de Valdediós, en el concejo de Villaviciosa de Asturias. Nos disponemos a disfrutar de la maravilla arquitectónica del Prerrománico Asturiano el Conventín de Valdediós. Es el décimo día de la excavación y parece que entre los cooperantes cunde el desánimo, cuando de repente, y ya con una máquina escavadora encuentran los primeros restos. Aparecen fotógrafos, cámaras de televisión, periodistas, hecho que llama nuestra atención. Centramos nuestro interés por lo que ocurre en el prado contiguo al monasterio, pues el sigilo y la prudencia es grande...

Corría el año 1937 y como consecuencia de la guerra civil, pacientes y personal del psiquiátrico de Oviedo (La Cadellada) son trasladados al monasterio de Valdediós, siendo habilitado éste provisionalmente como centro asistencial. El 26 de octubre del mismo año, según fuentes de la Asociación para la Recuperación de la Memoria Histórica (ARMH), la plantilla estaba formada, entre otros profesionales, por 26 enfermeras y 4 enfermeros:

"En octubre de 1937 llegan dos unidades del Ejército "nacionalista" al monasterio de Valdediós. Dos compañías del IV Batallón de Montaña Arapiles Nº 7, entonces perteneciente a la IVTM Brigada de Navarra, se alojan en dicho monasterio. En Valdediós vivían, desde aproximadamente un año antes, pacientes, (enfermos mentales, algunos heridos de guerra, etc..), psiquiatras, enfermeras y enfermeros. A los tres días, los soldados ordenan al personal del centro hacer una fiesta con baile incluido en el recinto hospitalario, al que tenían que asistir obligatoriamente las enfermeras. En el transcurso de la fiesta, según diferentes testimonios de supervivientes, los militares violan a algunas de aquellas mujeres y posteriormente deciden que las van a fusilar en un campo cercano, "el Prau de Don Jaime". También asesinarían a los cuatro celadores, al pinche de cocina y a una niña de 15 años, hija de una enfermera que se hallaba en casa de la cocinera".

¿Qué razones tiene el personal funcionario del gobierno de la república para no abandonar el monasterio de Valdediós a la llegada del "ejército nacional"?. ¿Cuál fue el sentimiento y pensamiento de estas mujeres para continuar allí? Difícil poder aseverarlo con exactitud, pero según consta en la investigación llevada a cabo y publicada en la web de la ARMH (http://www.memoriahistorica.org/alojados/periquete/paginas/valdedios.html), Antonio Lorenzo relata una situación de tranquilidad, parecía que la guerra quedaba lejos, a pesar de ser conscientes de lo que a pocos kilómetros se esta viviendo. Antes de la llegada del ejercito, hubo quien pudo marcharse, pero a pesar del temor, el sentimiento ético profesional del cuidado, así como el deber de cumplir con su obligación como funcionarios de la Consejería de Sanidad era más fuerte. Así dice Emilio Montoto a su esposa: "no temas, que por cuidar no me va a pasar nada". Fue la última vez que vio con vida a su esposo. La sensación de normalidad se muestra con relatos de la vida cotidiana donde se observa como intentaban compaginar el cuidado familiar y personal, con sus obligaciones profesionales. Nadie podía llegar a sospechar la crueldad de un final así...

© Eloy Alonso

15.7.2003. Valdedios. Voluntarios en el lugar donde se encontraba la fosa común de la G.C.Española con los restos de 17 enfermeros asesinados.

lectores

© Francisco Etxeberria Gabilondo

Sesenta y seis años más tarde, las familias solicitarán la exhumación de los restos, obteniendo apoyo de distintas instituciones locales y regionales. Esta iniciativa surge dentro de la ARMH cuyo interés viene guiado por motivos puramente humanitarios, evitando cualquier atisbo de venganza, y poder recuperar así, la dignidad de los asesinados dándoles una sepultura digna. Todo ello en el marco de las directrices de la Declaración sobre la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, aprobada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 47/133 de 18 de diciembre 1992, referenciado en la mencionada pagina de la ARMH, que recomendamos visitar si se quiere profundizar más sobre el tema.

Retomando la estampa en la que nos encontramos durante nuestro periodo vacacional, debo decir que nuestra curiosidad va en aumento ante el sigilo y cautela que mantienen los colaboradores voluntarios del campo de trabajo. Esto, unido a los titulares de prensa, donde se destaca el fusilamiento de veintiséis enfermeras, las cuales se vieron obligadas a cavar su tumba momentos antes de su ejecución, aumenta nuestro interés por conocer, y divulgar, esta parte de nuestra historia dentro del colectivo profesional, y con ello poder honrar la memoria olvidada de este inútil asesinato. Es extremadamente grave como refiere José Antonio Landera, uno de los autores de la investigación, que ningún colectivo de mujeres o de profesionales de la salud, se haya preocupado hasta ahora por estos hechos, ya que es la fosa común con mas mujeres (funcionarias-enfermeras) descubierta en España.

Es por ello que nosotros, siguiendo la idea de Antonio Galindo de que "es un buen momento para erigir un monumento a la enfermera desconocida", sugerimos a las organizaciones profesionales, y especialmente a la organización colegial, tanto regional como nacional, que aprovechen la ocasión para alzar en dicho lugar un monumento a la memoria de éstas y todas aquellas calladas enfermeras que han fallecido en cumplimiento de su trabajo.

En este último día de difuntos, donde la ritualidad de nuestros comportamientos nos conduce, a la gran mayoría, a rendir homenaje a nuestros familiares muertos, también nos dirigimos al mencionado "Prau de D. Jaime" a depositar un ramo de flores en su memoria. Y a pesar de la inmensa tromba de agua que en esos momentos cae no puedo dejar de recordar lo que para mi llegaron a significar esas campiñas: cuando algún fin de semana a los alumnos internos del Colegio San Francisco de Villaviciosa, prototipo, sin duda, de la educación del régimen, éramos conducidos en pelotón, y con gran alborozo estrujábamos esos momentos de libertad que el medio nos proporcionaba, lejos de los muros del internado. Quién nos iba a decir que ese pacífico y sosegado lugar, que para nosotros era elemento de libre expresión y acción, había encerrado tanto dolor y desgracia; y que con el transcurso de los años, nos íbamos a convertir sin saberlo todavía, en los colegas de profesión de unas víctimas, a las que tras varias acciones vejatorias, se les expropió de su derecho mas elemental: el derecho a la vida.

> *Los crímenes tal vez pueden prescribir, pero la Memoria de las víctimas nunca*
>
> Rafael Torres

Queremos manifestar nuestro agradecimiento por su desinteresada colaboración con la redacción del BEC a José Antonio Landera y Pedro de la Rubia, autores de la investigación de los hechos acaecidos; Francisco Etxeberria Gabilondo, profesor titular de medicina forense de la Universidad del País Vasco, que aún sigue investigando los restos en el laboratorio de San Sebastián; y el fotógrafo Eloy Alonso, pues sin ellos no podríamos haber documentado esta triste pero interesante noticia.

© Constantino Suarez, 1937

Lectores

Así hacéis, así os veo

Cuaderno de prácticas

Javier Sabater Piqueres

Mi nombre es Javier, y soy alumno de primer curso de enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante. El segundo cuatrimestre del curso académico es de contenido práctico desarrollado en cuatro módulos, uno de los cuales corresponde a la práctica en el centro de salud local. Durante este módulo he tenido la oportunidad de participar en varias actividades de la enfermería comunitaria. Prácticamente todas aparecen reflejadas en este cuaderno de prácticas, donde además muestro mi opinión sobre la labor de las enfermeras comunitarias tras una primera toma de contacto con esta rama de la disciplina.

• PRIMERA SEMANA...

Esta fue una semana de reconocimiento y de ir acostumbrándome al nuevo ámbito, ya que no tiene nada que ver la atención primaria con el ámbito hospitalario. Es en esta primera semana cuando las sensaciones son más notables. Fue una semana de casi mera observación y estuve todo el tiempo con mi tutora en las visitas domiciliarias, en la consulta de enfermería,... A continuación relato las actividades más relevantes que realicé.

A la Consulta de adultos acuden todos aquellos pacientes que necesitan seguimiento y educación que pueda proporcionar el profesional de enfermería. Los pacientes generalmente padecen Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidad.

En la consulta, a los pacientes se les proporciona entre otros, información sobre las actividades para promocionar su salud. Estas actividades comprenden ejercicio moderado, y dieta adecuada a las necesidades y características de su enfermedad. El profesional debe valorar si precisa un refuerzo del tratamiento médico o no, además de saber si el paciente está siguiendo las actividades prescritas y si éstas son suficientes. Durante la consulta se logra entablar una relación de empatía con el paciente y es donde realmente las habilidades sociales y motoras del profesional entran en juego. La capacidad del profesional de conseguir la información es muy necesaria para realizar una evaluación sobre si la educación proporcionada ha sido efectiva.

La visita domiciliaria consiste en un servicio dispuesto para los pacientes inmovilizados o encamados a través del cual el profesional se debe adecuar a las necesidades del usuario y proporcionarle educación y promoción de su salud.

Las visitas han sido muy variadas y por distintas causas, como: curas, consultas a domicilio, revisión del estado del paciente encamado, administración de ciertos medicamentos...Sin duda, las más impactantes y a su vez interesantes, me han parecido las curas de úlceras por presión. Estas curas te permiten hacer un seguimiento sobre el estado del usuario y de las heridas, ya que suelen ser muy prolongadas. Me ha llamado mucho la atención la importancia que toma la familia cuidadora en estos casos, porque es la propia familia la que tiene que suplir las necesidades que se vean mermadas del usuario. Por lo tanto, la educación y promoción de salud la debe recibir la familia cuidadora más que el propio usuario ya que éste suele padecer demencia, alzheimer,... Al ser importante la familia, también lo es todo lo que la rodea: como su clase social, tiempo... Una familia de clase social baja no puede costear muchos de los requisitos que hay que cumplir para el bienestar del paciente y de la familia.

Con respecto a las visitas domiciliarias me dio la sensación de que, si no se sabe educar correctamente a la familia, se puede crear una presión asistencial sobre la enfermera importante, es decir, existen familias que requieren al profesional de enfermería para administrar alguna medicación o curas irrelevantes. Además el profesional debe disponer de tiempo suficiente para realizar la visita además del desplazamiento, lo cual reduce la capacidad de trabajo del profesional.

> *A un hombre no se le puede enseñar nada: sólo se le puede ayudar a que lo descubra por sí mismo*
>
> G. Galilei

• SEGUNDA SEMANA...

Durante ésta, aumenté ligeramente el rango de actividades y para mí fue la semana más importante porque es en la que se pierde el factor sorpresa que tiene la primera aunque gané en conocimientos y experiencia. Durante esta segunda semana las relaciones fueron más fluidas tanto con los pacientes como con el personal sanitario, así no sólo estaba con mi tutora sino que acompañaba a otros compa-

lectores

ñeros en otras tareas que a mi juicio y el de mi tutora eran interesantes. Estuve en otros servicios como curas, extracciones e inyectables y también estuve en servicios ya conocidos pero con distintos profesionales. Realizar actividades que ya había realizado pero con nuevos profesionales fue como tener un nuevo punto de vista de las cosas que permite recoger de distintos métodos y aprehenderlos, y la diversidad es enriquecedora.

• TERCERA SEMANA...

Esta semana fue un reflejo de la anterior, es decir, continué en la misma tónica de realizar actividades con mi tutora y también con otros profesionales. En esta semana ya no sólo me dedicaba a observar sino que ya tomaba parte en algunas actividades, al igual que en la anterior. En curas tuve la oportunidad de ver algunas que había visto antes, y fue curioso ver la cantidad de jóvenes que venían con abscesos o fístulas.

• LA ÚLTIMA SEMANA...

Durante la última semana mis actividades variaron en gran medida ya que en muy pocas ocasiones estuve con mi tutora. La única novedad importante fue la participación en la consulta de Matrona. Esta consulta ha sido una experiencia muy importante ya que me ha mostrado las puertas a una posible especialización. El único inconveniente que he visto ha sido que, al no haber cursado Materno-Infantil, muchos conceptos los desconocía. En la consulta de matrona también se deben tener muy desarrolladas las habilidades para entablar una relación de empatía con la puérpera o futura madre. Ha sido una experiencia muy interesante y enriquecedora. En la consulta de la matrona me ocurrió, en dos ocasiones, que una puérpera se negase a que yo estuviera presente en la cura de los puntos tras la episiotomía. A mí, en ese caso, seguramente se me quedó cara de póquer, pero como sólo soy un alumno el paciente tiene el derecho a negarse a que yo les atienda, y como eso no lo controlo yo...

• A MODO DE CONCLUSIÓN

La primera impresión que tuve en el Centro de Salud fue que existe una escasez de medios y material, así como de algunas medidas de seguridad. Así por ejemplo, escasean los contenedores de material punzante y contagioso, por lo que los profesionales se deben arreglar como pueden. Ni siquiera en extracciones existen contenedores individuales para tirar la aguja del "vacutainer" o de la jeringuilla.

En el Centro de Salud el profesional goza de una autonomía que no puede disfrutar en las Unidades del Hospital; puede organizar su propio tiempo a pesar de que éste se ve mermado por situaciones que se producen a lo largo de la jornada que atrasan las actividades programadas; aunque el contacto con el usuario no es tan prolongado ni consecutivo como en el hospital. Entre los profesionales del centro existía un buen ambiente tanto entre enfermeros como entre profesionales de otras disciplinas.

Mi estancia en el centro la resumiría como una recopilación de experiencias tanto profesionales como personales. Experiencias muy variadas que van desde la puesta en práctica de la relación de ayuda con el usuario hasta la de conocimientos técnicos. Mi estancia en el centro de salud la considero como ampliamente positiva, en la que he tenido la oportunidad de aprender mucho y conocer un plano de la enfermería que el hospital no te permite conocer.

lectores

Direcciones de Enfermería de Atención Primaria: las apariencias engañan

José Ramón Martínez Riera

Hace ya algunos años que se crearon las Direcciones de Enfermería. Hace tantos, como tiempo lleva la llamada reforma de Atención Primaria (A.P.). Estamos hablando de más de 15 años, en los que las Direcciones de Enfermería han pasado por etapas de luces y sombras. Su instauración fue contemplada con ilusión y alegría por unos, y con recelo y oposición por otros.

La ilusión de los primeros dio paso a asumir unas funciones, las de gestión, que ya se venían realizando desde hacía mucho tiempo, pero no fue hasta ese momento en el que se les revistió de, al menos, la denominación que le daba categoría de oficial, cuando se realizó con aparente realidad.

La oposición de los segundos dio lugar a posicionamientos encontrados y actitudes de rechazo ante lo que consideraban una nueva intromisión y una pérdida de protagonismo, adoptando una posición defensiva, en el mejor de los casos, y de claro ataque en otros muchos.

El nuevo y necesario perfil de la enfermera comunitaria, para dar respuesta a las necesidades planteadas con la reforma de la Atención Primaria, daba mayor sentido, si cabe, a la figura de las recién creadas Direcciones de Enfermería; configurándose, en principio y en apariencia, como verdaderos gestores de cuidados que hicieran visible y rentable el trabajo de la enfermera, asumiendo las responsabilidades que les correspondiese.

Pero el problema radicó desde el principio en la falta de contenido claro, concreto, específico y normativo de las Direcciones. Si bien es cierto que se situaron en el mismo nivel del organigrama que el resto de las Direcciones (la médica y la administrativa), no es menos cierto que su poder real de decisión quedaba sujeta a: la capacidad de liderazgo de la enfermera designada para ocupar tal puesto; a la voluntad del Director Médico (Director de Área) -con poder de decisión plena- para dejarle autonomía suficiente para gestionar desde la perspectiva de los cuidados, alejada de la perspectiva Tayloriana de las direcciones de producción desarrolladas por ellos; y al respaldo que obtuviesen de los máximos directivos de la organización para desarrollar dicho cometido, los cuales en ningún caso eran enfermeras.

De forma periódica y con apariencia de convicción se resalta el papel de las enfermeras y el de la gestión llevada a cabo por las Direcciones, más de forma intuitiva que deductiva, al tiempo que, con más convicción que apariencia, se baraja la posibilidad de eliminarlas, aunque finalmente siempre se mantienen, pero sin dotarlas del tan necesario contenido que evite la gestión virtual que muchos directores se ven obligados a realizar.

Con estas premisas se dan las más variopintas situaciones derivadas, por un lado, de la designación realizada en base a criterios alejados de los profesionales y/o técnicos y por otro a la aparición de los que podríamos denominar, tres tipos de gestión provocados por la indefinición. La gestión "compartida" en la que el consenso, el razonamiento y la evidencia de los objetivos comunes dan paso a una dirección uniforme y sin protagonismos. La gestión "bipolar" en la que los criterios de unos y otros generan dos tipos de gestión según se trate de la dirección de enfermería o de la médica. Y la gestión "prepotente" realizada en un solo sentido y desde la mediocridad, por inconsistente y falta de justificación y de conocimiento, consideración de un poder mal entendido y asumido.

> *Creíamos que, como teníamos poder, teníamos también sabiduría.*
>
> S. V. Benét

Así pues, nos encontramos con un cada vez más patente axioma entre las verdades, las mentiras y el poder. Lo que en apariencia puede resultar una verdad incuestionable, la existencia de las direcciones de enfermería, no deja de ser una mentira no menos incuestionable, dada su debilidad y manipulación, derivadas de los intereses generalmente de corte

lectores

corporativista que impiden liberar las medidas restrictivas que las encorsetan y que impiden dar respuesta a las necesidades reales de quien las necesita, la población, independientemente de cualquier otro planteamiento derivado de grupos de poder.

Esta situación no es, en principio, privativa de ningún signo político o grupo de poder. En mayor o menor medida, con mejor o peor suerte siempre, desde que se instauraron, se ha dado. Otra cosa es, sin embargo, la actitud que hacia la sanidad en general y la enfermería en particular se tiene desde posiciones que defienden el regreso a la medicalización, el biologicismo, el culto a la técnica y el hospitalcentrismo y, desde la cual, las Direcciones de Enfermería de A.P. quedan relegadas a meras comparsas del poder corporativo, irracional y reduccionista, para beneficio particular y en detrimento del bien común.

Las apariencias engañan, y la existencia de las Direcciones de Enfermería, actualmente, son tan solo un mal consuelo para enmascarar la constante limitación a la que se está sometiendo a las enfermeras en su necesario desarrollo profesional y disciplinar. Las apariencias siguen disfrazando las mentiras con verdades a medias como las Direcciones de Enfermería tipo barragana (concubina que vivía en casa del que estaba amancebado, según el Diccionario de la Lengua), manteniéndolas en la posición de coordinador o adjunto de enfermería del director médico (que es lo que le provee la condición de staff) e imposibilitando ser un gestor de unidades de enfermería con verdadera capacidad ejecutiva (Amezcua M. 2000).

El paradigma biomédico ha conducido con frecuencia a la Enfermería a zonas de oscuridad de las que le ha costado salir a la luz con mucho esfuerzo y salvando muchas trabas. Pero hay quien se resiste a vernos en la claridad que concede la ciencia y se empeñan en empujarnos de nuevo al abismo al que nos sumieron desde la irracionalidad, la mediocridad y la prepotencia, de las que les resulta tan difícil desprenderse.

Por otra parte, y con el fin de evitar el reduccionismo de la culpabilidad unidireccional, hay que analizar la endémica carencia de liderazgo que sufre la enfermería española, lo que, sin duda, favorece actuaciones y/o situaciones como las descritas. Nosotros, como profesión, no tan solo no disponemos de "lobbys" como otras profesiones sino que tenemos "lobos" que devoran cualquier intento de liderazgo que se produce generando incluso extrañas alianzas para su fin.

Así mismo la autonomía, la capacidad ejecutiva, el poder de decisión..., conllevan, necesaria e inseparablemente, la asunción de responsabilidad. Y esta responsabilidad no siempre se quiere asumir en el mismo grado con el que se reclaman los necesarios criterios de gestión que deberían ser consustanciales a las Direcciones de Enfermería. Bien sea por la negativa a concederlos, o la reticencia a asumirlos llegado el caso, ello conduce sin duda a actitudes pasivas que convierten las Direcciones de Enfermería en "floreros" dispuestos a decorar dónde y cuándo quieran los que tienen poder de decisión, que por otra parte, suelen ser siempre los mismos. Por lo tanto, responsabilidad y poder deben ir íntimamente relacionados pues la responsabilidad sin poder es como la prerrogativa del eunuco en todos los tiempos.

Las Direcciones de Enfermería de A.P., si se quieren mantener, deben dejar de ser objeto pasivo para pasar a ser sujeto activo que asuma el modelo tradicional de participación en la toma de decisiones e impida o limite el acceso a puestos de gestión real.

Esta es la realidad de las apariencias. Es realmente aparente y puede, incluso, ser aparentemente real, pero que nadie se engañe, la realidad siempre supera a la ficción y ciertamente la realidad de las Direcciones de Enfermería de A.P. no cumple otra misión que la de aparentar ser lo que no es y debiera ser y hacer lo que no hace y debiera hacer. Que cada cual haga su reflexión.

lectores

Reflexiones acerca de la ley de autonomía del paciente

Gracia Álvarez Andrés

Algunos de los mensajes que nos envía la sociedad desde la ley que regula la autonomía del pacientes y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica son analizados a continuación.

Son los representantes de la sociedad quienes aprueban las leyes, las cuales vienen a dar respuesta a las inquietudes y problemas que se plantean en la sociedad. En esta ley se dan tres cuestiones: la autonomía de los pacientes en materia de salud, los derechos, y las obligaciones, relativos todos a la información sobre la salud.

La relación clinico-asistencial se ha ido horizontalizando progresivamente, al mismo tiempo que ha ido disminuyendo progresivamente el paternalismo que tradicionalmente se daba en ella. Regular la autonomía del paciente viene a reforzar esta idea. Quizá sea la medicina el último reducto que queda por conquistar. En materia de salud las decisiones deben ser tomadas por el propio interesado. Diego Gracia dice que los hombres y mujeres del siglo XXI quieren gestionar su salud. Ahí está ese principio de autonomía. Eso sí, con la información necesaria y suficiente, es decir el derecho a la información (que en esta Ley aparece en el Cápitulo II, y en el cápitulo IV, artículo 8, donde se regula el Consentimiento informado).

La cuestión es, qué significa para las enfermeras la publicación de esta Ley, y qué mensaje nos quiere enviar la sociedad a través de ella.

Antes de comentar esto es obligatorio hacer una referencia al Convenio del Consejo de Europa para *la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina*. Suscrito el 4 de abril de 1997, entró en vigor en nuestro país el 1 de enero del 2000. Es obligatoria esta referencia para decir que no se protege algo que no se siente amenazado, pero cuando es necesario proteger los derechos humanos y la dignidad del ser humano (respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina), es porque en algún momento han sido dañados.

Sería bueno reflexionar sobre nuestro trabajo sin perder de vista lo que aquí se dice sobre los derechos humanos y la dignidad de las personas. Hablando del trabajo de enfermería, aquí se nos recuerda que debemos realizarlo sin perder de vista la dignidad de las personas. Ése me parece que puede ser un mensaje desde la sociedad para la enfermería.

Aunque la autonomía de los pacientes, tanto en el texto de la Ley como en Bioética, se refiere al ejercicio de autonomía para tomar decisiones en materia de salud, no se puede dejar escapar la ocasión para reseñar la importancia de que los profesionales de enfermería debemos ser conscientes de si el objetivo de nuestro trabajo, dentro de la finalidad de mejorar la salud de las personas, es que éstas se adapten a los cambios que se producen en el proceso salud-enfermedad de su vida, la mejora posible desde sus capacidades y teniendo en cuenta su entorno, que no podemos trabajar sin potenciar el ejercicio de autonomía de las mismas.

> *La mejor enfermera es la que antes consigue que su paciente deje de necesitarla*
>
> V. Henderson

El Capitulo V de dicha Ley es sobre La Historia Clínica. En el artículo 15, que se refiere al contenido de la misma, hay dos apartados donde se nombra la enfermería. En la Historia Clínica deben quedar registrados *la planificación y la evolución de los cuidados de enfermería, y la aplicación de la terapéutica de enfermería.* Se puede interpretar este mensaje como una petición, por parte de la sociedad, para que las enfermeras desarrollemos planes de cuidados individualizados para cada paciente, y apliquemos terapéutica enfermera. Se nos pide en definitiva, que nos hagamos responsables de los cuidados de enfermería que precisan las personas.

las 9 claves

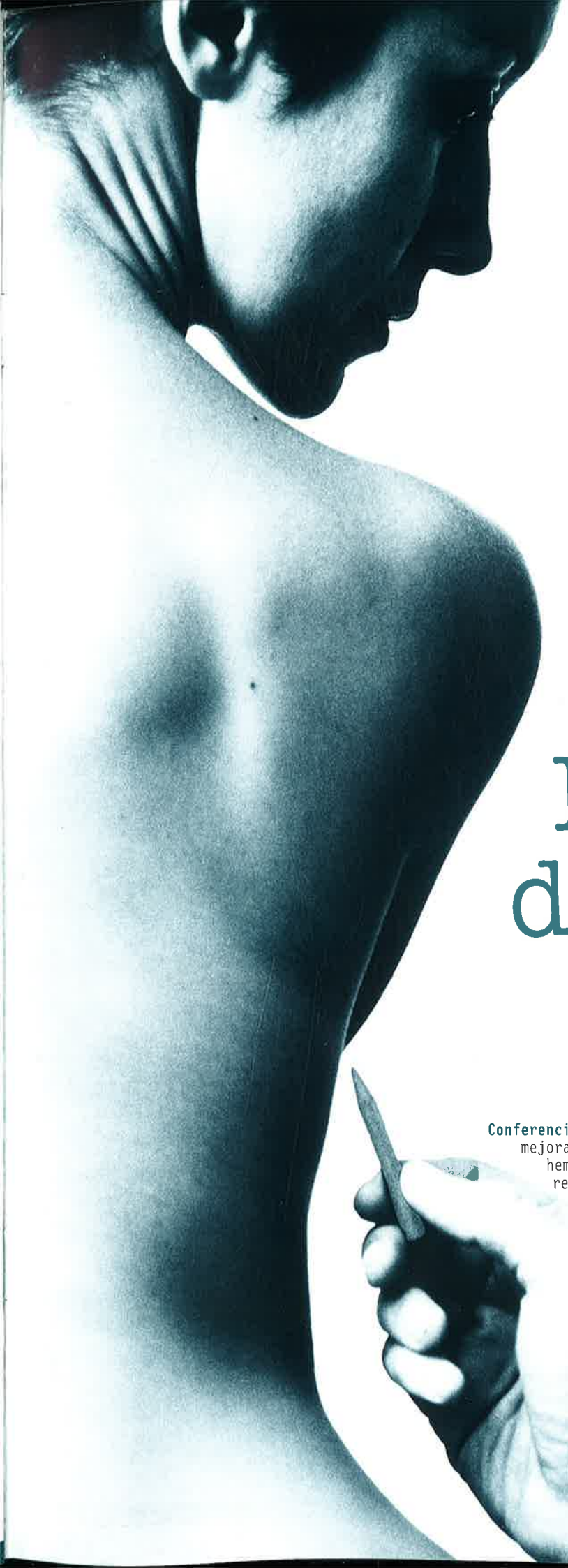
Relaciona los siguientes títulos de películas con las definiciones de situaciones profesionales en el Sistema Sanitario que a continuación se exponen

a) La Atención continuada
b) El Centro de Salud
c) Relaciones laborales del EAP
d) Los Cuidados
e) Los pacientes
f) El coordinador
g) La FAECAP
h) Las oposiciones
i) Traslados de Especializada a Primaria
j) El Boletín de Enfermería Comunitaria (BEC)
k) Comité de Redacción del BEC
l) Autores del poster
m) Encontrar una enfermera a las 14:30 en un centro de salud
n) Las reuniones de equipo

1) De repente un extraño
2) Las cosas del querer
3) Atrapado en el tiempo
4) Boca a Boca
5) Amistades Peligrosas
6) Sólo ante el peligro
7) Aterriza como puedas
8) Blancanieves y los siete enanitos
9) Pepi, Luci, Bom y otras chicas del montón
10) Sospechosos habituales
11) Buscando a Susan desesperadamente
12) El sueño eterno
13) Dr. Jekyll y Mr. Hyde
14) Parque Jurásico

Solución: a-6, b-14, c-5, d-2, e-10, f-1, g-9, h-3, i-7, j-4, k-8, l-13, m-11, n-12.

© de la ilustración: Gerard Miquel / © del juego: F. Anaya, S. Munárriz y J. A. Gulrao



5º CONGRESO NACIONAL DE LA AEC

ENFERMERÍA COMUNITARIA

28, 29 y 30 de octubre de 2004. Balneario de Archena (Murcia)

La medida del cuidado

Conferencia Inaugural: La medida del cuidado | **Ponencia:** Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica | **Conferencia X Aniversario AEC:** ¿Cómo hemos llegado hasta aquí? | **Seminarios simultáneos:** Calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras familiares | Habilidades en el manejo del plan de cuidados en personas diabéticas Práctica enfermera basada en la evidencia | Mesas **Redondas:** Dimensiones del cuidado | El uso de la investigación en la práctica enfermera | Café con ciencia | **Debates · Mesas de Comunicaciones · Exhibición de pósters · Asamblea General de la AEC · Entrega de premios**

ASOCIACION DE ENFERMERIA COMUNITARIA

Secretaría técnica Alquibla
Pintor Villacis, 4. 30003 Murcia
Tfno: 968 225 020 • Fax: 968 225 154
aec.secretaria@alquibla.com

La AEC es un Sociedad Científico Nacional de enfermeras comunitarias que entiende como Enfermería Comunitaria aquella disciplina que desarrolla la enfermera /o generalista basada en la aplicación de los cuidados en la salud y en la enfermedad fundamentalmente al núcleo familiar y comunidad, en el marco de la Salud Pública.

PRESTACIONES
- Recepción del Boletín de Enfermería Comunitaria (BEC), publicación con carácter semestral.
- Acceso a Internet con dos buzones de correo electrónico y 5 Mb de espacio para Web personal.
- Subscripción a la Revista Index de Enfermería y beneficio de las prestaciones de la Fundación Index.
- Descuentos en las actividades que organiza la asociación.

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Para más información, visita nuestra web en www.enfermeriacomunitaria.org

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nombre .....

Apellidos .....

Domicilio ..... N.I.F .....

Población ..... C. P. .....

Tfnos. de contacto .....

Correo electrónico .....

Deseo inscribirme en la Asociación de Enfermería Comunitaria con cuota anual de 45 euros, que abonaré mediante domiciliación bancaria.

Orden de pago por domiciliación bancaria

Entidad .....

Titular de la cuenta .....

Domicilio de la sucursal .....

Ciudad / Provincia ..... C. P. .....

Entidad	Oficina	DC	Nº Cuenta Corriente
☐☐☐☐	☐☐☐☐	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Sr. Director de banco o caja:
Le ruego que hasta nuevo aviso se sirva adeudar en mi cuenta los Recibos que emita a mi nombre y le sean presentados para su cobro por Asociación de Enfermería Comunitaria.

..... a ..... de ..... de 2.00 ....

Atentamente (firma del titular)

Remite a: Asociación de Enfermería Comunitaria
Secretaría Técnica • c/ Pintor Villacis, 4 • 30003 Murcia • Tlf.:968 225 020